



Recueil des politiques d'indemnisation et de réadaptation

Direction de l'indemnisation et de la réadaptation

Novembre 2009

Table des matières

Recueil des politiques d'indemnisation et de réadaptation

1. Admissibilité

- 1.01 [La lésion professionnelle](#)
- 1.02 [Les présomptions](#)
- 1.03 [La récidive, la rechute, l'aggravation](#)
- 1.04 [Les bénéficiaires](#)
- 1.05 [Les conditions territoriales : lieu où se produit la lésion professionnelle](#)
- 1.06 [Les dispositions concurrentes : lois, ententes, conventions collectives](#)

2. Réparation financière

- 2.01 [Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu \(mise à jour 2004-06-01\)](#)
- 2.02 [Le calcul de l'indemnité de remplacement du revenu \(mise à jour 2000-10-20\)](#)
- 2.03 [La réduction, la suspension et la cessation de l'indemnité de remplacement du revenu \(mise à jour 2004-06-01\)](#)
- 2.04 [Le revenu de l'emploi convenable](#)
- 2.05 [Le recouvrement des prestations versées en trop](#)
- 2.06 [Les indemnités pour préjudice corporel](#)
- 2.07 [Les indemnités de décès](#)
- 2.08 [Les frais divers](#)

3. Réinsertion professionnelle

- 3.01 [Le droit au retour au travail](#)
- 3.02 [Le droit au retour au travail pour les travailleurs de la construction](#)
- 3.03 [La détermination de la capacité du travailleur à exercer son emploi](#)
- 3.04 [Les limitations fonctionnelles sans pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique](#)
- 3.05 [La détermination de l'emploi convenable](#)
- 3.06 [L'assignation temporaire](#)
- 3.07 [La limite des responsabilités de la CSST par rapport aux conditions extrinsèques à la lésion professionnelle](#)

4. Réadaptation du travailleur

- 4.01 [L'admissibilité en réadaptation](#)
- 4.02 [Le plan individualisé de réadaptation](#)
- 4.03 [La fin de la phase principale du processus de réadaptation](#)
- 4.04 [Les frais de réadaptation](#)
- 4.05 [Les services professionnels en réadaptation](#)
- 4.06 [L'adaptation du domicile](#)
- 4.07 [L'adaptation du véhicule principal](#)
- 4.08 [L'adaptation d'un poste de travail](#)
- 4.09 [Le programme de recyclage](#)
- 4.10 [Le programme de formation professionnelle](#)
- 4.11 [Les subventions](#)
- 4.12 [L'aide personnelle à domicile](#)

5. Assistance médicale

- 5.01 [Les services de professionnels de la santé](#)
- 5.02 [Les soins et les traitements fournis par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux](#)
- 5.03 [Les médicaments et autres produits pharmaceutiques](#)
- 5.04 [Les prothèses et orthèses](#)
- 5.05 [Les soins, les traitements, les aides techniques et les frais déterminés par la CSST](#)

6. Recours et accès au dossier du travailleur

- 6.01 [La reconsidération](#)
- 6.02 [La demande de révision et la contestation](#)
- 6.03 [L'accès au dossier du travailleur](#)

7. Évaluation médicale

- 7.01 [Le médecin qui a charge](#)
- 7.02 [Le recours au Bureau d'évaluation médicale](#)

Programme *Pour une maternité sans danger*

- 0.00 [Programme *Pour une maternité sans danger* - Le cheminement général](#)
- 1.00 [Programme *Pour une maternité sans danger* - L'admissibilité](#)
- 2.00 [Programme *Pour une maternité sans danger* - L'affectation](#)
- 3.00 [Programme *Pour une maternité sans danger* - Le paiement des indemnités](#)
- 4.00 [Programme *Pour une maternité sans danger* - La travailleuse qui allaite](#)
- 5.00 [Programme *Pour une maternité sans danger* - La reconsidération, révision, contestation et plainte](#)

Lexique

Numéro	1.01
Thème	ADMISSIBILITÉ
Objet	La lésion professionnelle
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles a pour objet la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les bénéficiaires.

La présente politique a donc pour objet d'énoncer les conditions nécessaires, ainsi que les critères d'appréciation utilisés par la Commission pour qu'une blessure ou une maladie soit reconnue comme une lésion professionnelle.

Cadre juridique et références :

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 2, 27, 28 ,29 à 31 et 354.

Public cible :

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle.

Énoncé de la politique :

La lésion professionnelle est définie par la loi à l'article 2 comme «une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation».

Sous réserve de l'exception prévue au 2e alinéa, l'article 31 de la loi prévoit qu'«est considérée une lésion professionnelle, une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion :

- des soins qu'un travailleur reçoit pour une lésion professionnelle ou de l'omission de tels soins, ou
- d'une activité prescrite au travailleur dans le cadre des traitements médicaux qu'il reçoit pour une lésion professionnelle ou dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation.

Ces définitions précisent six catégories de lésion professionnelle :

- la blessure qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail,
- la maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail,
- la maladie professionnelle,
- la blessure qui survient par le fait ou à l'occasion des soins reçus pour une lésion, de l'omission de tels soins, ou d'une activité prescrite dans le cadre des traitements médicaux ou du plan individualisé de réadaptation,
- la maladie qui survient par le fait ou à l'occasion des soins reçus pour une lésion, de l'omission de tels soins, ou d'une activité prescrite dans le cadre des traitements médicaux ou du plan individualisé de réadaptation,
- la récurrence, rechute ou aggravation de chacune des catégories de lésions précédentes.

Donc, toute réclamation relative à une lésion que l'on pourra classer dans l'une ou l'autre de ces catégories sera reconnue comme lésion professionnelle et donnera droit aux prestations prévues à la loi, aux conditions et dans les limites fixées par celle-ci.

IMPORTANT : L'aggravation d'une condition personnelle préexistante est une lésion professionnelle lorsqu'elle survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail ou qu'elle constitue une maladie professionnelle au sens de la loi.

Développement :

1. CATÉGORIES DE LÉSIONS PROFESSIONNELLES

1.1 La blessure qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail

Une blessure est reconnue comme lésion professionnelle lorsqu'elle survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail comme défini dans la loi c'est-à-dire « un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle ».

Deux cas sont possibles :

- 1° le travailleur, après avoir établi la survenance d'une blessure sur les lieux du travail alors qu'il était à son travail, est **présupposé** avoir été victime d'une lésion professionnelle; dans ce cas le travailleur n'a aucune autre preuve à apporter. Cette présomption peut être renversée par une preuve prépondérante que cette blessure n'est pas survenue par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail.
- 2° dans les autres cas, c'est au travailleur qu'il incombe de démontrer que sa blessure est une lésion professionnelle (voir les points 2.1 et 2.2 de la présente politique pour la preuve de l'accident du travail et la démonstration d'un lien de causalité entre l'accident et la blessure).

1.2 La maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail

Une maladie est reconnue comme lésion professionnelle lorsqu'elle survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail.

La présomption de l'article 28 ne s'appliquant pas, le travailleur doit dans ce cas démontrer :

- . qu'il a contracté une maladie,
- . qu'il a subi un accident du travail comme défini dans la loi (Voir le point 2.1 de la présente politique), et
- . que la maladie est survenue par le fait ou à l'occasion de cet accident (voir le point 2.2 de la présente politique).

1.3 La maladie professionnelle

Une maladie est reconnue comme maladie professionnelle lorsqu'elle est « contractée par le fait ou à l'occasion du travail » et qu'elle est « caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail ».

Deux cas sont possibles :

1° si la maladie figure sur la liste de l'annexe I de la loi, dans ce cas le travailleur est **préssumé** atteint d'une maladie professionnelle dès lors qu'il démontre :

- . qu'il a contracté la maladie, et
- . qu'il exécute ou a exécuté un travail correspondant à cette maladie d'après l'annexe I (voir la politique 1.02);

2° si la présomption de l'article 29 ne s'applique pas ou que sa maladie ne résulte pas d'un accident du travail, ni d'une blessure ou d'une maladie causée par un accident, le travailleur devra démontrer:

- . qu'il a contracté une maladie,
- . qu'il est atteint d'une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail, **et**
- . que cette maladie
- . est caractéristique d'un travail qu'il a exécuté, **ou**
- . est reliée directement aux risques particuliers de ce travail (voir le point 2.6 de la présente politique).

Préalablement, dans tous les cas, la Commission doit s'assurer qu'il ne s'agit pas d'une maladie résultant d'un accident du travail, ni d'une blessure ou d'une maladie causée par un accident.

1.4 La blessure qui survient par le fait ou à l'occasion des soins reçus pour une lésion professionnelle, ou de l'omission de tels soins, ou encore d'une activité prescrite au travailleur dans le cadre de ses traitements médicaux ou de son plan individualisé de réadaptation

Est considérée comme lésion professionnelle une blessure qui survient par le fait ou à l'occasion

- 1° des soins qu'un travailleur reçoit pour une lésion professionnelle ou de l'omission de tels soins,
- 2° d'une activité prescrite au travailleur dans le cadre des traitements médicaux qu'il reçoit pour une lésion professionnelle ou dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation.

Le travailleur devra dans ce cas démontrer à la Commission que la nouvelle blessure est survenue par le fait ou à l'occasion des soins reçus ou de leur omission, ou d'une activité prescrite.

Exemples

- . *Un travailleur se blesse au cours d'un stage industriel fait dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation.*
- . *Le travailleur qui se blesse dans le cadre d'un traitement de physiothérapie en se déplaçant à la table de traitement serait reconnu comme atteint d'une lésion professionnelle.*

Pour la démonstration d'une telle relation de cause à effet, se référer au point 2.3 de la présente politique.

Cependant, si cette nouvelle blessure donne lieu à une indemnisation en vertu de la Loi sur l'assurance automobile, de la Loi visant à favoriser le civisme ou de la Loi sur l'indemnisation

des victimes d'actes criminels, elle n'est pas considérée comme lésion professionnelle et ne donne pas droit aux prestations prévues à la loi. Toutefois, des modalités liées au versement de l'indemnité de remplacement du revenu peuvent s'appliquer en attendant que soient déterminés le droit et le montant des prestations payables en vertu de chacune des lois peuvent s'appliquer (voir le point 2.1 de la politique 1.06).

Les conditions d'imputation du coût des prestations dues en raison d'une lésion professionnelle visée dans l'article 31, ainsi que les conditions d'exercice d'une action en responsabilité civile, sont traitées aux articles 327, 441 (3^o), 442 et 446 de la loi.

1.5 La maladie qui survient par le fait ou à l'occasion des soins reçus pour une lésion professionnelle, ou de l'omission de tels soins, ou encore par le fait ou à l'occasion d'une activité prescrite dans le cadre des traitements médicaux ou du plan individualisé de réadaptation

Est considérée comme lésion professionnelle la maladie qui survient par le fait ou à l'occasion

- 1^o des soins qu'un travailleur reçoit pour une lésion professionnelle ou de l'omission de tels soins;
- 2^o d'une activité prescrite au travailleur dans le cadre des traitements médicaux qu'il reçoit pour une lésion professionnelle ou dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation.

Le travailleur devra démontrer l'existence de la relation de cause à effet, selon les modalités prévues au point 2.3 de la présente politique.

Exemple

. Un travailleur victime d'un accident de travail à qui on prescrit des anti-inflammatoires consécutivement à sa lésion professionnelle et qui démontre qu'il a développé un ulcère d'estomac par réaction aux anti-inflammatoires verra son ulcère d'estomac reconnu comme lésion professionnelle.

Cependant, si cette maladie donne lieu à une indemnisation en vertu de la Loi sur l'assurance automobile, de la Loi visant à favoriser le civisme, ou de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, elle n'est pas considérée une lésion professionnelle et ne donne pas droit aux prestations prévues à la loi.

Les conditions d'imputation du coût des prestations dues en raison d'une lésion professionnelle visée dans l'article 31, ainsi que les conditions d'exercice d'une action en responsabilité civile, sont traitées aux articles 327¹, 441 (3^o), 442 et 446 de la loi.

1.6 La récurrence, la rechute, l'aggravation

Chacune des catégories de lésion énoncées plus haut peut donner lieu à une récurrence, une rechute ou une aggravation. Leur définition, ainsi que le traitement administratif applicable, figure à la politique 1.03 *La récurrence, la rechute, l'aggravation*.

2. APPRÉCIATION DES FAITS PAR LA COMMISSION

Le responsable à la Commission vérifie l'admissibilité d'une réclamation selon les procédures dont celle-ci s'est dotée. Il vérifie notamment si une présomption s'applique à l'événement rapporté; en

l'absence de présomption, il appartient au travailleur de faire une démonstration du caractère professionnel de sa lésion, en fonction des critères présentés ci-dessous.

Dans la mesure où les critères établis à l'article 129 sont respectés, notamment dans les cas de délais indus, l'agent étudie la possibilité d'appliquer cet article.

2.1 L'accident du travail

La loi, à l'article 2, définit l'accident du travail comme un événement,

- imprévu et soudain,
- attribuable à toute cause,
- survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail,
- et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle.

2.1.1 Un événement imprévu et soudain

Au sens usuel,

- . le qualificatif d'**imprévu** vise à préciser que l'événement ne doit pas avoir été prévu, c'est-à-dire qui arrive lorsqu'on ne s'y attend pas;
- . le qualificatif soudain s'applique à un événement qui se produit en très peu de temps.

Toutefois, la jurisprudence a élargi la notion « imprévu et soudain »; elle n'implique pas que l'événement doive toujours se produire dans un laps de temps très court, ou que la notion d'accident du travail doive se restreindre aux seuls gestes isolés ou inhabituels: un geste ou mouvement ayant causé une lésion survenu au cours d'un effort soutenu, d'une série d'efforts successifs ou encore d'un effort dur et habituel, lequel peut découler d'une présomption de fait, peut constituer un événement imprévu et soudain au sens de la loi. Précisons que la présomption de fait est une conséquence que l'on tire des faits connus à des faits inconnus.

Exemples

- . effort soutenu: *dans certaines circonstances, le mécanicien qui adopte une position inconfortable pour exécuter une réparation, d'où il résulte une entorse lombaire.*
- . efforts successifs: *l'inflammation musculaire au dos, contractée par une caissière qui doit soulever, tirer, pousser des poids lourds et légers tout au long de la journée.*
- . effort dur et habituel: *le travailleur qui subit une entorse lombaire en soulevant des palans à chaîne de 50 lbs.*

Dans ces cas, le travailleur n'identifiera pas nécessairement un geste en particulier, mais l'ensemble des faits pourront permettre de conclure, par présomption de fait, qu'un geste ou mouvement a causé cette entorse.

2.1.2 Un événement attribuable à toute cause

Ceci interdit d'éliminer *a priori* quelque cause que ce soit .

Exemple

- . *Un travailleur subit une crise d'épilepsie et perd connaissance; en tombant, il se fracture la cheville.*

Dans ce cas, la chute du travailleur constitue l'événement imprévu et soudain qui, selon la loi, peut être attribuable à toute cause. Il importe aucunement que la cause de sa chute soit son évanouissement pendant la crise d'épilepsie.

À ces deux aspects (2.1.1 et 2.1.2) il existe une exception importante que l'on retrouve à l'article 27 :

Exemple

- . *La lésion dont il serait démontré qu'elle est due uniquement à l'état d'ébriété dans lequel se trouvait le travailleur ne pourrait pas être reconnue comme lésion professionnelle, sauf si le travailleur meurt ou subit une atteinte permanente grave du fait de cet accident.*

2.1.3 Un événement qui survient à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail

Cette condition est complexe, et il importe d'en examiner minutieusement les implications

A. L'accident survenant **par le fait du travail**

C'est celui qui survient dans l'exécution même des fonctions pour lesquelles le travailleur est employé.

Exemples

- . *Le bûcheron qui reçoit un chicot sur le dos.*
- . *Le soudeur qui reçoit un éclat dans l'oeil.*
- . *Un mécanicien qui fait une chute en allant chercher une pièce au magasin.*

B. L'accident survenant à l'occasion du travail

C'est celui qui survient lors de l'accomplissement d'**actes connexes** au travail, actes qui peuvent être plus ou moins utiles à l'exécution du travail. Le lien entre ces actes et les fonctions du travailleur, pour indirect qu'il soit, doit néanmoins être réel.

Pour l'appréciation de la validité de ce lien, les critères suivants sont pris en considération :

1. le lieu de l'accident;
2. le moment de l'accident;
3. la nature des activités au moment de l'accident;
4. la nature du lien entre l'employeur et le travailleur au moment de l'accident.

Ces quatre critères sont de poids inégal: les critères 3 et 4 sont les plus importants, bien qu'aucun critère ne soit déterminant en soi.

1) Le lieu de l'accident

La notion « lieux de travail » comprend non seulement le lieu d'exécution même de ses fonctions, mais également les lieux d'accès qui sont généralement sous le contrôle et la responsabilité de l'employeur et, d'une façon générale tous les lieux où il doit se trouver pour exécuter son travail.

Exemple

- . *le releveur de compteur à l'emploi de Hydro-Québec.*

Même si la lésion n'est pas survenue sur les lieux mêmes du travail, elle peut néanmoins avoir un caractère professionnel si on considère les autres critères, c'est-à-dire la nature des activités exercées, le lien de subordination et le moment de l'accident.

Exemple

- . *L'accident subi au moment d'entrer au travail sur le terrain de stationnement mis à la disposition par l'employeur, pourra être reconnu comme accident du travail.*

2) Le moment de l'accident

Un événement survenant pendant les heures de travail a évidemment plus de chances d'être reconnu comme accident du travail qu'un événement survenant en dehors des heures de travail.

Un événement survenant en dehors des heures de travail mais dans l'accomplissement d'actes reliés au travail pourrait aussi l'être. Le moment de l'accident n'est donc pas non plus un élément essentiel pour qualifier le fait accidentel d'accident du travail.

Exemple

- . *L'accident subi par un travailleur qui répare sa machine en dehors des heures de travail, pourrait être reconnu comme accident du travail.*

3) La nature des activités exercées au moment de l'accident

Pour qu'il y ait accident du travail au sens de la loi, il **doit** y avoir un lien réel entre le travail et les activités exercées lors de l'accident.

L'exigence d'un tel lien ne signifie cependant pas que les activités exercées doivent nécessairement être des activités directement productives. Peut donner lieu à un accident du travail toute activité ayant pour but :

- les intérêts de l'employeur, ou
- l'exploitation de l'entreprise, ou
- qui fait partie des conditions de louage du travail.

Exemple

- . *L'accident subi dans les vestiaires que l'employeur met à la disposition de ses travailleurs pourrait être reconnu comme accident du travail.*

Par contre, un événement survenant pendant les heures de travail, mais en dehors des lieux de travail et dans l'accomplissement d'actes sans aucun rapport avec le travail, ne serait habituellement pas reconnu comme accident du travail.

Exemple

- . *Le travailleur s'absente de son poste de travail pour aller acheter des cigarettes chez le dépanneur du coin et subit un accident. Dans la mesure où celui-ci survient dans l'accomplissement d'actes sans aucun rapport avec le travail, il ne serait pas reconnu comme accident du travail.*

4) La nature du lien entre l'employeur et le travailleur au moment de l'accident

L'existence d'un lien d'autorité-subordination entre l'employeur et le travailleur est un critère très important dans la reconnaissance du fait accidentel comme un accident à l'occasion du travail. C'est-à-dire qu'un événement qui ne survient ni sur les lieux du travail, ni pendant les heures de travail, ni même durant l'accomplissement d'activités productives, pourrait néanmoins être reconnu comme accident du travail pour autant que, lorsqu'il survient, le travailleur soit sous l'autorité ou le contrôle de l'employeur.

Exemples

- . *L'accident subi par un travailleur au cours du trajet pour se rendre d'un lieu de travail à un autre, alors qu'il est en « service commandé », pourra être reconnu comme accident du travail. Par contre, l'accident de trajet subi entre le domicile et le lieu de travail habituel ne sera généralement pas reconnu puisque l'employeur n'a à ce moment aucun moyen de contrôler le travailleur.*
- . *L'accident qui survient au cours d'activités de loisir ne serait pas reconnu comme accident du travail, sauf si l'employeur a effectivement autorisé et contrôlé sur le travailleur et sur l'activité exercée au moment de l'accident.*
- . *L'accident subi par un employé d'hôtel, non obligé de rester sur les lieux de son travail, mais qui utilisait pour ses loisirs la piscine de l'hôtel en dehors de ses heures de travail, ne pourra être reconnu comme accident du travail; il s'agit d'une activité personnelle pratiquée dans son intérêt propre et non dans celui de l'employeur qui la tolère sans la régir.*

Il s'agit naturellement là de cas limites destinés à illustrer le poids prépondérant de ce critère; dans la majorité des cas, plusieurs critères se combinent et permettent de qualifier ou de disqualifier plus aisément le fait accidentel.

En résumé, le lieu de l'accident, le moment de l'accident, la nature des activités exercées ainsi que la nature du lien entre l'employeur et le travailleur au moment de l'accident sont quatre critères qui doivent être pris en considération pour apprécier si un accident est survenu à l'occasion du travail; parmi ces critères, les deux derniers sont les plus importants, bien qu'aucun critère ne soit déterminant en soi.

Malgré ce qui précède, il y a des cas où aucun des critères ne se retrouvent et qui pourraient être reconnus comme accident du travail.

Exemple

- . *Un policier se fait tabasser dans un bar le samedi soir après avoir été reconnu par une personne à qui il avait donné une contravention.*

2.1.4 Un événement qui entraîne pour la personne une lésion professionnelle

Cette dernière condition semble la plus évidente : pas d'accident du travail sans lésion. Elle signifie que les prestations accordées par la loi sont conditionnelles à l'existence d'une lésion professionnelle.

Une exception à cette règle est prévue à l'**article 113**: un travailleur peut recevoir une indemnité pour la réparation ou le remplacement d'une prothèse ou d'une orthèse endommagée involontairement lors d'un événement imprévu et soudain survenu par le fait de son travail, **même s'il n'a pas subi de lésion professionnelle**, dans la mesure où il n'a pas droit à une telle indemnité en vertu d'un autre régime (voir la politique 2.08).

2.2 Détermination de la relation entre une blessure ou une maladie et un accident du travail

Dans le cadre de la détermination de la relation entre une blessure ou une maladie et un accident du travail, la Commission rend une décision concernant l'admissibilité d'une réclamation sur la base des éléments de preuve présentés par les parties et qui l'amènent à conclure si la blessure ou la maladie du travailleur est due ou non à un accident du travail. Ces éléments peuvent être de deux ordres :

- des éléments de nature factuelle (juridique), sur lesquels la Commission dispose d'un pouvoir complet d'appréciation. Ces éléments permettent de déterminer les faits et circonstances dans lesquels est survenue la blessure ou la maladie, et de faire ainsi le lien avec l'occupation du travailleur.
- des éléments de nature médicale, sur lesquels la Commission est «liée» dans sa décision, mais qu'elle peut contester en vertu de l'article 206; il s'agit des éléments énumérés à l'article 212, notamment le diagnostic, et ils sont fournis par le médecin qui a charge du travailleur (voir la politique 7.02).

Par ailleurs, la Commission peut exiger d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle qu'il se soumette à l'examen du professionnel de la santé qu'elle désigne, pour obtenir un rapport écrit de celui-ci sur toute question relative à la lésion. Ainsi, la Commission pourra alors obtenir un avis lui permettant d'établir la relation. Toutefois, elle n'est pas liée par cet avis.

Par contre, ce n'est pas parce qu'il est imprévu et soudain qu'un événement se produisant au travail sera nécessairement reconnu comme accident du travail; la cause réelle et initiale du préjudice doit relever du travail et non de la simple coïncidence.

Ainsi, un infarctus du myocarde n'est recevable que s'il se produit au cours d'un effort physique inhabituel, ou immédiatement après, ou dans des circonstances propices à causer un infarctus.

Exemples

- . *Un mineur subit un infarctus une demi-heure après avoir soulevé des sacs très lourds.*
- . *Le pompier exposé à de la fumée et qui fait un infarctus.*

Généralement, l'infarctus ne serait par contre pas recevable s'il se produisait dans des conditions normales d'exécution du travail.

Exemple

- . *L'employé de bureau qui subit un infarctus au cours d'une journée normale de travail.*

Le lien de causalité entre la lésion et le travail ne peut être établi par le seul diagnostic du médecin qui a charge du travailleur. Lorsque le médecin se prononce sur ce lien de causalité, bien que son opinion soit un élément de preuve à considérer, la Commission n'est pas liée par cet avis pour traiter la réclamation d'un travailleur; il appartient donc à la Commission de décider si le travailleur a subi une lésion professionnelle.

2.3 Preuve de la relation entre la lésion et les soins reçus ou omis, ou une activité prescrite dans le cadre des traitements médicaux ou du plan individualisé de réadaptation

Le cas considéré ici est celui où le travailleur doit faire la preuve que la blessure ou la maladie dont il souffre résulte soit des soins qu'il a reçus pour une lésion professionnelle, soit de l'omission de tels soins, soit d'une activité prescrite dans le cadre des traitements médicaux qu'il a reçus pour une lésion professionnelle ou dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation.

Pour rendre une décision sur l'admissibilité de cette réclamation, la Commission prend en considération :

- le rapport établi par le médecin qui a charge du travailleur, et notamment son diagnostic;
- tout autre élément concernant les faits et circonstances entourant l'apparition de la nouvelle lésion;
- toute preuve concernant le lien de causalité.

On doit noter que même si le médecin qui a charge du travailleur fait état d'une relation entre la nouvelle lésion et les soins reçus antérieurement ou les activités prescrites au travailleur, bien que son opinion soit un élément de preuve à considérer, la Commission n'est pas liée par cet avis pour traiter la réclamation du travailleur.

2.4 Preuve de la récurrence, de la rechute ou de l'aggravation

Les conditions d'admissibilité et de traitement des récurrences, des rechutes, des aggravations sont explicitées dans la politique 1.03 *La récurrence, la rechute, l'aggravation*.

2.5 Preuve de la maladie professionnelle inscrite à l'annexe 1 de la loi

Le travailleur qui produit un rapport médical attestant qu'il est atteint d'une maladie visée dans l'annexe 1 de la loi, et qui démontre qu'il exécute ou a exécuté un travail correspondant à cette maladie d'après l'annexe, est **présupposé atteint** d'une maladie professionnelle. Cette présomption a pour effet de le dispenser de toute autre preuve à l'appui de cette réclamation.

L'employeur, la Commission ou tout employeur qui a droit d'accès au dossier peut renverser la présomption en démontrant que la maladie qui affecte le travailleur n'a pas été contractée par le fait ou à l'occasion du travail. On doit noter que dans le cas des maladies professionnelles pulmonaires, la décision d'admissibilité est rendue sur la base du diagnostic établi par le comité spécial.

Les conditions et les effets de l'application de la présomption sont explicités à la politique 1.02 *Les présomptions*.

2.6 Preuve de la maladie professionnelle non inscrite à l'annexe 1 de la loi

Outre la preuve qu'il a contracté la maladie, le travailleur doit pouvoir apporter, par tous les moyens qu'il détermine, une preuve prépondérante de la relation entre sa maladie et son travail. Il doit notamment démontrer

- soit que sa **maladie est caractéristique d'un travail qu'il a exécuté**;

cette preuve peut être faite **notamment** en établissant une prévalence anormale de cette maladie chez les personnes exécutant ce même travail.

- soit que sa **maladie est reliée directement aux risques particuliers de ce travail**.

La démonstration s'appuiera, dans ce cas, non pas en établissant une prévalence anormale de cette maladie, mais sur les risques particuliers que comporte l'exécution de ce travail.

Dans la mesure où les critères établis à l'article 129 sont respectés, notamment dans le cas de délais indus, l'agent étudie la possibilité d'appliquer cet article.

3. DÉLAI EN VUE DE PRODUIRE UNE RÉCLAMATION

Le travailleur qui, en raison d'une lésion professionnelle, est incapable d'exercer son emploi pendant plus de 14 jours complets ou a subi une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique ou, s'il décède de cette lésion, le bénéficiaire, produit sa réclamation à la Commission, sur le formulaire qu'elle prescrit, dans les six mois de la lésion ou du décès, selon le cas.

Par ailleurs, le travailleur atteint d'une maladie professionnelle ou, s'il en décède, le bénéficiaire, produit sa réclamation à la Commission, sur le formulaire qu'elle prescrit, dans les six mois de la date où il est porté à la connaissance du travailleur ou du bénéficiaire que le travailleur est atteint d'une maladie professionnelle ou qu'il en est décédé, selon le cas. A cet égard, la Commission considère généralement que la date de la visite médicale où l'existence d'une maladie professionnelle a été constatée et diagnostiquée est la date à retenir aux fins de la computation du délai de six mois de l'article 272.

Toutefois, dans les deux cas, la Commission prolonge le délai de 6 mois ou relève une personne des conséquences de son défaut de le respecter, lorsque la personne démontre un motif raisonnable pour expliquer son retard.

4. DÉCISION SUR L'ADMISSIBILITÉ D'UNE RÉCLAMATION

Dans tous les cas, une décision écrite, motivée et notifiée aux intéressés est rendue sur l'admissibilité d'une réclamation.

De plus, lorsqu'elle rend une décision sur l'admissibilité d'une réclamation, la Commission doit s'assurer en cas de refus que l'événement en cause n'est pas admissible en vertu d'une autre catégorie de lésions professionnelles. La décision devra alors conclure à l'existence ou l'inexistence d'une lésion professionnelle.

Numéro	1.02
Thème	ADMISSIBILITÉ
Objet	Les présomptions
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles confère aux bénéficiaires le droit à la réparation pour les préjudices subis du fait d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Dans de nombreux cas, la charge de la preuve n'est pas imposée au bénéficiaire; ce sont les cas de présomption où, dès qu'un certain nombre de faits sont réunis, le bénéficiaire n'a pas de preuve supplémentaire à apporter à l'appui de sa réclamation. La présente politique a pour objet d'explicitier tous les cas où une présomption s'applique en faveur du bénéficiaire, d'en énoncer les conditions d'application et d'en clarifier les effets.

Cadre juridique et références :

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 28, 29, 46, 95, 96, 129, 255 et 354.

Public cible :

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle, ou ses personnes à charge s'il y a décès.

Énoncé de la politique :

- La présomption s'applique dans les circonstances prévues à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.
- Lorsque la présomption s'applique, l'employeur, la Commission ou tout autre employeur qui a droit d'accès au dossier, peut démontrer que la réclamation ne doit pas être admise.
- L'application de la présomption n'a pas pour effet de rendre une réclamation automatiquement admissible.
- En l'absence de présomption, il incombe au bénéficiaire de démontrer, à la satisfaction de la Commission, que sa réclamation est admissible.

Développement :

1. CAS OÙ IL PEUT Y AVOIR PRÉSUMPTION

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles a prévu six cas où une présomption peut s'appliquer en faveur du bénéficiaire. Ce sont les cas où :

- 1° une blessure est présumée être une lésion professionnelle;
- 2° le travailleur est présumé atteint d'une maladie professionnelle;
- 3° le travailleur est présumé incapable d'exercer son emploi;
- 4° le travailleur atteint d'une maladie professionnelle est présumé décédé des suites de cette maladie;
- 5° le travailleur disparu est présumé décédé;
- 6° le travailleur est présumé avoir fait l'objet d'une sanction ou d'une mesure parce qu'il a été victime d'une lésion professionnelle ou parce qu'il a exercé un droit prévu à la loi.

1.1 Cas où une blessure est présumée être une lésion professionnelle (article 28)

L'article 28 de la loi précise qu'une blessure qui survient sur les lieux du travail alors que le travailleur est à son travail est présumée être une lésion professionnelle.

Trois conditions sont nécessaires pour que la présomption s'applique :

1° Une blessure

Ce terme n'étant pas défini dans la loi, il importe de le préciser.

Une **blessure** est une lésion causée par un **agent vulnérant** engendrant une ecchymose (bleu), une bosse, une plaie, une coupure, une écorchure, une entaille, une morsure, une mutilation, une piqûre, une brûlure, une contusion, une commotion, une distension, une élongation, une fêlure, une fracture, une foulure, une luxation, une perforation, une déchirure, un éclatement, une entorse, etc.

La blessure peut être l'effet d'un choc, d'un mouvement mal exécuté, d'un faux mouvement, d'un coup, etc. En effet, le mouvement peut, en raison d'un vice d'exécution, causer certaines blessures : élongation, distension, déchirure, entorse, etc. Il peut s'agir d'un mouvement que le travailleur exécute plusieurs fois par jour à son travail, mais cette fois l'exécution en a été viciée avec comme résultat une blessure.

Les éléments subjectifs : douleur, fatigue, asthénie, somnolence, malaises, nausées, inconfort, etc. ne sont ni des blessures ni des maladies. Ce sont des symptômes, mais, lorsqu'on parle de blessures ou de maladies, il doit y avoir présence d'éléments objectifs. Toutefois, les rachialgies (cervicalgies, dorsalgies, lombalgies), même si elles constituent un diagnostic non spécifique, peuvent avoir comme origine une blessure ou une maladie. Elles sont donc admissibles comme lésions professionnelles lorsqu'elles ont été causées par un fait accidentel satisfaisant les critères exposés à la politique 1.01 *La lésion professionnelle*.

2° Qui survient sur les lieux du travail

3° Alors que le travailleur est à son travail

Ces deux dernières conditions doivent être examinées ensemble, car elles se complètent.

Précisons d'abord le sens des termes :

- La notion de «lieux de travail» comprend non seulement le lieu d'exécution même des fonctions du travailleur mais également les lieux d'accès au travail et, d'une façon générale, **tous les lieux où le travailleur doit se trouver pour exercer son travail**.
- L'expression «alors que le travailleur est à son travail» restreint donc la première; il ne suffit pas que la blessure survienne sur les lieux du travail pour que la présomption s'applique, encore faut-il que le travailleur soit en train d'accomplir les actes mêmes de son travail et non une activité connexe, même prévue à la convention collective.

Il s'ensuit que LA PRÉSUMPTION NE S'APPLIQUE PAS à la blessure qui survient sur les lieux du travail, sans que le travailleur soit à son travail.

Exemples

- . *Le travailleur qui subit une blessure avant d'entrer au travail, sur le terrain de stationnement ou dans les vestiaires fournis par l'employeur, ne bénéficie pas de la présomption puisqu'il n'était pas « à son travail ».*
- . *Le travailleur qui doit se déplacer d'un endroit à un autre dans le cadre de son travail et qui subit une blessure bénéficie alors de la présomption (le sergent-détective qui fait enquête, le releveur de compteur d'Hydro-Québec).*

Il est important de rappeler qu'il appartient au travailleur de **démontrer que les éléments de fait sont réunis** pour que la présomption s'applique (ex. : que sa blessure est réellement survenue alors qu'il était à son travail).

À cet égard, une déclaration tardive peut avoir pour effet de mettre en doute la crédibilité du travailleur mais n'enlève pas le fait que la présomption puisse s'appliquer. D'autre part, l'employeur peut toujours démontrer que, contrairement aux allégations du travailleur, il manque un ou plusieurs éléments de fait nécessaires à l'application de la présomption. Dans tous les cas, une décision écrite, motivée et notifiée aux intéressés est rendue sur l'admissibilité d'une réclamation.

1.2 Cas où le travailleur est présumé atteint d'une maladie professionnelle (article 29)

L'article 29 de la loi précise que le travailleur atteint d'une maladie visée dans l'annexe I de la loi est présumé atteint d'une maladie professionnelle s'il a exécuté un travail correspondant à cette maladie d'après l'annexe.

Ainsi, la présomption s'applique lorsque deux éléments sont réunis :

- un certificat médical attestant que le travailleur est atteint d'une maladie figurant sur la liste;
- une expérience de travail «correspondant à cette maladie» d'après l'annexe de la loi, dont l'appréciation est du ressort de la Commission.

1.2.1 Surdité professionnelle

Dans le cas de la surdité professionnelle, la présomption s'applique lorsqu'il y a atteinte auditive causée par le bruit et que le travailleur a exercé un travail impliquant une exposition à un bruit excessif.

La Commission considère qu'une exposition à un bruit excessif est une exposition quotidienne à des niveaux supérieurs aux limites permises au **Règlement sur la qualité du milieu de travail**.

  noter qu'en l'absence d'une histoire occupationnelle comprenant une exposition à des niveaux de bruit supérieurs aux limites r glementaires (continus et d'impact), il y a lieu de procéder à l'analyse de l'admissibilité en vertu de l'article 30 de la loi. Dans ce cas, il revient au travailleur de démontrer que sa surdité est d'origine professionnelle.

1.2.2 Lésions musculo-squelettiques cons cutes à des répétitions de mouvements ou de pressions

Dans le cas des lésions musculo-squelettiques cons cutes à des répétitions de mouvements ou de pressions, la présomption s'applique lorsque la maladie est une bursite, une tendinite ou une ténosynovite et lorsque le travail implique des répétitions de mouvements ou de pressions sur des périodes de temps prolongées.

La Commission considère, aux fins d'interprétation de la notion de « périodes de temps prolongées » :

- . une exposition suffisante à l'intérieur du quart de travail, soit au moins 50 % du temps travaillé qui consiste à répéter le même mouvement de base ou une même séquence de mouvements, qu'il y ait ou non une cadence imposée. Lorsqu'il y a combinaison de répétitions de mouvements et de forces exercées entraînant des répétitions de mouvements avec effort ou lorsque le cycle de travail est très court et la cadence très rapide, une durée d'exposition inférieure à 50 % du temps travaillé pourra être suffisante;
ET
- . une durée minimale d'emploi de deux mois, puisqu'il est reconnu que le délai d'apparition des symptômes est habituellement long.

Dans le cas où la lésion musculo-squelettique n'en est pas une de bursite, de tendinite, de ténosynovite ou dans le cas où cette lésion musculo-squelettique surviendrait en moins de deux mois, ou suite à une exposition quotidienne insuffisante, la réclamation ne donnerait pas lieu à l'application de la présomption de l'article 29. Toutefois, suite à la démonstration du travailleur, la réclamation pourrait être admissible comme maladie professionnelle en vertu de l'article 30 ou comme maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail.

1.2.3 Les maladies professionnelles pulmonaires

Dans le cas particulier des maladies professionnelles pulmonaires, la présomption s'applique lorsque deux éléments sont réunis : l'avis du comité spécial (article 231) et une expérience de travail «correspondant à la maladie professionnelle pulmonaire» selon l'annexe de la loi. La Commission doit donc attendre le rapport du comité spécial (articles 231 et 233) pour se prononcer sur l'admissibilité de la réclamation. Compte tenu des délais qu'entraîne cette procédure spéciale, et pour éviter de pénaliser le travailleur de bonne foi, le paiement des indemnités devrait débiter dans la mesure où les critères établis à l'article 129 sont respectés. Pour ce faire, l'agent d'indemnisation considère que la réclamation apparaît fondée à sa face même, s'il a en main l'attestation médicale faisant état de la présence de la maladie et si le travailleur a exercé un travail correspondant à sa maladie. Une décision écrite est rendue, qui précise que ce paiement en vertu de l'article 129 est temporaire.

1.3 Cas où le travailleur est présumé incapable d'exercer son emploi (article 46)

L'article 46 de la loi précise que le travailleur est présumé incapable d'exercer son emploi tant que la lésion professionnelle dont il a été victime n'est pas consolidée. Il a donc droit à l'indemnité de remplacement du revenu prévue à l'article 44 jusqu'à ce que sa lésion soit consolidée OU jusqu'à ce que la présomption soit renversée, c'est-à-dire jusqu'à ce que la démonstration soit faite qu'il est capable d'exercer son emploi, bien que sa lésion ne soit pas consolidée.

La capacité ou l'incapacité du travailleur d'exercer son emploi dépend de deux éléments : son état de santé et les exigences de son emploi.

- **L'état de santé du travailleur** est établi d'après plusieurs renseignements d'ordre médical, qui lient la Commission dans sa décision (diagnostic, date prévue de consolidation, traitements prescrits, limitations fonctionnelles).
- **Les exigences de son emploi** sont établies d'après les renseignements fournis par le travailleur, son représentant, l'employeur et, au besoin, après une visite des lieux de travail.

Il appartient à la Commission de décider de la relation entre ces deux éléments et, s'il y a lieu, de rendre une décision concernant la capacité du travailleur d'exercer son emploi, même si sa lésion n'est pas consolidée. À cette fin, la Commission doit considérer les opinions médicales qu'elle reçoit des parties portant sur la capacité du travailleur d'exercer son emploi, bien qu'elle ne soit pas liée par ces rapports médicaux. Lorsque la lésion est consolidée (voir la politique 3.03 *La détermination de la capacité du travailleur à exercer son emploi ou un emploi équivalent*).

LA PRÉSUMPTION EST NOTAMMENT RENVERSÉE DANS LES CAS SUIVANTS :

- **Lorsque le travailleur**, de sa propre initiative, retourne travailler à son emploi avant la date prévue de consolidation.

Dans ce cas, la présomption est renversée, **une décision écrite est rendue en conséquence** et l'indemnité de remplacement du revenu cesse d'être versée.

- **Lorsque la Commission**, de sa propre initiative ou sur demande de l'employeur, juge à partir de l'information qu'elle possède, (diagnostic établi par le médecin qui a charge, description du poste de travail et des tâches accomplies, des rapports du médecin de l'employeur le cas échéant), que le travailleur est capable d'exercer son emploi avant la date prévue pour la consolidation de sa lésion.

Exemple

- . *un employé qui attend d'être hospitalisé pour une opération mineure à la main gauche, pourrait exercer son emploi de bureau à temps plein malgré quelques limitations, compte tenu que l'usage de sa main gauche n'est pas nécessaire dans l'exécution normale de son travail.*

Dans ce cas, la Commission doit s'assurer que ses limitations fonctionnelles n'empêchent pas le travailleur d'exercer son emploi. Elle vérifie notamment auprès des parties si les descriptions faites correspondent à la réalité. Si nécessaire, le médecin régional est consulté et une visite du poste de travail est effectuée.

Lorsque la Commission conclut que le travailleur peut exercer son emploi sans aucun danger pour sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique, la présomption est renversée, une décision est rendue en conséquence, et l'indemnité de remplacement du revenu cesse d'être versée.

IMPORTANT : La présomption de l'article 46 concerne l'incapacité du travailleur d'exercer son emploi. Si l'information reçue par les parties confirme la capacité du travailleur d'exercer un autre emploi avant la consolidation de sa lésion, la présomption de l'article 46 ne s'en trouve pas renversée.

Cette information peut toutefois s'avérer utile à l'employeur qui, en vertu de l'article 179, désire se prévaloir de son droit d'assigner temporairement un travail au travailleur, en attendant que celui-ci redevienne capable d'exercer son emploi, conformément aux dispositions prévues à cet article et à la procédure prévue en pareilles circonstances.

1.4 Cas où le travailleur atteint d'une maladie professionnelle est présumé décédé des suites de cette maladie (article 95)

L'article 95 de la loi précise que le travailleur, qui meurt pendant qu'il touche une indemnité de remplacement du revenu par suite d'une maladie professionnelle pouvant entraîner le décès,

est présumé décédé des suites de cette maladie. Cette présomption ne s'applique que si la Commission a la possibilité de faire autopsier le corps.

Ainsi la présomption s'applique lorsque quatre faits sont réunis :

- la présence diagnostiquée d'une maladie professionnelle pouvant entraîner le décès;
- le versement d'une indemnité de remplacement du revenu en raison de cette maladie;
- le décès du travailleur;
- la possibilité pour la Commission de demander une autopsie.

La Commission rend une décision sur la relation entre le décès du travailleur et la maladie professionnelle dont il était atteint, qu'elle décide ou non de demander l'autopsie. Si elle la demande et que les conclusions de l'autopsie infirment la relation présumée, la présomption s'en trouve renversée et la **Commission rend une décision en conséquence**.

Il est à noter que lorsqu'il s'agit du diagnostic d'une maladie professionnelle pouvant entraîner le décès, la relation entre cette maladie et le décès n'est pas assujettie à la procédure d'évaluation médicale (articles 199 à 233).

1.5 Cas où un travailleur disparu est présumé décédé (article 96)

L'article 96 de la loi précise que lorsqu'un travailleur est disparu à la suite d'un événement survenu par le fait ou à l'occasion de son travail, et dans des circonstances qui font présumer son décès, la Commission peut considérer qu'il est décédé et que la date de son décès est celle de l'événement. Dans ce cas, une décision écrite, motivée et notifiée aux intéressés est rendue.

Exemple

- . *l'hydravion qui transporte le travailleur à son lieu d'affectation s'abîme dans un lac et le corps n'est pas retrouvé.*

1.6 Cas où le travailleur est présumé avoir fait l'objet d'une sanction ou d'une mesure parce qu'il a été victime d'une lésion professionnelle ou parce qu'il a exercé un droit prévu à la loi (articles 32 et 255)

L'article 32 de la loi accorde à tout travailleur une protection contre des mesures discriminatoires ou des représailles, ou toute autre sanction imposée par suite d'une lésion professionnelle ou l'exercice d'un droit prévu à la loi.

Lorsque la sanction ou la mesure visée dans l'article 32 survient dans les six mois de la date où le travailleur a été victime d'une lésion professionnelle, ou de la date où il a exercé un droit que lui confère la loi, il y a présomption que la mesure ou la sanction a été imposée parce que le travailleur a subi une lésion professionnelle ou a exercé son droit.

Il incombe dès lors à l'employeur de démontrer à la satisfaction de la Commission qu'il a exercé cette sanction ou cette mesure à l'égard du travailleur pour une autre cause juste et suffisante, ce qui signifie que cette autre cause doit être sérieuse, par opposition à un prétexte, et qu'elle constitue la cause véritable de la sanction ou de la mesure. Par contre, la Commission ne se prononce pas sur le caractère éventuellement disproportionné de la sanction ou de la mesure par rapport à sa cause.

Si la présomption en faveur du travailleur s'applique, la Commission peut ordonner à l'employeur de réintégrer le travailleur dans son emploi avec tous ses droits et privilèges et de lui verser son salaire et les autres avantages liés à l'emploi jusqu'à ce qu'elle dispose de la

plainte. (Pour tous les cas de plaintes en vertu des articles 32 et 255, référer au service de la conciliation).

2. LES IMPACTS DE LA PRÉSUMPTION SUR L'ADMISSIBILITÉ

L'application de la présomption a pour effet de dispenser le travailleur de faire la preuve du caractère professionnel de sa lésion (il doit quand même fournir les éléments de fait permettant à la Commission de juger si la présomption s'applique). De plus, celui qui bénéficie d'une présomption légale se trouve nettement avantagé au départ et la Commission considère que le doute doit favoriser la victime et l'interprète dans l'affirmative pour le travailleur.

Cependant, présumer n'est pas décider. L'application de la présomption n'a donc pas pour effet de rendre une réclamation automatiquement admissible.

Il peut très bien arriver, en effet, que les conditions soient réunies pour que la présomption s'applique et que la réclamation ne soit pourtant pas admissible. Toutefois, le fait que l'employeur soulève un doute, même sérieux, sur la présence d'un des éléments ou l'existence même de la lésion professionnelle ne doit pas priver le travailleur de l'application de la présomption. Pour renverser cette présomption, une preuve prépondérante doit être établie à l'effet qu'il ne s'agit pas d'une lésion professionnelle.

Rappelons, de plus, qu'en première instance, la relation est établie par la Commission. Une personne qui se croit lésée par cette décision peut en demander la révision selon l'article 358 et non par la procédure prévue à l'article 224.1.

D'autre part, il peut également arriver que la présomption ne s'applique pas et que la réclamation soit pourtant admissible.

3. DÉCISION SUR L'ADMISSIBILITÉ D'UNE RÉCLAMATION

Dans tous les cas, une décision écrite, motivée et notifiée aux intéressés est rendue sur l'admissibilité d'une réclamation.

Lorsque les éléments exigés pour l'application de la présomption sont réunis, la présomption s'applique et la Commission rend une décision sur l'admissibilité de la réclamation.

Lorsque les éléments exigés pour l'application de la présomption ne sont pas réunis, où s'ils semblent l'être, mais qu'ils sont contestés, la Commission doit rendre une décision sur l'admissibilité de la réclamation. La décision d'admissibilité n'est rendue que lorsque la Commission est raisonnablement certaine du caractère professionnel de la lésion. Selon les cas, une évaluation ou un complément d'enquête peut être nécessaire, tout comme la lecture du formulaire *Avis d'accident et demande de remboursement de l'employeur* (ADR) appuyé par l'attestation médicale du médecin qui a charge, peut s'avérer suffisante.

Numéro	1.03
Thème	ADMISSIBILITÉ
Objet	La récidive, la rechute, l'aggravation
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour objet de préciser les conditions d'admissibilité et de traitement d'une réclamation pour une récidive, une rechute ou une aggravation au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Cadre juridique et références :

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 2, 28, 31, 44 (2^o) 70, 124, 128, 215, 224.1, 265, 270, 280, 352 et 354.

Public cible :

Le travailleur victime d'une récidive, d'une rechute ou d'une aggravation.

Énoncé de la politique :

La récidive, la rechute ou l'aggravation sera admissible à titre de lésion professionnelle si le travailleur démontre que la lésion qui l'affecte est reliée directement à la lésion professionnelle d'origine.

Développement :

L'article 2 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles indique qu'une lésion professionnelle :

« est une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récidive, la rechute ou l'aggravation ». Quoique ces trois termes se réfèrent à des réalités médicales différentes, le législateur n'a pas prévu de mode de traitement particulier qu'il s'agisse médicalement d'une récidive, d'une rechute ou d'une aggravation.

1. RÉCIDIVE, RECHUTE OU AGGRAVATION SANS QU'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL EN SOIT LA CAUSE

Le lieu et le moment où survient une récidive, une rechute ou une aggravation ne constituent pas, comme dans le cas d'un accident du travail, des facteurs déterminants pour l'admissibilité d'une demande. Il s'agit plutôt de décider si la détérioration de l'état de santé du travailleur (la récidive, la rechute ou l'aggravation) est directement reliée à une lésion professionnelle antérieure. Évidemment, cette lésion antérieure doit être admissible à titre de lésion professionnelle.

De plus, la présomption de lésion professionnelle telle que prévue à l'article 28 ne s'applique pas dans les cas de récidives, rechutes ou aggravations. Il revient donc au travailleur de démontrer que son état physique est directement relié à une lésion professionnelle antérieure. Ce peut être le cas notamment lorsque le travailleur réclame pour la récidive, rechute ou aggravation, sans fait accidentel nouveau, de l'aggravation d'une condition personnelle préexistante qui avait déjà été admise à titre de lésion professionnelle. Le travailleur doit dans ce cas démontrer que la nouvelle lésion est reliée à la lésion professionnelle et non uniquement à la condition personnelle préexistante.

Exemples

- . *Arthrose du poignet par suite d'une fracture intra articulaire.*
- . *Aggravation d'une surdité par suite de l'exposition au bruit dans le milieu de travail.*
- . *Réapparition d'une enflure au doigt alors que le travailleur était déjà consolidé.*

1.1 Distinction entre la récurrence, rechute ou aggravation et l'accident du travail qui ne rend pas le travailleur incapable d'exercer son emploi la journée même

Dans le cas où le travailleur subit un accident du travail et que l'incapacité d'exercer son emploi ne survient pas la journée même, il faut d'abord décider si cette incapacité est la conséquence directe de l'accident du travail ou plutôt une récurrence, rechute ou aggravation. Il faut donc faire la distinction entre un travailleur qui est victime d'une lésion professionnelle et qui demeure malgré tout capable temporairement d'exercer son emploi et celui qui subit une récurrence, rechute ou aggravation d'une lésion antérieure qui n'a pas fait l'objet d'une décision d'admissibilité. Cette distinction se fait essentiellement à partir de l'analyse des faits et de l'information disponible.

Exemple

- . *Un travailleur se frappe le coude et s'inflige une contusion. Il le déclare à l'employeur et celui-ci l'inscrit au registre des accidents du travail. Cinq jours plus tard, le travailleur consulte un médecin et ce dernier diagnostique une épicondylite. Le travailleur cesse alors le travail. Dans ce cas, la réclamation du travailleur est analysée comme un accident du travail même si l'arrêt de travail ne s'est pas produit le jour de l'accident.*

S'il s'agit d'un accident du travail qui ne rend pas le travailleur incapable d'exercer son emploi la journée même, l'étude de l'admissibilité de la réclamation se fait comme s'il s'agissait d'un accident du travail et la présomption de lésion professionnelle telle que prévue à l'article 28 peut s'appliquer selon le cas.

Par contre, s'il s'agit d'une récurrence, rechute ou aggravation, il faut d'abord étudier l'admissibilité de la lésion antérieure.

1.2 Admissibilité de la lésion antérieure lorsque celle-ci n'a jamais fait l'objet d'une décision d'admissibilité

Dans les cas où l'admissibilité de la lésion antérieure n'a pas été faite, il faut d'abord étudier l'admissibilité de cette lésion avant de statuer sur l'admissibilité de la récurrence, rechute ou aggravation. Il peut s'agir ici d'un accident du travail qui a été inscrit au registre des accidents du travail tel que prévu à l'article 280 de la loi ou déclaré à l'employeur tel que prévu à l'article 265. Dans ces cas, le travailleur doit en faire part à la Commission qui procédera alors à l'étude de l'admissibilité de la lésion antérieure à partir de l'information dont elle dispose. Ainsi, le travailleur n'a pas à produire une réclamation pour cette lésion antérieure puisqu'il n'avait pas à le faire selon la loi. Si la lésion antérieure est jugée admissible, la Commission procédera par la suite à l'étude de la récurrence, rechute ou aggravation.

Par ailleurs, il existe certaines situations exceptionnelles où la lésion antérieure n'a pas été déclarée à l'employeur conformément aux dispositions de l'article 265, ni à la Commission, et qu'il y a eu perte de temps de plus de 14 jours complets ou atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur. Dans ces cas, le travailleur disposait d'un délai 6 mois à partir de la date de la lésion initiale pour produire une réclamation à la Commission concernant cette lésion (article 270); ce délai peut cependant être prolongé par la Commission lorsque le travailleur démontre un motif raisonnable pour expliquer son retard.

Dans les autres cas, c'est-à-dire lorsque la perte de temps a été de moins de 14 jours, le délai de 6 mois ne s'applique pas. Il appartient alors au travailleur de démontrer qu'il s'agit bien d'une lésion professionnelle et à cet égard, une déclaration tardive peut avoir pour effet de mettre en doute la crédibilité du travailleur.

2. RÉCIDIVE, RECHUTE OU AGGRAVATION ALORS QU'UN ÉVÉNEMENT ACCIDENTEL EST EN CAUSE

Dans le cas **d'un nouveau fait accidentel survenu au travail**, la lésion qui en résulte ne peut en aucune façon être considérée comme une récidive, une rechute ou une aggravation : **il s'agit plutôt d'une lésion professionnelle résultant d'un nouvel accident du travail**. Dans ce cas, les conditions d'admissibilité sont celles généralement applicables dans le cas d'un accident du travail et la présomption s'applique si les éléments constitutifs sont réunis (voir la politique 1.02 *Les présomptions*).

Dans le cas où un événement accidentel non relié au travail est la cause de la récidive, de la rechute ou de l'aggravation, le travailleur doit aussi démontrer que son état physique est relié directement à une lésion professionnelle antérieure. En effet, la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ne précise pas dans quelles circonstances une récidive, une rechute ou une aggravation peut être considérée comme une lésion professionnelle. Chaque demande étant un cas d'espèce, la condition essentielle est que le travailleur démontre que son état physique est directement relié à une lésion professionnelle antérieure. Toutefois, si l'événement accidentel est suffisant en soi pour être la cause de la nouvelle lésion, la réclamation ne serait pas acceptable.

Exemple

. *Récidive, rechute ou aggravation d'une lésion au dos :*

réclamation acceptable : réapparition, après un faux mouvement sous la douche, d'une sciatique chez un travailleur ayant subi une lésion professionnelle six mois plus tôt impliquant une discoïdectomie.

réclamation non acceptable : en jouant au hockey, le travailleur fait une chute accidentelle et se blesse au dos.

Par ailleurs, on pourra considérer comme une récidive, une rechute ou une aggravation une nouvelle lésion consécutive à un accident, lui-même causé par les séquelles d'une lésion professionnelle antérieure. Le travailleur devra démontrer que la nouvelle lésion est uniquement la conséquence des séquelles de la lésion antérieure.

Exemple

. *Une personne se fracture un bras à la suite d'une chute chez elle, chute due uniquement à la faiblesse de sa cheville. Il est démontré que cette faiblesse est consécutive à une lésion professionnelle antérieure et qu'elle est la seule cause de la chute.*

Cependant, dans les cas d'aggravation survenant hors du travail, avant d'examiner s'il s'agit d'une récidive, rechute ou aggravation, il convient d'analyser la possibilité que la nouvelle lésion soit admissible en vertu de l'article 31 (voir les points 1.5 et 2.3 de la politique 1.01 *La lésion professionnelle*).

Si l'article 31 est inapplicable, il faut se demander s'il s'agit d'une lésion professionnelle au sens de l'article 2 de la loi, c'est-à-dire une récidive, rechute ou aggravation d'une blessure ou d'une maladie survenue par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail antérieur ou d'une maladie professionnelle contractée antérieurement.

3. MODALITÉS PARTICULIÈRES

3.1 Lorsque le travailleur est obligé d'abandonner son travail la journée même du retour au travail

Dans ce cas, il s'agit d'une continuation de la lésion initiale et non d'une récurrence, une rechute ou une aggravation. L'article 128 prévoit que, dans ce cas précis, **l'indemnité de remplacement du revenu n'est pas interrompue**. Ainsi, lorsque cela survient à l'intérieur des quatorze jours de la lésion initiale, l'employeur continue à verser l'indemnité au travailleur jusqu'à la fin de la période; si elle survient après, c'est la Commission qui poursuit le paiement.

Toutefois, l'article 128 ne s'applique pas si le travailleur est obligé d'abandonner son travail la journée du retour au travail, alors que la date de consolidation de sa lésion a été fixée suite à une contestation au Bureau d'évaluation médicale. Dans un tel cas, la Commission étant liée par l'avis du membre de ce Bureau ou le cas échéant, par le rapport du professionnel de la santé désigné par la Commission (art. 224.1), il ne peut s'agir d'une continuation de la lésion antérieure. La Commission doit alors faire l'étude de l'admissibilité de la réclamation à titre de récurrence, rechute ou aggravation.

3.2 Lorsque la récurrence, la rechute ou l'aggravation se manifeste après le retour au travail

Les modalités générales d'indemnisation s'appliquent :

- paiement par l'employeur du salaire de la journée où se manifeste la récurrence, la rechute ou l'aggravation, ainsi que des indemnités pour les journées normalement travaillées au cours des quatorze premiers jours.
- à partir du quinzième jour, c'est la Commission qui verse au travailleur l'indemnité de remplacement du revenu. Notons que l'article 70 s'applique (voir la politique 2.02 *Le calcul de l'indemnité de remplacement du revenu*).

3.3 Lorsque le travailleur n'occupe aucun emploi au moment de la récurrence, de la rechute ou de l'aggravation

Le travailleur qui n'occupe aucun emploi au moment de la récurrence, de la rechute ou de l'aggravation, a droit à l'indemnité de remplacement du revenu s'il devient incapable, à cause de cette nouvelle lésion professionnelle d'exercer l'emploi qu'il occupait habituellement (article 44 (2°)).

Après que le travailleur a présenté sa réclamation, accompagnée de l'attestation médicale qu'il aurait normalement remise à son employeur et après avoir démontré qu'il a perdu un revenu d'emploi, la Commission lui verse alors l'indemnité à laquelle il a droit, à compter de la première journée complète suivant le début de l'incapacité de travailler (voir le point 3.1 de la politique 2.01 *Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu* et le point 2.13 de la politique 2.02 *Le calcul de l'indemnité de remplacement du revenu*).

4. DÉCISION DE LA COMMISSION

Il est d'abord important de rappeler que **c'est la Commission qui décide de l'admissibilité d'une récurrence, d'une rechute ou d'une aggravation**. On doit noter que même si le médecin qui a charge du travailleur fait état d'une relation entre la récurrence, la rechute ou l'aggravation et la lésion

antérieure, bien que son opinion soit un élément de preuve à considérer, la Commission n'est pas liée par cet avis pour traiter la réclamation du travailleur.

Par ailleurs, lorsqu'un travailleur occupe un autre emploi chez un employeur différent ou n'occupe aucun emploi au moment de sa rechute, récurrence ou aggravation, la Commission doit informer l'employeur chez qui la lésion initiale est survenue (Voir au volet « Financement » du navigateur, la politique *d'Imputation*, résolution du Conseil d'administration A-14-90, p. 10).

Dans tous les cas, une décision écrite, motivée et notifiée aux intéressés est rendue sur l'admissibilité d'une réclamation.

Numéro	1.04
Thème	ADMISSIBILITÉ
Objet	Les bénéficiaires
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour objet d'identifier les personnes pouvant bénéficier des prestations prévues à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 2, 3, 5, 9 à 24, 3, 92, 98 à 111, 184, 4e alinéa et 559 à 569.
- . Loi sur la santé et la sécurité du travail, article 170.

Public cible :

Les personnes admissibles aux prestations.

Énoncé de la politique :

Les travailleurs au sens de la loi, les personnes considérées par la loi comme des travailleurs, ainsi que les personnes inscrites à la Commission ont droit aux prestations prévues à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Si ces personnes décèdent, leurs personnes à charge ont droit à certaines prestations (articles 92 à 111 et article 184, 4e alinéa).

Développement :

1. LE TRAVAILLEUR AU SENS DE LA LOI

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles définit le travailleur comme une personne physique qui exécute un travail pour un employeur, moyennant rémunération, en vertu d'un contrat de travail ou d'apprentissage. Sont exclus de cette définition :

- le domestique, sauf dans les cas prévus au point 2.1;
- la personne physique engagée par un particulier pour garder un enfant, un malade, une personne handicapée ou une personne âgée, et qui ne réside pas dans le logement de ce particulier;
- la personne qui pratique un sport constituant sa principale source de revenus;
- le dirigeant d'une personne morale quel que soit le travail qu'il exécute pour cette personne morale.

2. LES PERSONNES CONSIDÉRÉES PAR LA LOI COMME DES TRAVAILLEURS

Les personnes dont il est ici question sont admissibles aux prestations prévues à la loi selon les conditions décrites.

2.1 Le domestique

Le domestique au sens de la loi est une personne physique engagée par un particulier moyennant rémunération et qui a pour fonction principale, dans le logement de ce particulier :

- d'exécuter des travaux ménagers; ou
- alors qu'elle habite ce logement, de garder un enfant, un malade, une personne handicapée ou une personne âgée.

Un conjoint ne peut être considéré comme domestique de l'autre conjoint.

Le domestique peut bénéficier des prestations prévues à la loi selon l'une des possibilités suivantes :

- lorsqu'il s'inscrit lui-même à la Commission, selon les modalités prévues au point 3 de la présente politique;
- lorsqu'il est inscrit par l'association de domestiques à laquelle il appartient et qui est alors considérée comme son employeur aux seules fins du financement. L'inscription se fait selon les modalités prévues au point 3 de la présente politique.

Pour bénéficier des prestations prévues à la loi, le domestique et, s'il y a lieu, l'association doivent avoir acquitté leur cotisation échue à la Commission, à la date où se manifeste la lésion.

2.2 Le travailleur autonome

Le travailleur autonome est une personne physique qui fait des affaires pour son propre compte, seule ou en société, et qui n'engage pas de travailleur.

Ce travailleur autonome peut bénéficier des prestations prévues à la loi, selon l'une des possibilités suivantes :

Lorsque, dans le cours de ses affaires, il exerce pour une personne des activités similaires ou connexes à celles exercées dans l'établissement de cette personne, il est alors considéré comme un **travailleur** engagé par cette personne et bénéficie à ce titre des prestations prévues par la loi, **SAUF** :

s'il exerce ces activités

- simultanément pour plusieurs personnes; ou
- dans le cadre d'un échange de services, rémunérés ou non, avec un autre travailleur autonome exerçant des activités semblables; ou
- pour plusieurs personnes à tour de rôle, qu'il fournit le matériel nécessaire et que les travaux pour chaque personne sont de courte durée; ou, s'il s'agit d'activités qui ne sont que sporadiquement exigées par la personne qui retient ses services.

Le travailleur autonome qui n'est pas considéré comme un travailleur doit être inscrit à la Commission selon les modalités prévues au point 3 pour bénéficier des prestations de la loi. L'inscription peut se faire :

- lorsqu'il s'inscrit lui-même;
- lorsqu'il est inscrit à la Commission par l'association de travailleurs autonomes à laquelle il appartient. Dans ce cas, l'association est considérée comme l'employeur aux seules fins du financement. L'inscription à la Commission se fait selon les modalités prévues au point 3 de la présente politique;
- lorsqu'il est inscrit à la Commission par un particulier qui l'a engagé. Dans ce cas, ce particulier est considéré comme l'employeur aux seules fins du financement et des recours. L'inscription à la Commission se fait selon les modalités prévues au point 3 de la présente politique.

Pour bénéficier des prestations prévues à la loi, le travailleur autonome et, s'il y a lieu, l'association ou le particulier doivent avoir acquitté leur cotisation échue à la Commission, à la date où se manifeste la lésion.

2.3 L'étudiant

Un étudiant peut bénéficier des prestations prévues à la loi, selon l'une des possibilités suivantes :

- s'il fait un stage non rémunéré dans un établissement, sous la responsabilité de l'institution d'enseignement qu'il fréquente;
- si un règlement prévoit expressément d'autres cas.

Dans ces deux cas, l'étudiant est considéré comme un **travailleur** de l'institution d'enseignement ou, si celle-ci relève d'une commission scolaire, comme travailleur de cette commission scolaire.

La notion d'étudiant étant définie différemment d'une institution d'enseignement à une autre, il faut se référer à la définition d'étudiant établie par l'institution d'enseignement concernée.

2.4 Les personnes considérées comme travailleurs à l'emploi du gouvernement

Les personnes suivantes sont considérées comme **travailleurs** à l'emploi du Gouvernement :

- 1- la personne autre qu'un enfant visé au paragraphe 3 qui exécute des travaux compensatoires en vertu du Code de procédure pénale (chapitre C-25.1);
- 2- la personne qui, en vertu de la Loi sur les services correctionnels (Chapitre S-4.01), exécute une ordonnance de probation comportant des travaux communautaires;
- 3- l'enfant qui exécute un travail rend un service à la collectivité ou agit comme apprenti, qu'il soit rémunéré ou non, dans le cadre :
 - de mesures volontaires prises en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1);
 - de mesures de rechange prises en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour adolescent (LSJPA);

- d'une décision rendue par la Cour du Québec en vertu de l'une de ces lois ou du Code de procédure pénale;
- 4- la personne qui exécute un travail dans le cadre d'une mesure ou d'un programme prévu dans la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles (chapitre A-13.1.1);
- 5- La personne qui apporte gratuitement son aide à l'application de mesures d'urgence au sens de la Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre (chapitre P-38.1), ou, si elle n'a pas d'autre employeur, la personne qui, en vertu de cette loi, participe à un cours de formation en matière de mesures d'urgence institué, organisé ou approuvé par le ministre de la Sécurité publique.

2.5 La personne considérée comme travailleur à l'emploi d'un Fonds

Est considérée comme travailleur à l'emploi d'un Fonds au bénéfice des personnes incarcérées, constitué dans un établissement de détention en vertu de l'article 22.0.1 de la Loi sur les services correctionnels (chapitre S-4.01), la personne incarcérée qui exécute un travail rémunéré dans le cadre d'un programme d'activités.

2.6 Le travailleur bénévole

Toute personne qui exécute bénévolement un travail aux fins d'un établissement est considérée comme **travailleur** de cet établissement si ce travail est fait avec l'accord de la personne qui a recours à ses services et si cette dernière transmet à la Commission une déclaration sur :

- 1- la nature des activités exercées dans l'établissement;
- 2- la nature du travail exécuté bénévolement;
- 3- le nombre de personnes qui exécutent bénévolement un travail aux fins de l'établissement ou qui sont susceptibles de le faire dans l'année civile en cours;
- 4- la durée moyenne du travail exécuté bénévolement;
- 5- la période, au cours de l'année civile, pendant laquelle la protection est demandée.

À noter toutefois que le droit au retour au travail ne s'applique pas à ce genre de travailleur.

2.7 L'employeur, le dirigeant ou le membre du conseil d'administration d'une personne morale

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles définit **l'employeur** comme une personne qui, en vertu d'un contrat de travail ou d'un contrat d'apprentissage, utilise les services d'un travailleur aux fins de son établissement.

Le dirigeant est défini comme un membre du conseil d'administration d'une personne morale qui exerce également les fonctions de président, de vice-président, de secrétaire ou de trésorier de cette personne morale.

Le membre du conseil d'administration est une personne qui siège au conseil d'administration et y a droit de vote.

Ces personnes peuvent bénéficier des prestations prévues à la loi, comme si elles étaient des travailleurs, à condition de s'être inscrites à la Commission selon les modalités prévues au point 3 de la présente politique **et** d'avoir acquitté leur cotisation échue à la Commission à la date où se manifeste la lésion.

Toutefois, un travailleur qui siège comme membre du conseil d'administration de la personne morale qui l'emploie n'a pas à s'inscrire à la Commission pour bénéficier de la protection de la présente loi lorsqu'il remplit ses fonctions au sein de ce conseil d'administration.

2.8 Les employés du gouvernement fédéral

Les employés du gouvernement du Canada visés dans la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État sont soumis à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles selon l'entente conclue en vertu de l'article 170 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail; dans ce cas:

- l'admissibilité **de la personne** se fait selon la loi fédérale (voir le point 2 de la politique 1.05 *Les conditions territoriales : lieu où se produit la lésion professionnelle*);
- l'admissibilité à l'indemnisation (admissibilité légale) se fait selon la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

2.9 Les personnes couvertes en vertu d'une entente

Un usager au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), qui effectue un travail en vue de sa rééducation physique, mentale ou sociale sous la responsabilité d'un établissement visé dans cette loi, peut être considéré comme travailleur de cet établissement, aux conditions et dans la mesure prévues à une entente conclue entre la Commission et le ministre de la Santé et des Services sociaux à cette fin. Il en est de même à l'égard d'un bénéficiaire au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., chapitre S-5).

D'autre part, une personne qui accomplit un travail dans le cadre d'un projet d'un gouvernement, qu'elle soit ou non un travailleur au sens de la loi, peut être considérée comme travailleur de ce gouvernement, d'un organisme ou d'une personne morale, aux conditions et dans la mesure prévues à une entente conclue entre la Commission et le gouvernement, l'organisme ou la personne morale concerné. Les 2^o et 3^o alinéas de l'article 170 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (chapitre S-2.1) s'appliquent à cette entente.

2.10 Les dirigeants, les permanents et les délégués syndicaux

1. Les dirigeants de syndicats constitués en personne morale peuvent s'inscrire à la Commission pour bénéficier de la protection de la loi.

Les dirigeants syndicaux sont les membres du conseil d'administration d'un syndicat constitué en personne morale et qui exercent les fonctions de président, vice-président, secrétaire ou trésorier de cette personne morale.

2. Le travailleur à l'emploi d'un syndicat et qui siège comme membre du conseil d'administration du syndicat n'a pas à s'inscrire à la Commission pour profiter de la protection de la LATMP.

3. Les permanents syndicaux (autres que les dirigeants) sont des travailleurs du syndicat.
4. Les délégués syndicaux rémunérés par le syndicat ou dont le salaire est remboursé par le syndicat à l'employeur sont considérés comme des travailleurs au service du syndicat.
5. Les délégués syndicaux rémunérés par leur employeur (dont le salaire n'est pas remboursé par le syndicat) sont considérés comme des travailleurs au service de leur employeur.
6. Les délégués syndicaux non rémunérés et qui participent à des activités syndicales peuvent être protégés comme travailleurs bénévoles (si le syndicat en fait la demande selon l'article 13 de la loi). Les délégués à qui le syndicat ne fait que rembourser les dépenses (repas, déplacement, etc.) sont considérés comme travailleurs bénévoles.

2.11 La personne considérée à l'emploi de l'autorité responsable d'un service municipal de sécurité d'incendie

Toute personne qui, lors d'un sinistre, assiste les pompiers d'un service municipal de sécurité incendie alors que son aide a été acceptée expressément ou requise en vertu du paragraphe 7^e du deuxième alinéa de l'article 40 de la Loi sur la sécurité incendie (2000 chapitre 20).

À noter toutefois que le droit de retour au travail ne s'applique pas à ce genre de travailleur.

3. LES PERSONNES INSCRITES À LA COMMISSION

Une lésion professionnelle subie par une personne inscrite à la Commission donne droit aux prestations prévues à la loi comme si cette personne était un travailleur. Toutefois, **le droit au retour au travail n'est pas une prestation, en conséquence une personne inscrite ne peut en bénéficier.**

L'inscription à la Commission se fait au moyen d'un avis écrit indiquant le nom et l'adresse de la personne à inscrire, le lieu, la nature et la durée prévue des travaux ainsi que le montant pour lequel la protection est demandée. Ce montant ne peut être inférieur au revenu brut annuel déterminé sur la base du salaire minimum en vigueur lors de l'inscription et ne peut excéder le maximum annuel assurable pour l'année en cours.

L'association de travailleurs autonomes ou de domestiques qui inscrit ses membres à la Commission peut, à cette fin, en exiger et en recevoir une contribution.

4. BÉNÉFICIAIRE DANS LE CAS DU DÉCÈS DE LA PERSONNE AYANT DROIT AUX PRESTATIONS

Dans le cas où le travailleur, ou la personne considérée comme travailleur par la loi décède, ses personnes à charge ont droit à certaines prestations (voir la politique 2.07 *Les indemnités de décès*).

4.1 Le conjoint

Est considéré comme conjoint la personne de sexe différent ou de même sexe qui, à la date du décès du travailleur :

- 1- est mariée au travailleur et cohabite avec lui; **ou**

2- vit maritalement avec le travailleur et :

- a) réside avec lui depuis au moins trois ans ou depuis un an si un enfant est né ou est à naître de leur union; et
- b) est publiquement représentée comme son conjoint.

À noter que pour que le conjoint de même sexe soit considéré comme personne à charge, il faut que le décès soit survenu le ou après le 16 juin 1999, date d'entrée en vigueur de la Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant les conjoints de fait (article 2).

Cette personne a droit aux indemnités prévues à son intention aux articles 98, 99, 100, 101 et 109 de la loi. De plus, elle peut bénéficier de toute mesure que la Commission estime utile pour favoriser sa réinsertion professionnelle (article 184 (4^o)).

4.2 Les enfants

Un enfant du travailleur, c'est toute personne à qui le travailleur tient lieu de mère ou de père lors de son décès. Cette personne a droit aux indemnités prévues à son intention aux articles 102, 103, 104 et 105 de la loi.

L'enfant conçu mais non encore né au moment du décès du travailleur est aussi un enfant du travailleur s'il naît viable.

4.3 La mère et le père du travailleur

La mère et le père du travailleur ou la personne qui tient lieu de mère ou de père au travailleur lors de son décès, est considérée comme mère ou père de ce travailleur. Cette personne a droit aux indemnités prévues à son intention aux articles 106 , 107 , 108 et 110.

Le travailleur qui contribue indirectement aux revenus de sa mère ou de son père par son travail dans l'entreprise familiale est réputé pourvoir à leurs besoins en proportion de sa contribution.

4.4 Autres personnes à charge

Une personne à charge, dont les besoins sont pourvus par le travailleur pour au moins 10 % et jusqu'à concurrence de 50 % lors du décès de celui-ci, a droit aux indemnités prévues à son intention à l'article 108 de la loi.

Numéro	1.05
Thème	ADMISSIBILITÉ
Objet	Les conditions territoriales: lieu où se produit la lésion professionnelle
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour objet de préciser les conditions d'admissibilité liées au lieu où se produit la lésion professionnelle (au Québec ou hors du Québec).

Cadre juridique et références :

- Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 7, 8, 8.1, 17 et 452.
- Loi sur la santé et la sécurité du travail, article 170.
- Loi concernant l'indemnisation des agents de l'État (S.R.C., 1985, c.G-5), article 4(2).

Public cible :

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle.

Énoncé de la politique :

Les conditions auxquelles doit répondre un travailleur pour être admissible aux prestations prévues à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles varient, notamment selon que l'accident s'est produit ou que la maladie professionnelle a été contractée au Québec ou hors du Québec.

Développement :

1. ACCIDENT SURVENU AU QUÉBEC OU MALADIE PROFESSIONNELLE CONTRACTÉE AU QUÉBEC (art. 7)

Dans ce cas, le travailleur qui en est victime est admissible aux prestations prévues à la loi, à condition **que l'employeur de ce travailleur ait un établissement au Québec**, lorsque l'accident survient ou la maladie professionnelle est contractée.

Précisons que le terme **établissement** doit être entendu au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, c'est-à-dire :

«l'ensemble des installations et de l'équipement groupés sur un même site et organisés sous l'autorité d'une même personne ou de personnes liées, en vue de la production ou de la distribution de biens ou de services, à l'exception d'un chantier de construction. Ce mot comprend notamment une école, une entreprise de construction ainsi que les locaux mis par l'employeur à la disposition du travailleur à des fins d'hébergement, d'alimentation ou de loisirs, à l'exception cependant des locaux privés à usage d'habitation.»

Cette définition « d'établissement » se traduit généralement par une adresse civique au Québec.

Si l'employeur n'a pas d'établissement au Québec lorsque survient la lésion, la LATMP ne peut s'appliquer. Toutefois, il est possible de conclure des ententes (article 8.1) avec un gouvernement, un ministère ou des organismes gouvernementaux qui peuvent prévoir des exceptions aux conditions énoncées à l'article 7 (de telles ententes ne peuvent être conclues avec des employeurs).

2. ACCIDENT SURVENU OU MALADIE PROFESSIONNELLE CONTRACTÉE HORS DU QUÉBEC

Dans ce cas, il faut considérer deux catégories de travailleurs :

2.1 Le travailleur qui n'est pas à l'emploi du Gouvernement du Canada (article 8)

Ce travailleur est admissible aux prestations prévues à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles lorsque l'accident survient ou la maladie professionnelle est contractée **si**:

- a) il a son domicile au Québec et ce, peu importe la durée de son affectation hors du Québec;**
- b) son employeur a un établissement au Québec;**

Toutefois, le travailleur qui ne conserve pas son domicile au Québec, pendant la période de son affectation hors du Québec, pourra néanmoins bénéficier de la LATMP si :

- a) au moment de son affectation hors du Québec, il avait un domicile au Québec et;**
- b) la durée du travail hors Québec n'excède pas 5 ans au moment de son accident ou au moment où il contracte la maladie et;**
- c) son employeur a un établissement au Québec.**

Exemple

- . Un travailleur domicilié au Québec dont l'employeur a un établissement au Québec, est affecté à l'extérieur du Québec pour une période de travail de 10 ans. Si ce travailleur ne conserve pas son domicile au Québec, il sera néanmoins admissible aux prestations prévues à la LATMP pour la période des 5 premières années et ce, même si la période prévue pour effectuer le travail à l'étranger excède 5 ans.*

Cependant, l'article 8.1 permet à la CSST de conclure des ententes avec un gouvernement, un ministère ou un organisme d'un gouvernement qui peuvent prévoir des exceptions aux conditions énumérées à l'article 8 de la LATMP (de telles ententes ne peuvent être conclues avec des employeurs).

Avis d'option

Dans les cas où un travailleur peut réclamer des indemnités pour un même événement, en vertu de la LATMP et en vertu d'une loi autre qu'une loi du Parlement du Québec, il doit exercer et exprimer son option. Tant qu'il n'aura pas fait son avis d'option, aucune prestation ne sera versée au travailleur. À défaut d'obtenir un tel avis, il est présumé renoncer aux prestations prévues à la LATMP.

2.2 Le travailleur qui est à l'emploi du Gouvernement du Canada

La Loi sur l'indemnisation des agents de l'État a préséance sur la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles pour les employés du Gouvernement fédéral en matière d'admissibilité, principalement au chapitre de l'admissibilité de la personne.

Ainsi, le travailleur à l'emploi du Gouvernement du Canada, est admissible aux prestations prévues à la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* **si**, lorsque l'accident survient ou la maladie professionnelle est contractée, **il exerce habituellement ses**

fonctions au Québec, peu importe où il est domicilié et peu importe où l'accident survient (au ou hors Québec).

Exemple

- . Une travailleuse (fonctionnaire fédérale) domiciliée en Ontario qui subit un accident du travail en Ontario et qui exerce habituellement ses fonctions au Québec, est admissible aux prestations prévues par la LATMP, par application de la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État.

3. ENTENTES INTERPROVINCIALE ET INTERNATIONALES

C'est en vertu des pouvoirs que lui confère l'article 170 de la LSST que la CSST a conclu l'*Entente interprovinciale pour l'indemnisation des travailleurs et toutes ses ententes internationales*. Il importe de souligner que ce pouvoir accordé à la CSST de conclure des ententes se limite uniquement à des ententes avec des gouvernements, des ministères ou des organismes d'un gouvernement. La CSST ne pourrait donc pas, en vertu de l'article 170 LSST, conclure, par exemple, une entente avec un employeur. La situation est la même lorsqu'on applique l'article 8.1 LATMP mentionné précédemment, puisque cet article réfère à une entente conclue en vertu du premier alinéa de l'article 170 LSST.

. L'« Entente interprovinciale pour l'indemnisation des travailleurs »

Cette entente à laquelle la CSST a adhéré à partir du 1er janvier 1995 regroupe les commissions des accidents du travail des dix provinces et des deux territoires canadiens. Elle remplace deux ententes qui existaient antérieurement et qui visaient sensiblement les mêmes sujets.

L'*Entente interprovinciale pour l'indemnisation des travailleurs* n'affecte en aucune façon les exigences prévues aux articles 7 et 8 LATMP. **Celles-ci demeurent incontournables.**

Les dispositions de l'entente peuvent être regroupées autour de trois axes principaux : les remboursements entre les commissions, les procédures pour éviter l'imposition de double cotisation et la collaboration mutuelle entre les commissions.

. Les ententes internationales

La CSST participe à des ententes internationales conclues par le Gouvernement du Québec, en matière de sécurité sociale, avec neuf pays : le Danemark, la Finlande, la France, la Grèce, l'Italie, le Luxembourg, la Norvège, le Portugal et la Suède.

Comme l'entente interprovinciale, les ententes internationales ne changent aucune des conditions prévues aux articles 7 et 8 LATMP. La LATMP demeurera donc applicable à un travailleur québécois oeuvrant dans un pays étranger si les conditions de l'article 8 sont remplies. Que la CSST ait ou non une entente avec ce pays n'y change rien.

Numéro	1.06
Thème	ADMISSIBILITÉ
Objet	Les dispositions concurrentes: lois, ententes, conventions collectives
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour objet de déterminer dans quelle mesure la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles s'applique face à d'autres dispositions légales, consensuelles ou conventionnelles, qui entrent en concurrence avec elle.

Cadre juridique et références :

. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 4, 15, 16, 31, 129, 244 , 245, 246, 438, 441,442, 443 et 448 à 453.

. Loi sur la santé et la sécurité du travail, article 170.

Public cible :

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle.

Énoncé de la politique :

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles a préséance sur toute autre disposition légale, consensuelle ou conventionnelle, SAUF dans les cas explicitement prévus par elle.

Développement :

1. CONVENTION, ENTENTE OU DÉCRET

Une convention, ou une entente, ou un décret dérogeant à la loi est nul, et ne peut donc avoir aucun effet SAUF s'il prévoit pour le travailleur des dispositions **plus avantageuses** que celles prévues à la loi. Dans ce cas, le travailleur a droit aux dispositions les plus avantageuses pour lui.

Ce principe s'applique notamment, mais non exclusivement, aux dispositions concernant l'exercice par le travailleur de son droit au retour au travail.

2. LOI SUR L'ASSURANCE AUTOMOBILE, LOI SUR L'INDEMNISATION DES VICTIMES D'ACTES CRIMINELS, LOI VISANT À FAVORISER LE CIVISME

2.1 Réclamation en raison d'un même événement

Si une personne a droit, en raison du **même événement**, à une prestation en vertu de la Loi sur l'assurance automobile, ou en vertu de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels, ou en vertu de la Loi visant à favoriser le civisme **ET** à une prestation en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, **c'est cette dernière qui s'applique**

SAUF s'il s'agit d'une blessure ou d'une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion :

1° des soins qu'un travailleur reçoit pour une lésion professionnelle ou de l'omission de tels soins;

2° d'une activité prescrite au travailleur dans le cadre des traitements médicaux qu'il reçoit pour une lésion professionnelle ou dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation.

Dans ces cas, c'est la Loi sur l'assurance automobile, ou la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels ou encore la Loi visant à favoriser le civisme qui s'applique, selon la nature du cas (article 31). Les dispositions prévues à l'article 448 s'appliquent en autant que le travailleur avait droit ou aurait eu droit à une indemnité de remplacement du revenu (voir le point 2.2 de la présente politique).

Exemples

- . *un travailleur se rend à des traitements de physiothérapie et il est victime, au cours du trajet, d'un accident d'automobile. Dans ce cas, c'est la Loi sur l'assurance automobile qui s'applique.*
- . *si le même travailleur est victime d'une agression au cours d'une séance de physiothérapie, c'est la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels qui s'applique.*

Dans le cas de délais indus que peut entraîner l'enquête nécessaire en de telles circonstances, et dans la mesure où les critères établis à l'article 129 sont respectés, l'agent étudie la possibilité d'appliquer cet article. Cependant lorsqu'une indemnité est versée provisoirement en vertu de cet article, elle est remboursable par le travailleur qui a droit aux bénéfices d'un autre régime public d'indemnisation et ce, jusqu'à concurrence du montant auquel il a droit en vertu de cet autre régime.

2.2 Réclamation en raison d'un nouvel événement

Une personne à qui la Commission verse une indemnité de remplacement du revenu ou une rente pour incapacité totale en vertu d'une loi qu'elle applique **et**

qui réclame, **en raison d'un nouvel événement**, une indemnité ou une rente en vertu de la Loi sur l'assurance automobile ou d'une loi que la Commission applique, **autre** que celle en vertu de laquelle elle reçoit déjà cette indemnité ou cette rente

par exemple : *Une personne déjà indemnisée en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et qui aurait droit à une indemnité en vertu de la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels.*

n'a pas le droit de cumuler les deux indemnités pendant une même période.

Dans ce cas, l'indemnité est calculée et versée de la façon suivante :

1° si la nouvelle réclamation est faite en vertu de la Loi sur l'assurance automobile, la Commission et la Société de l'assurance automobile du Québec doivent rendre une décision conjointe qui distingue les dommages attribuables à chaque événement et qui détermine en conséquence le droit et le montant des prestations payables en vertu de chacune des deux lois. En attendant cette décision, la Commission ou la Société selon le cas continue à verser l'indemnité de remplacement du revenu ou la rente pour incapacité totale tant qu'il n'y a pas extinction du droit aux indemnités selon la loi qui s'applique

(Le traitement de ces réclamations est fait conformément à l'entente intervenue entre la Commission de la santé et de la sécurité du travail et la Société de l'assurance automobile du Québec relative à l'application de certaines dispositions législatives).

Exemples

- . *un travailleur est en réadaptation et il est victime d'un accident d'automobile. La Commission continue de lui verser l'indemnité de remplacement du revenu tant qu'il y a droit en vertu de la LATMP et tant que la décision conjointe des deux organismes n'est pas rendue.*
- . *un travailleur est victime d'un accident d'automobile la journée même où son médecin l'a autorisé à reprendre son emploi le lendemain matin. Comme il y a extinction de son droit à l'indemnité de remplacement du revenu, la Commission cesse de lui verser cette indemnité même si une décision conjointe doit être rendue par les deux organismes en vertu de l'article 448.*

2° si cette réclamation est faite en vertu d'une autre loi que la Commission applique, la Commission distingue les dommages attribuables à chaque événement et détermine en conséquence le droit et le montant des prestations payables en vertu de chacune des lois applicables. En attendant cette décision, la Commission continue à verser l'indemnité de remplacement du revenu ou la rente pour incapacité totale.

3. RÉGIMES PUBLICS OU PRIVÉS D'ASSURANCE, ET NOTAMMENT RÉGIME DES RENTES DU QUÉBEC

Une demande de prestations à la Commission conserve au bénéficiaire son droit de réclamer les avantages de la Loi sur le régime des rentes du Québec ou de tout autre régime d'assurance public ou privé, **malgré l'expiration du délai de réclamation** prévu par ce régime. Ce délai recommence à courir le jour de la décision **finale** rendue sur la demande de prestations.

4. ACTION EN RESPONSABILITÉ CIVILE

Règle générale, un bénéficiaire ne peut intenter une action en responsabilité civile, en raison d'une lésion professionnelle, contre un employeur assujéti à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, contre un travailleur ou un mandataire d'un employeur assujéti à la loi pour une faute commise dans l'exercice de ses fonctions, sauf dans les cas spécifiquement prévus par la loi.

Par ailleurs, un bénéficiaire qui peut intenter une action en responsabilité civile dans les cas prévus aux articles 441 et 442 de la loi, en raison d'une lésion professionnelle, doit **faire option** et en aviser la Commission :

- dans les 6 mois suivant l'accident du travail;
- dans les 6 mois suivant la date où il est médicalement établi et **porté à la connaissance du travailleur** qu'il est atteint d'une maladie professionnelle;
- dans les 6 mois suivant le décès qui résulte de la lésion professionnelle;
- s'il s'agit d'une action en responsabilité civile intentée pour une faute qui constitue une infraction au sens du Code criminel, dans les 6 mois suivant la date de l'aveu ou du jugement final de déclaration de culpabilité.

Si la personne n'a pas avisé la Commission de son choix dans les délais prévus, **elle est présumée avoir renoncé** aux prestations prévues à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

5. LOI ÉTRANGÈRE

Si une personne a droit, en raison d'une même lésion professionnelle, à une prestation en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et en vertu d'une loi autre qu'une loi du parlement du Québec, elle doit **faire option**, donc renoncer aux prestations de l'une ou l'autre des deux lois.

La personne doit aviser la Commission de son choix :

- dans les 6 mois suivant l'accident;
- dans les 6 mois suivant la date où il est médicalement établi et **porté à la connaissance du travailleur** qu'il est atteint d'une maladie professionnelle;
- dans les 6 mois suivant le décès qui résulte de la lésion professionnelle.

Si la personne n'a pas avisé la Commission de son choix dans les délais prévus, **elle est présumée avoir renoncé** aux prestations prévues à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La Commission vérifie que le bénéficiaire n'a pas fait de réclamation pour le même événement en vertu d'une autre loi.

Numéro	2.01
Thème	RÉPARATION FINANCIÈRE
Objet	Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil
Mise à jour	2004-06-01

Objectif :

Selon l'article 44 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, le travailleur a droit à une indemnité de remplacement du revenu (IRR) s'il devient incapable d'exercer son emploi en raison de la lésion qu'il a subie.

La présente politique précise les conditions et modalités d'application de ce droit.

Cadre juridique et références :

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 44 à 62, 78, 79, 113, 117, 124 à 144 et 278.

Public cible :

Le travailleur qu'une lésion professionnelle rend incapable d'exercer son emploi.

Énoncé de la politique :

- La Commission verse une indemnité de remplacement du revenu au travailleur tant qu'il demeure incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle.
- Après la consolidation, la Commission verse une indemnité de remplacement du revenu au travailleur tant qu'il a besoin de réadaptation pour redevenir capable d'exercer son emploi ou d'exercer à plein temps un emploi convenable.
- Après le retour au travail, la Commission peut continuer à verser une indemnité de remplacement du revenu réduite.

Développement :

1. LE DROIT À L'INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT DU REVENU

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle a droit à une indemnité de remplacement du revenu s'il devient incapable d'exercer son emploi en raison de cette lésion. Le travailleur qui n'a plus d'emploi lorsque se manifeste sa lésion professionnelle a droit à cette indemnité s'il devient incapable d'exercer l'emploi qu'il occupait habituellement (article 44). Ce qui signifie que le travailleur a droit à l'indemnité de remplacement du revenu tant qu'il est incapable d'exercer son emploi.

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle a droit de recevoir une indemnité de remplacement du revenu pendant toute la durée nécessaire à la consolidation de sa lésion puisqu'il est alors présumé incapable d'exercer son emploi.

Lorsque la lésion est consolidée mais que le travailleur est incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion, l'indemnité de remplacement du revenu continue d'être versée tant qu'il a besoin de

réadaptation pour redevenir capable d'exercer son emploi ou un emploi équivalent, ou d'exercer à plein temps un emploi convenable. Notons également que le travailleur a besoin de réadaptation lorsqu'il est incapable d'exercer son emploi en raison d'une atteinte permanente ou de limitation fonctionnelle qui découle de sa lésion.

2. PÉRIODES ET MONTANT DE L'INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT DU REVENU

L'indemnité de remplacement du revenu est versée une fois par deux semaines, pendant les périodes suivantes :

2.1 Pendant la durée de consolidation de la lésion (articles 44 et 46)

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle a droit de recevoir une indemnité de remplacement du revenu pendant toute la durée nécessaire à la consolidation de sa lésion.

Cette indemnité est versée selon la séquence et les modalités suivantes :

. Partie de journée de l'accident (article 59)

Le travailleur a droit de recevoir le **salaire net** (sans tenir compte du maximum annuel assurable) que lui verse normalement son employeur pour la partie de journée où il devient incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle. Ce montant est payé par l'employeur à la période habituelle de paie; il n'est pas remboursé à l'employeur par la Commission. La notion de salaire prévue à l'article 59 inclut toute forme de rémunération, c'est-à-dire temps supplémentaire, bonis et primes et pourboires, etc. qui était prévue à cette journée. Ainsi, le salaire net du travailleur est calculé en fonction des dispositions de l'article 62.

Jour de la lésion = 100 % du salaire net
--

. Quatorze premiers jours complets suivant le début de l'incapacité (article 60)

À compter du premier jour complet suivant le début de l'incapacité, jusqu'à la fin du quatorzième jour de calendrier d'incapacité, le travailleur a droit de recevoir une indemnité égale à **90 % du salaire net** pour chaque jour ou partie de jour où ce travailleur aurait normalement travaillé, n'eût été de son incapacité à exercer son emploi à cause de sa lésion professionnelle.

Aux fins du calcul des indemnités payables pour les 14 premiers jours, le salaire brut du travailleur est pris en considération jusqu'à concurrence du maximum annuel assurable. De plus, l'indemnité accordée peut être inférieure au salaire minimum prévu selon une semaine normale de travail (Loi sur les normes du travail) en vigueur au moment de l'événement.

Notons que la notion de salaire prévue à l'article 60 inclut toute forme de rémunération, c'est-à-dire temps supplémentaire, bonis et primes et pourboires, etc. qui était prévue à cette journée. Cette indemnité est versée par l'employeur à la période habituelle de paie du travailleur, et la Commission lui en rembourse le montant sur réception de la déclaration d'événement accompagnée d'un exemplaire de l'attestation médicale.

De plus l'indemnité est versée si le travailleur a fourni à son employeur une attestation médicale qui doit comporter les renseignements suivants: un diagnostic et la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion.

Important :

- A) La détermination de la perte de salaire du travailleur s'effectue en fonction de l'incapacité du travailleur d'exercer son emploi **en raison de sa lésion professionnelle sans tenir compte de facteurs ou de circonstances extrinsèques à celle-ci.**

Ainsi, l'employeur **ne peut en aucun cas et pour aucun motif extérieur à la lésion professionnelle**, (ex.:grève, mise à pied, lock-out, fin du contrat de travail, fermeture d'usine ou de chantier, jours fériés, vacances) **se soustraire à son obligation** de paiement des quatorze premiers jours.

Exemple

- ***Un travailleur se blesse deux jours avant la fin de son contrat de travail: l'employeur est tenu au paiement de l'indemnité pour chaque jour ou partie de jour où, pendant les quatorze premiers jours, ce travailleur aurait normalement exercé son emploi si son contrat ne s'était pas terminé.***

Le même principe s'applique pour le travailleur qui se blesse deux jours avant une grève, un lock-out, une mise à pied, une fermeture d'usine ou de chantier.

De plus, le droit de recevoir un salaire pour un jour férié ou une paie de vacances ne peut pas avoir pour effet de dénier le droit du travailleur de recevoir l'indemnité prévue à l'article 60 pour ces mêmes journées.

- B) Par contre, l'expression « **jour ou partie de jour où ce travailleur aurait normalement travaillé** » a été interprétée à plusieurs reprises par la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles, comme se référant à **la fréquence des prestations de travail fournies par le travailleur antérieurement à sa lésion**. Ainsi, la détermination de la perte de salaire s'effectue en fonction de la prestation de travail habituellement fournie par le travailleur.

Exemple

- ***Un travailleur à temps partiel dont le contrat de travail prévoit une prestation de travail de deux jours par semaine : l'indemnité pour les quatorze premiers jours lui est versée sur la base de deux jours ouvrables par semaine (soit un total de 4 jours ouvrables pour la période des 14 premiers jours).***

Notons que dans ce cas l'indemnité hebdomadaire versée pourrait être inférieure au salaire minimum hebdomadaire.

Cas particulier :

Travailleur à qui aucun employeur n'est tenu de verser un salaire

Le travailleur à qui aucun employeur n'est tenu de verser un salaire (article 124) a droit à une indemnité de remplacement du revenu pour chaque jour ou partie de jour où il aurait normalement gagné un revenu d'emploi. Cette indemnité est versée par la Commission si le travailleur fournit l'attestation médicale exigée. L'expression «**aurait normalement gagné un revenu d'emploi**» doit être interprétée de la même façon que

«**aurait normalement travaillé**» c'est-à-dire, sans tenir compte de facteurs ou de circonstances extrinsèques à l'incapacité du travailleur, en raison de sa lésion, d'exercer son emploi ou s'il est sans emploi, celui qu'il occupait habituellement.

Exemple

- ***Un travailleur est sans emploi lorsque survient une lésion professionnelle (ex. : une maladie professionnelle ou une aggravation) : si le travailleur devient incapable d'exercer l'emploi qu'il occupait habituellement, la Commission verse à ce travailleur l'indemnité à laquelle il a droit pour les quatorze premiers jours sur la base du revenu brut qu'il tirait de l'emploi par le fait ou à l'occasion duquel il a été victime de cette lésion. (voir politique 2.02 Le calcul de l'indemnité de remplacement du revenu).***

Ce travailleur peut être un étudiant, une personne inscrite à la Commission, un travailleur autonome, un travailleur bénévole, un travailleur qui n'a plus d'emploi lorsque se manifeste sa lésion, le travailleur dont l'employeur est en faillite, le travailleur considéré à l'emploi du gouvernement, le travailleur à l'emploi d'un Fonds et la personne visée à l'article 12.

Par ailleurs, les personnes inscrites à la Commission sont indemnisées seulement pour les jours où, dans les faits, elles auraient gagné un revenu d'emploi pendant les 14 premiers jours suivant le début de l'incapacité de travailler.

IRR = 90 % du revenu net retenu

• **Quinzième jour d'incapacité et suivants (articles 44 et 45)**

À compter de la quinzième journée, le travailleur a droit à une indemnité de remplacement du revenu égale à 90 % du revenu net retenu, tel qu'établi à la politique 2.02. *Le calcul de l'indemnité de remplacement du revenu*, jusqu'à concurrence du maximum annuel assurable en vigueur au moment de l'événement. Le montant du revenu brut annuel qui sert de base au calcul de l'indemnité de remplacement du revenu est revalorisé chaque année à la date anniversaire du début de l'incapacité du travailleur d'exercer son emploi.

IRR = 90 % du revenu net retenu

Toutefois, si pendant ce temps où il est incapable d'exercer **son** emploi le travailleur occupe un nouvel emploi, il a droit à une indemnité de remplacement du revenu réduite du revenu net retenu qu'il tire de son nouvel emploi (article 52); sauf s'il s'agit d'assignation temporaire, à ce moment ce sont les articles 179 et 180 qui s'appliquent.

90 % du revenu net retenu de l'emploi occupé au moment de l'accident - 100 % du revenu net retenu du nouvel emploi

= Indemnité de remplacement du revenu

2.2 Pendant la période de réadaptation (article 47)

Le travailleur dont la lésion professionnelle est consolidée et qui a besoin de réadaptation a droit de recevoir une indemnité de remplacement du revenu égale à 90 % de son revenu net retenu. Il touche cette indemnité tant qu'il a besoin de réadaptation pour redevenir capable d'exercer son emploi ou, si cet objectif ne peut être atteint, pour devenir capable d'exercer à plein temps un emploi convenable.

IRR = 90 % du revenu net retenu

Toutefois, si le travailleur occupe un nouvel emploi pendant sa réadaptation, il a droit à une indemnité de remplacement du revenu égale à la différence entre 90 % du revenu net retenu qu'il tirait de son emploi et 100 % du revenu net retenu qu'il tire de son nouvel emploi (article 52); sauf s'il s'agit d'assignation temporaire, à ce moment ce sont les articles 179 et 180 qui s'appliquent.

90 % du revenu net retenu de l'emploi occupé au moment de l'accident - 100 % du revenu net retenu du nouvel emploi

= Indemnité de remplacement du revenu

2.3 Lorsque le travailleur redevient capable d'exercer son emploi après l'expiration du délai pour l'exercice de son droit au retour au travail (article 48)

Règle générale, selon l'article 57, 1er alinéa, quand le travailleur redevient capable d'exercer son emploi que ce soit après consolidation ou un programme de réadaptation, l'indemnité de remplacement du revenu n'est plus versée.

Toutefois, en vertu de l'article 48, si le travailleur devient capable d'exercer son emploi au moment où son droit au retour au travail est expiré et que son employeur ne le reprend pas à son service dans son emploi ou un emploi équivalent, il a droit à une indemnité de remplacement du revenu qui continue de lui être versée jusqu'à ce qu'il réintègre son emploi ou un emploi équivalent, ou qu'il refuse de le faire sans raison valable, mais pendant au plus un an à compter de la date où il devient capable d'exercer son emploi. Cette indemnité est égale à 90 % du revenu net retenu de l'emploi occupé au moment de l'événement. La Commission en soustrait tout montant versé au travailleur, en raison de sa cessation d'emploi, en vertu d'une loi du Québec ou d'ailleurs, autre que la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (ex. : assurance emploi).

90 % du revenu net retenu de l'emploi occupé au moment de l'accident - Montant versé en vertu d'autres lois en raison de la cessation d'emploi

= Indemnité de remplacement du revenu (Maximum 1 an)
--

Si pendant cette période ou partie de période, ce travailleur occupe un nouvel emploi, l'indemnité versée est égale à la différence entre 90 % du revenu net retenu qu'il tirait de son emploi et 100 % du revenu net retenu qu'il tire de son nouvel emploi (article 52).

90 % du revenu net retenu de l'emploi occupé au moment de l'accident - 100 % du revenu net retenu du nouvel emploi

= Indemnité de remplacement du revenu (Maximum 1 an)
--

Note : Le travailleur lié par un **contrat à durée déterminée** au sens de l'article 237, lequel ne s'applique pas au secteur de la construction, a droit à l'indemnité de remplacement du revenu prévue à l'article 48 aux deux conditions suivantes :

- s'il possède au moment de sa lésion un contrat dont la durée qui reste à courir est supérieure au délai dont il dispose pour exercer son droit au retour au travail (un an ou deux ans, selon le cas);
- s'il redevient capable d'exercer son emploi après l'expiration de ce délai d'application du droit au retour au travail et si son contrat de travail n'est pas encore échu à ce moment.

2.4 Lorsque le travailleur incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle devient capable d'exercer à plein temps un emploi convenable (article 49)

Ce travailleur a droit à une indemnité de remplacement du revenu égale à la différence entre 90 % du revenu net retenu qu'il tirait de son emploi et 100 % du revenu net retenu qu'il pourrait tirer de cet emploi convenable selon la table.

90 % du revenu net retenu de l'emploi occupé au moment de l'accident - 100 % du revenu net retenu de l'emploi convenable selon la table
--

= Indemnité de remplacement du revenu

TOUTEFOIS, si cet emploi convenable n'est pas disponible, le travailleur a droit à une indemnité de remplacement du revenu jusqu'à ce qu'il occupe cet emploi ou qu'il le refuse sans raison valable. L'indemnité versée est égale à 90 % du revenu net retenu, moins toutes sommes versées en vertu d'une autre loi en raison de sa cessation d'emploi (ex. : assurance-emploi). Elle lui est versée pendant au plus un an à compter de la date où il devient capable d'exercer cet emploi convenable.

Cependant, si au cours de cette période de douze mois, le travailleur est victime d'une récidive, rechute ou aggravation, cette période de douze mois est interrompue jusqu'à ce qu'il redevienne capable d'exercer l'emploi convenable.

90 % du revenu net retenu de l'emploi occupé au moment de l'accident - Tout montant versé en vertu d'autres lois en raison de la cessation d'emploi
--

= Indemnité de remplacement du revenu (Maximum 1 an)
--

Si pendant cette période ou partie de cette période, le travailleur occupe un nouvel emploi qui n'est pas l'emploi convenable déterminé, il a droit à une indemnité de remplacement du revenu égale à la différence entre 90 % du revenu net retenu qu'il tirait de l'emploi occupé au moment de l'événement et 100 % du revenu net retenu qu'il tire de son nouvel emploi (article 52). Cette indemnité réduite lui est versée tant qu'il occupe ce nouvel emploi, mais pendant au plus un an à compter de la date où il est devenu capable d'exercer l'emploi convenable. À la fin de cette année, l'indemnité versée est celle qu'il recevrait s'il occupait l'emploi convenable.

90 % du revenu net retenu de l'emploi occupé au moment de l'accident - 100 % du revenu net retenu du nouvel emploi

= Indemnité de remplacement du revenu (Maximum 1 an)
--

2.5 Lorsque le travailleur est victime d'une maladie professionnelle à l'âge d'au moins 55 ans ou d'une autre lésion professionnelle à l'âge d'au moins 60 ans et qu'il subit, en raison de cette maladie ou de cette lésion, une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique le rendant incapable d'exercer son emploi (article 53).

Ce travailleur a droit à une indemnité de remplacement du revenu **tant qu'il n'occupe pas un emploi convenable disponible chez son employeur ou refuse sans raison valable de l'occuper, ou tant qu'il n'occupe pas un nouvel emploi**. Si ce travailleur n'a plus d'emploi lorsque se manifeste sa lésion professionnelle, il a droit à l'indemnité de remplacement du revenu s'il devient incapable d'exercer l'emploi qu'il occupait habituellement, et tant qu'il n'occupe pas un emploi convenable disponible chez son employeur ou refuse sans raison valable de l'occuper, ou tant qu'il n'occupe pas un nouvel emploi. Cette indemnité est égale à 90 % du revenu net retenu. **Elle n'est pas réduite des prestations touchées par le travailleur en vertu d'un régime de retraite ou du régime d'assurance-emploi.**

IRR = 90 % du revenu net retenu

2.5.1 Le travailleur qui occupe un emploi convenable chez son employeur

Dès que ce travailleur occupe **un emploi convenable chez son employeur** ou refuse sans raison valable de l'occuper, il a droit à une indemnité réduite du revenu net retenu qu'il tire ou qu'il pourrait tirer de cet emploi convenable, déterminé conformément à l'article 50.

90 % du revenu net retenu de l'emploi occupé au moment de l'accident - 100 % du revenu net retenu de l'emploi convenable selon la table
--

= Indemnité de remplacement du revenu

Lorsque ce travailleur occupe un emploi convenable disponible chez son employeur et que ce dernier met fin à cet emploi dans les deux ans suivant la date où le travailleur a commencé à l'exercer, celui-ci récupère son droit à l'indemnité de remplacement du revenu prévue par l'article 45 et aux autres prestations prévues par la présente loi (voir la politique 3.05 *La détermination de l'emploi convenable*).

2.5.2 Le travailleur qui occupe un nouvel emploi

Dès que ce travailleur occupe **un nouvel emploi**, il a droit à une indemnité égale à la différence entre 90 % du revenu net retenu qu'il tirait de l'emploi occupé au moment de la lésion professionnelle et 100 % du revenu net retenu qu'il tire de son nouvel emploi.

90 % du revenu net retenu de l'emploi occupé au moment de l'accident - 100 % du revenu net retenu du nouvel emploi
= Indemnité de remplacement du revenu

2.6 Lorsque le travailleur qui occupe à plein temps un emploi convenable doit abandonner cet emploi dans les deux ans suivant la date où il a commencé à l'exercer (article 51)

Si cet abandon n'est pas la conséquence d'une nouvelle lésion, d'une récurrence, d'une rechute ou d'une aggravation, et qu'il survient **par suite d'un avis du médecin qui a charge** selon lequel le travailleur, du fait de sa lésion, n'est pas raisonnablement en mesure d'occuper cet emploi convenable, ou selon lequel cet emploi comporte un danger pour sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique, ce travailleur récupère le droit à l'indemnité de remplacement du revenu, et il a alors droit de recevoir l'indemnité qu'il recevait avant de devenir capable d'exercer à plein temps l'emploi convenable. Cette indemnité peut être revalorisée conformément aux dispositions de l'article 117.

Par ailleurs, comme il ne s'agit pas d'une nouvelle lésion (comprenant la récurrence, la rechute ou l'aggravation), l'employeur n'est pas tenu de payer les quatorze premiers jours, et il n'y a pas computation d'un nouveau délai pour l'exercice du droit au retour au travail, celui-ci n'étant pas une prestation au sens de la loi.

2.7 Après le retour au travail, durant les absences pour raisons d'ordre médical ou de réadaptation (article 61)

Lorsque le travailleur est de retour au travail, son employeur lui verse **100 % de son salaire net**, sans tenir compte du maximum annuel assurable, pour chaque jour ou partie de jour où ce travailleur **doit s'absenter de son travail** pour recevoir des soins ou subir des examens médicaux relativement à sa lésion, ou pour accomplir une activité dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation.

La Commission rembourse à l'employeur, sur demande, le salaire qu'il a ainsi payé sauf lorsque le travailleur s'est absenté de son travail pour subir un examen médical requis par son employeur. Toutefois, dans le cas des personnes inscrites, c'est la Commission qui effectue ce paiement directement au bénéficiaire.

3. CAS PARTICULIERS

3.1 Retraités

3.1.1 Retraités avec emploi

La personne qui reçoit des prestations de retraite et qui occupe toujours un emploi a droit à une indemnité de remplacement du revenu en vertu de l'article 44 alinéa 1 de la LATMP si elle devient incapable d'exercer son emploi en raison de la lésion professionnelle.

3.1.2 Retraités sans emploi

Dans le cas d'une personne qui reçoit des prestations de retraite qui n'a pas atteint 68 ans et qui est sans emploi au moment où survient une récurrence, rechute ou aggravation ou une maladie professionnelle, elle a droit de recevoir une IRR en vertu de l'article 44 alinéa 2 de la LATMP si elle devient incapable d'exercer l'emploi qu'elle occupait habituellement en raison de cette lésion professionnelle.

Par contre, lorsqu'une personne retraitée sans emploi fait une réclamation pour une récurrence, rechute ou aggravation ou une maladie professionnelle alors qu'elle a atteint l'âge auquel il y a extinction du droit à l'IRR, soit 68 ans, elle n'a pas droit à une IRR. En effet, ce droit étant éteint, on ne saurait faire renaître ce droit pour permettre l'application de l'article 44 alinéa 2 de la LATMP.

Par ailleurs, si la personne qui reçoit des prestations de retraite est déjà incapable d'exercer l'emploi occupé habituellement pour des raisons médicales non liées à la lésion professionnelle, elle n'a pas droit à une IRR puisque ce n'est pas la lésion qui l'a rendue incapable d'exercer son emploi habituel (ex. : invalidité liée à une maladie dégénérative incapacitante).

Enfin, une personne retraitée sans emploi dont la réclamation est acceptée peut avoir droit aux autres prestations prévues par la loi et ce, même si elle n'a pas droit à l'IRR.

3.2 Travailleurs qui réclament pour le remboursement d'une prothèse ou d'une orthèse endommagée involontairement par le fait du travail (article 113)

Les travailleurs qui, en vertu de l'article 113, réclament les frais de réparation ou de remplacement d'une prothèse ou d'une orthèse endommagée involontairement par le fait du travail, n'ont pas droit à l'indemnité de remplacement du revenu s'ils n'ont pas subi de lésion professionnelle. L'article 44 stipule en effet que pour avoir droit à l'indemnité de remplacement du revenu, le travailleur doit avoir été victime d'une lésion professionnelle qui le rend incapable d'exercer son emploi.

Exemple

. *Un travailleur alors qu'il est à son poste de travail, reçoit accidentellement un objet au visage. Lors de cet événement il brise ses lunettes. Bien que cet événement puisse donner ouverture à l'application de l'article 113, comme il n'en résulte aucune blessure et que le travailleur est capable d'exercer son emploi, aucune indemnité de remplacement du revenu ne lui est versée pour le temps qu'entraîne le remplacement de ses lunettes.*

3.3 Travailleur qui réclame pour le remplacement d'une prothèse d'un membre supérieur ou inférieur endommagé involontairement par le fait ou à l'occasion du travail (article 189 (4°))

Le travailleur porteur d'une prothèse d'un membre inférieur ou supérieur soit :

Membre supérieur (1)

- Prothèse de la main
- Prothèse du poignet
- Prothèse cubitale
- Prothèse cubito-humérale
- Prothèse humérale
- Prothèse gléno-humérale et thoracique

Membre inférieur (1)

- Prothèse du pied
- Prothèse de la cheville
- Prothèse tibiale
- Prothèse tibio-fémoral
- Prothèse fémoral
- Prothèse coxo-fémoral et hémipelvienne

(1) Référence : Manuel de programme des prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements publié par la Régie de l'assurance-maladie.

et qui l'endommage involontairement à la suite d'un événement imprévu et soudain survenu par le fait ou à l'occasion du travail, a droit en plus du remboursement des frais relatifs à la réparation ou au remplacement de celle-ci, à l'indemnité de remplacement du revenu si les deux conditions suivantes sont réunies :

- 1° Le travailleur a été victime d'un accident du travail par le fait ou à l'occasion du travail qui a eu pour effet d'endommager sa prothèse.
- 2° Cet événement, même s'il n'entraîne aucune blessure (tel que définie au lexique du recueil), l'empêche d'exercer son emploi le temps nécessaire à la réparation ou au remplacement de sa prothèse.

C'est donc, exceptionnellement que le droit à l'indemnité de remplacement du revenu est accordé au travailleur qui endommage ce type de prothèse au travail. Notons, de plus que le remboursement des frais nécessaires à la réparation ou au remplacement de la prothèse d'un membre inférieur ou supérieur s'effectue dans ces cas en vertu de l'article 189 (4°) et non de l'article 113 et ce, sans tenir compte du fait que l'événement ait entraîné une blessure pour le travailleur (voir la politique 2.08 *Les frais divers* et la politique 5.04 *Les prothèses ou orthèses*).

3.4 Travailleur visé par les articles 11, 12 ,12.01, 12.1 et 13 (article 78)

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle alors qu'il agit en tant que personne visée dans l'article 11, 12 , 12.01,12.1 ou 13 (article 11 : «Travailleur considéré à l'emploi du gouvernement »- article 12 : «Personne qui apporte gratuitement son aide pour l'application de mesures d'urgence ou celle qui participe à un cours de formation en matière de mesures d'urgence»- **article 12.01: «Personne qui assiste les membres d'un service municipal de sécurité incendie»** - article12.1 : «Travailleur à l'emploi d'un Fonds» (personnes incarcérées dans un établissement provincial) - article 13 : «Travailleur bénévole»), a droit à l'indemnité de remplacement du revenu s'il devient incapable, en raison de cette lésion, d'exercer l'emploi rémunéré qu'il occupe ou le travail pour lequel il est une personne inscrite à la Commission au moment où se manifeste sa lésion.

Si ce travailleur n'occupe aucun emploi rémunéré et n'est pas une personne inscrite à la Commission au moment où se manifeste sa lésion, il a droit à l'indemnité de remplacement du revenu s'il devient incapable, en raison de cette lésion, d'exercer l'emploi qu'il occupait habituellement ou, à défaut, l'emploi qu'il aurait pu occuper habituellement compte tenu de sa

formation, de son expérience de travail et de la capacité physique et intellectuelle qu'il avait avant que se manifeste sa lésion.

3.5 Étudiant (article 79)

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle alors qu'il est un étudiant visé dans l'article 10 ou un étudiant à plein temps a droit à l'indemnité de remplacement du revenu :

- a) s'il devient incapable d'exercer l'emploi rémunéré qu'il occupe ou qu'il aurait occupé; ou
- b) s'il devient incapable de poursuivre ses études; ou
- c) s'il devient incapable d'exercer un emploi en rapport avec l'achèvement de ses études.

4. MODALITÉS PARTICULIÈRES DE VERSEMENT

Dans certains cas particuliers, la Commission peut agir selon les modalités particulières prévues dans la loi et qui sont :

- le versement dans un compte bancaire (article 130);
- le versement d'un capital représentatif (article 131);
- le versement à un tuteur ou à un curateur (article 141).

Par ailleurs, la Commission PEUT faire, dans le cadre de l'article 126, des prélèvements spécifiques sur l'indemnité de remplacement du revenu versée au travailleur afin de rembourser l'employeur.

5. CESSION, SAISIE, IMPOSITION (article 144)

L'indemnité de remplacement du revenu versée en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles est incessible et non imposable.

Elle est saisissable **uniquement** pour le paiement d'une dette alimentaire, jusqu'à concurrence de 50 %. Sur réception d'un avis de retenu du ministère du Revenu en vertu de la Loi facilitant le paiement des pensions alimentaires (1995, L.Q.c-18), le montant est alors retenu par la Commission. Cette retenue est valide jusqu'à la fin du versement de l'indemnité. Une demande de mainlevée de la retenue doit également être faite.

La Commission doit toutefois, sur demande du ministre de l'Emploi et de la Solidarité, déduire des indemnités payables à une personne en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, les prestations qui ont été versées à cette personne ou à sa famille en vertu de la Loi sur la sécurité du revenu et qui sont recouvrables en vertu de l'article 35 de cette loi.

La Commission doit également sur demande de la Régie des rentes du Québec, déduire des indemnités payables (IRR) à une personne en vertu de la Loi, les montants de rente d'invalidité qui ont été versés à cette personne en vertu de la Loi sur le régime des rentes du Québec (chapitre 9) et qui sont recouvrables en vertu de cette loi. La Commission remet les montants ainsi déduits à la RRQ.

En vertu du 1er alinéa de l'article 144 de la Loi sur les accidents et les maladies professionnelles, les indemnités versées par la Commission sont insaisissables. Cependant, l'article 224 de la Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et le paragraphe 94 (4) de la Loi sur l'assurance-emploi permettent d'exiger que les indemnités payables à un travailleur ou à un bénéficiaire soient versées au Receveur général.

Il existe donc un conflit d'application entre ces deux lois. Or, dans de tels cas, c'est la loi fédérale qui prévaut en vertu de la doctrine de la prépondérance.

En conséquence, lorsque la Commission reçoit une demande préemptoire de paiement émise par Revenu Canada ou d'une demande à un tiers émise par Ressources humaines Canada, elle doit y donner suite, même si elle n'a pas obtenu d'autorisation de la part du travailleur. Toutes les indemnités sans restriction (indemnité de remplacement du revenu (IRR), indemnité pour dommages corporels (IDC), frais d'assistance médicale, etc.) payables à un travailleur ou à un bénéficiaire peuvent faire l'objet d'une déduction.

Notons par ailleurs, que l'article 144 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles demeure toutefois opposable à la Loi de l'impôt sur le revenu du Québec qui est une loi provinciale.

Numéro	2.02
Thème	RÉPARATION FINANCIÈRE
Objet	Le calcul de l'indemnité de remplacement du revenu
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil
Mise à jour	2000-10-20

Objectif :

Le processus de réparation des lésions professionnelles comprend le paiement d'indemnités de remplacement du revenu au travailleur qui devient incapable d'exercer son emploi du fait de sa lésion. La présente politique a pour objet de préciser les modalités de calcul de ces indemnités.

Cadre juridique et références :

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 20, 60 à 82, 117, 118 et 124.

Public cible :

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle qui devient incapable d'exercer son emploi en raison de cette lésion.

Énoncé de la politique :

- Le salaire net du travailleur est utilisé aux fins du calcul de l'indemnité de remplacement du revenu pour les quatorze premiers jours d'absence du travail lorsqu'un employeur est tenu au versement de cette indemnité.
- Le revenu net retenu du travailleur sert de base au calcul de l'indemnité de remplacement du revenu versée par la Commission à compter du quinzième jour de calendrier du début de l'incapacité de travailler.

Développement :

1. DISPOSITIONS GÉNÉRALES

1.1 Le salaire net du travailleur (article 62)

Le salaire du travailleur est utilisé aux fins du calcul de l'indemnité pour les quatorze premiers jours, lorsqu'un employeur est tenu au versement de l'indemnité.

Le salaire net est égal au **salaire brut** moins les retenues à la source faites habituellement par l'employeur en vertu de :

- . la Loi sur les impôts (L.R.Q., chapitre 1-3) et la Loi concernant les impôts sur le revenu (S.R.C. 1985, chapitre 1.5° supplément) ;
- . la Loi de 1971 sur l'assurance-emploi (Loi du Canada 1996, chapitre 23) ;
- . la Loi sur le régime de rentes du Québec (L.R.Q., chapitre R-9);
- . la Loi sur l'assurance parentale (2001, chapitre 9).

Il est à noter que le salaire brut comprend s'il y a lieu les revenus indirects du travailleur tels le salaire correspondant aux heures supplémentaires, bonis et autres gratifications, notamment les pourboires, pour autant que le travailleur puisse démontrer que, n'eût été sa lésion, il aurait reçu ce revenu.

Cette démonstration peut notamment s'appuyer sur le fait qu'il était prévu que le travailleur fasse des heures supplémentaires pendant la période concernée ou, à défaut, sur le fait qu'il en faisait régulièrement avant le début de sa période d'incapacité.

Les dispositions prévues à l'article 65, concernant la base hebdomadaire minimale, ne s'appliquent pas au calcul du salaire net; par contre, le maximum annuel assurable s'applique dans ce cas.

1.2 Le revenu net retenu du travailleur (article 63)

Le revenu net retenu du travailleur sert de base au calcul de l'indemnité de remplacement du revenu versée par la Commission à compter du quinzième jour du mois civil d'absence au travail et lorsque, en vertu de 124 (2°), la Commission est tenue de verser l'indemnité pour les 14 premiers jours.

Le revenu net retenu est égal au **revenu brut annuel d'emploi**, moins le montant des déductions pondérées par tranches de revenus que la Commission détermine en fonction de la situation familiale du travailleur pour tenir compte de :

- . la Loi sur les impôts (L.R.Q., chapitre 1-3) et la Loi concernant les impôts sur le revenu (S.R.C. 1985, chapitre 1,5° supplément) ;
- . la Loi sur l'assurance-emploi (Loi du Canada 1996, chapitre 23) ;
- . la cotisation payable par le travailleur en vertu de la Loi sur le régime des rentes du Québec (L.R.Q., chapitre R-9);
- . la cotisation payable par le travailleur en vertu de la Loi sur l'assurance parentale (2001, chapitre 9).

La Commission publie chaque année à la Gazette officielle du Québec la table des indemnités de remplacement du revenu, qui entre en vigueur le 1er janvier de l'année. Cette table indique des revenus bruts par tranches de 100,00 \$, des situations familiales et les indemnités de remplacement du revenu correspondantes.

Lorsque le revenu brut d'un travailleur se situe entre deux tranches de revenus, son indemnité de remplacement du revenu est déterminée en fonction de la tranche **supérieure**.

Aux fins de l'application de cet article, la Commission tient compte de la situation familiale du travailleur au moment de la lésion professionnelle et ce, conformément aux dispositions prévues aux lois sur l'impôt sur le revenu.

L'indemnité de remplacement du revenu est égale à 90 % du revenu net retenu ainsi établi sur une base annuelle. Ce montant est reporté sur une base journalière (1/365) aux fins de paiements périodiques.

1.3 Le revenu brut annuel d'emploi du travailleur (articles 65 et 67)

1° Sauf dans les cas prévus à la loi (71(2°), 80(1°) et 82(1°)), le revenu brut annuel d'emploi ne peut jamais être inférieur au revenu brut annuel déterminé sur la base du **salaire**

minimum en vigueur lorsque se manifeste la lésion professionnelle. Il ne peut, non plus, être supérieur au **maximum annuel assurable** en vigueur à ce moment-là.

2° Pour déterminer le revenu brut, il faut se référer au revenu brut prévu par le **contrat de travail** du travailleur.

3° Toutefois, si le travailleur démontre à la satisfaction de la Commission qu'il a tiré un **revenu brut plus élevé de l'emploi chez l'employeur pour qui il travaillait** lorsque s'est manifestée sa lésion professionnelle, ou **du même genre d'emploi** pour des employeurs différents pendant les 12 mois précédant le début de son incapacité, la Commission rajuste son revenu brut d'emploi jusqu'à concurrence du salaire maximum assurable au moment de la lésion.

Pour établir un revenu brut plus élevé, pendant les 12 mois précédant le début de son incapacité, le travailleur peut compter :

- . les bonis, les primes, les pourboires et les commissions;
- . les majorations pour heures supplémentaires;
- . les vacances si leur valeur en espèces n'est pas comprise dans le salaire;
- . les rémunérations participatoires;
- . la valeur en espèces de l'utilisation à des fins personnelles d'une voiture ou d'un logement fournis par l'employeur lorsqu'il en a perdu la jouissance en raison de sa lésion professionnelle;
- . les prestations d'assurance emploi;
- . les prestations d'assurance parentale.

Le travailleur peut faire cette démonstration d'un revenu brut plus élevé notamment à l'aide du formulaire T4 ou TP4, de l'avis de cotisation, d'une déclaration écrite de l'employeur ou d'une copie de son rapport d'impôt.

1.4 Le revenu net retenu de l'emploi convenable (article 50)

Ce point est traité à la politique 2.04 *Le revenu de l'emploi convenable*.

2. DISPOSITIONS PARTICULIÈRES À CERTAINS TRAVAILLEURS

2.1 Travailleurs sur appel, à temps partiel, saisonnier

2.1.1 Principe général

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle a droit à une indemnité de remplacement du revenu s'il devient **incapable d'exercer son emploi** en raison de sa lésion.

D'autre part, l'article 60 stipule notamment que c'est l'employeur au service duquel se trouve le travailleur lorsqu'il est victime de sa lésion, qui lui verse, s'il devient incapable d'exercer son emploi en raison de sa lésion, 90 % de son salaire net (voir la politique 2.01 *Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu*).

2.1.2 Quatorze premiers jours d'incapacité

Aux fins de calculer l'indemnité visée à l'article 60, il faut déterminer le nombre de jours et partie(s) de jour où le travailleur aurait normalement travaillé. Pour ce faire, l'employeur doit se référer notamment au contrat de travail alors en vigueur, à une liste de rappel, à une moyenne de jours ou d'heures de travail calculée sur une période représentative de l'époque où survient la lésion ou, à défaut, à celle d'un travailleur de même catégorie. De plus, des

dispositions particulières prévues aux conventions collectives pour des situations semblables peuvent notamment être utilisées par l'employeur pour déterminer le salaire qu'il aurait normalement versé pour cette période.

Exemples

. Travailleur sur appel

Un travailleur qui travaille en moyenne 3 jours par semaine, subit une lésion professionnelle à sa deuxième journée de travail. Comme ce travailleur, selon la liste de rappel, aurait normalement travaillé 6 jours au cours des 14 premiers jours suivant sa lésion professionnelle, l'employeur est donc tenu de payer 6 jours d'indemnités au travailleur.

. Travailleur à temps partiel

Un travailleur travaille 2 jours par semaine le lundi et le mardi et subit une lésion professionnelle un mardi. L'employeur paie au travailleur 4 jours d'indemnités pour la période des 14 premiers jours suivant le début de l'incapacité de travailler. Soit, 2 jours pour la première semaine d'absence et 2 autres jours pour la 2e semaine, parce que le travailleur aurait normalement travaillé 4 jours complets dans la période des 14 jours calendrier suivant le jour de la lésion professionnelle.

. Travailleur saisonnier

Pour les quatorze (14) premiers jours, le travailleur est payé selon ce que prévoit le contrat de travail quant au nombre de jours travaillés. Ainsi, si le contrat prévoyait 6 jours de travail par semaine, l'employeur doit payer 12 jours d'indemnités dans les 14 jours calendrier suivant la lésion professionnelle.

2.1.3 Quinzième jour d'incapacité et plus

Travailleur sur appel

Indépendamment du fait que l'on qualifie un travailleur de "sur appel", il faut s'assurer que le contrat de travail prévoit une prestation de travail sur demande, c'est-à-dire ponctuelle, non prévue à l'avance et qui peut être de durée irrégulière.

À partir du quinzième jour, le revenu brut du travailleur sur appel est celui du travailleur de même catégorie occupant un emploi semblable dans la même région. Ce revenu est établi en considérant le revenu brut d'autres travailleurs sur appel occupant un emploi semblable dans le même établissement ou dans d'autres établissements de la même région. Si, dans l'établissement, le travailleur sur appel dans un emploi semblable fait trois jours/semaine il est indemnisé sur la base de ces trois jours (3 jours X 7 heures/jour X 10 \$/heure).

La moyenne du nombre des jours de travail par l'ensemble des travailleurs sur appel dans un emploi semblable peut aussi être utilisée quand il devient difficile de déterminer le revenu brut du travailleur. Donc, si la moyenne est de 3 jours/semaine il est indemnisé à raison de ces 3 jours (3 jours X 7 heures/jour X 10 \$/heure).

Le travailleur sur appel peut toujours démontrer à la Commission qu'il a tiré un revenu brut plus élevé de **tout emploi** qu'il a exercé pendant les 12 mois précédant son incapacité, y compris s'il y a lieu les bonis, primes, pourboires, commissions, heures supplémentaires, etc... (voir le point 1.3, 3^e de la présente politique).

Par ailleurs, **lorsqu'une convention collective s'applique au travailleur sur appel, et qu'elle prévoit des modalités d'indemnisation** dans des situations semblables, ces modalités peuvent s'appliquer pour autant qu'elles permettent d'établir le revenu brut moyen d'un travailleur occupant un emploi semblable.

Travailleur à temps partiel

Travailleur dont le contrat de travail prévoit une prestation de travail à temps partiel sur une base régulière et prévue à l'avance chez le même employeur.

À partir du quinzième jour, l'indemnité de remplacement du revenu est calculée selon la plus élevée des deux possibilités suivantes : le contrat de travail ou à raison du salaire minimum alors en vigueur pour une semaine normale de travail.

Toutefois, le travailleur peut démontrer qu'il a tiré un revenu brut plus élevé de **l'emploi qu'il occupait** lorsque s'est manifestée sa lésion professionnelle ou **du même genre d'emploi** chez des employeurs différents pendant les 12 mois précédant le début de son incapacité, selon les modalités prévues au point 1.3, 3° de la présente politique.

Par ailleurs, si un travailleur occupe plus d'un emploi à temps partiel au moment de la lésion, il devra être indemnisé selon les dispositions de l'article 71, (voir le point 2.10).

Exemple

. *Un travailleur à temps partiel dont le contrat prévoit un revenu d'emploi de deux jours/semaine, (7 heures X 2 jours X 10 \$/heure) : l'indemnité est versée à raison du salaire minimum (176 \$) car son revenu brut (140 \$) est inférieur à celui-ci (article 65).*

Travailleur saisonnier

Travailleur dont le contrat de travail prévoit que l'emploi débute, et se termine à l'intérieur d'une période de 12 mois, en raison de la nature de l'emploi, des saisons ou du caractère cyclique des opérations de l'employeur.

À partir du quinzième jour, le revenu brut est celui d'un travailleur de même catégorie occupant un emploi semblable dans la même région, sauf si ce travailleur démontre à la Commission qu'il a tiré un revenu brut plus élevé de **tout emploi** qu'il a exercé pendant les 12 mois précédant son incapacité, y compris s'il y a lieu les bonis, primes, pourboires, heures supplémentaires, assurance emploi, etc. (voir le point 1.3, 3°).

2.2 Pompier volontaire

Travailleur dont le contrat de travail prévoit une prestation de travail sur demande, c'est-à-dire ponctuelle, non prévue à l'avance et qui peut être de durée irrégulière. Un pompier volontaire peut ne pas avoir d'autre emploi mais généralement il a un emploi régulier.

Quatorze premiers jours d'incapacité

Pour les quatorze premiers jours, l'employeur verse l'indemnité comme si le pompier volontaire était un pompier volontaire travaillant à temps plein. Dans ce cas, la période correspondant au temps plein est établie en fonction de ce qui est considéré comme un emploi à temps plein dans la municipalité où la lésion professionnelle s'est produite. Donc, les journées normalement travaillées pour un employé à temps plein dans la municipalité doivent être payées par l'employeur.

Quinzième jour d'incapacité et plus

À partir du quinzième jour d'incapacité, le pompier volontaire est indemnisé selon son statut sur le marché du travail.

- **Sans autre emploi** : indemnisé sur la base du salaire minimum (articles 65 , 68).
- **Avec un emploi régulier** : indemnisé sur la base du revenu qu'il gagne avec cet emploi régulier (article 71).
- **Travailleur autonome inscrit** : indemnisé sur la base du montant pour lequel il est inscrit à la Commission (article 74).
- **Travailleur autonome non inscrit** : indemnisé sur la base de son salaire horaire "annualisé" de pompier volontaire, c'est-à-dire reporté sur une base annuelle (salaire horaire x 44 hres/semaine x 52 semaines).

Pour le pompier volontaire sans autre emploi au moment de la lésion, il peut démontrer à la Commission qu'il a tiré un revenu brut plus élevé de tout emploi qu'il a exercé pendant les 12 mois précédant le début de son incapacité. Pour établir un revenu brut plus élevé, il peut inclure les bonis, primes, pourboires, heures supplémentaires, assurance emploi, etc... (voir le point 1.3, 3°).

2.3 Travailleur à commission, à la pièce, à forfait ou à pourboire

Quatorze premiers jours d'incapacité

Pour les quatorze premiers jours, l'employeur du **travailleur payé à commission**, autre que le travailleur autonome visé à l'article 9 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, doit déterminer le montant de l'indemnité de la façon suivante :

- à partir du salaire de base, s'il en a un
et
- en ajoutant à ce montant, les commissions ainsi que le salaire correspondant aux heures supplémentaires bonis et autres gratifications pour autant que le travailleur puisse démontrer que, n'eût été de sa lésion, il aurait reçu ce revenu. On se base sur une période représentative du travail exécuté au moment où est survenu la lésion ou, à défaut, sur celle d'un autre travailleur de même catégorie occupant un emploi semblable.

En ce qui concerne le **travailleur payé à la pièce**, autre que le travailleur autonome visé à l'article 9 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'employeur détermine le montant de l'indemnité en évaluant la quantité du travail exécuté au cours d'une période de référence représentative du travail exécuté par le travailleur au moment où survient sa lésion, ou à défaut, sur celle d'un autre travailleur de même catégorie occupant un emploi semblable.

En ce qui concerne le **travailleur à forfait** autre que le travailleur autonome visé à l'article 9 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'employeur détermine le montant de l'indemnité en considérant le salaire de base plus la productivité habituelle du travailleur ou d'un travailleur de même catégorie exerçant un emploi semblable.

En ce qui concerne le **travailleur à pourboire**, l'employeur doit tenir compte des pourboires que le travailleur déclare habituellement ou des pourboires qu'il lui aurait normalement attribués pour la période.

Quinzième jour d'incapacité et plus

À partir du quinzième jour, la Commission détermine le revenu brut de ces travailleurs en se référant au salaire de base s'il en existe un et en y ajoutant, selon le cas, avec preuves à

l'appui (ex.: T4, TP4, déclaration écrite de l'employeur, le rapport d'impôt du travailleur ou un avis de cotisation), les commissions ou les pourboires gagnés.

Ces travailleurs peuvent également faire la démonstration d'un revenu brut annuel supérieur pour les 12 mois précédant leur incapacité, dans leur même emploi ou dans le même genre d'emploi pour des employeurs différents, selon les modalités prévues au point 1.3, 3° de la présente politique.

2.4 Travailleur autonome (article 74)

Le revenu brut du travailleur autonome, s'il est inscrit à la Commission, est égal au montant pour lequel il est inscrit lorsque survient la lésion; c'est la Commission qui, dans ce cas, lui verse les indemnités en fonction des journées normalement travaillées.

2.5 Travailleur autonome considéré comme travailleur (article 72)

En vertu de l'article 9 de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, le travailleur autonome peut se voir accorder le statut de travailleur au service d'un employeur lorsqu'il rencontre certaines conditions et bénéficier alors des avantages de la loi à ce titre.

Quatorze premiers jours d'incapacité

Le travailleur est indemnisé pour les quatorze premiers jours, selon ce que prévoit le contrat de travail et l'indemnité égale 90 % du salaire net (article 60) (voir la politique 2.01 *Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu*).

Quinzième jour d'incapacité et plus

À partir du quinzième jour, l'indemnité est basée sur le revenu brut d'un travailleur de même catégorie occupant un emploi semblable dans la même région, sauf s'il démontre à la Commission qu'il a gagné un revenu brut plus élevé d'un travail visé dans l'article 9 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, pendant les 12 mois précédant le début de son incapacité.

NOTE Les pourcentages sont indicatifs dans la détermination du revenu brut d'emploi. Lorsqu'il s'agit de travailleurs rémunérés à forfait ou à commission, une portion seulement de la rémunération sert à déterminer le salaire brut et le revenu brut d'emploi. Cette portion varie, premièrement selon la nature des opérations de l'entreprise et, deuxièmement, selon que le travailleur fournit ou non du matériel pour l'exécution de son travail.

1° Selon la nature des opérations :

- . lorsqu'il s'agit de pêcheurs, le salaire brut doit être égal à 32 % de la valeur brute des prises;
- . lorsque les travailleurs sont des représentants exclusifs rémunérés à commission et qui paient eux-mêmes leurs frais de voyage, le salaire de ces travailleurs doit être égal à 66 2/3 % de leur rémunération totale. La même méthode s'applique aux inséminateurs pour le bétail.

2° Selon que le travailleur fournit ou non du matériel, le pourcentage de sa rémunération considéré comme du salaire s'établit comme suit :

- . 100 % si le travailleur autonome ne fournit aucun matériel (aucune déduction ne lui est consentie pour l'usage du véhicule dont il est propriétaire et qu'il utilise pour se déplacer);
- . 90 % s'il fournit le matériel accessoire (ex. : le mortier pour un briqueteur);
- . 66 2/3 % s'il fait la livraison d'articles ou de colis (sans la vente) et en assume les frais (ex. : livreur de courrier);
- . 66 2/3 % s'il est rémunéré à commission et fait la vente pour une entreprise avec laquelle il est lié par entente et paie lui-même les frais inhérents à ses activités;
- . 50 % s'il fournit le matériel de base et le matériel accessoire (ex.: la brique et le mortier pour un briqueteur);
- . 30 % s'il transporte avec son propre camion des matériaux (bois, sable, gravier, pétrole, etc.);
- . 30 % s'il utilise sa propre machinerie en forêt (ex. : débusqueuse, ébrancheuse, etc.);
- . 15 % s'il exécute son travail au moyen d'une machine autre qu'un camion, servant dans le secteur de la construction (ex.: pépinière, tracteur, etc. et qu'il est propriétaire de cette machinerie);
- . 10 % s'il fait la vente d'un produit à son propre compte en utilisant son propre véhicule (ex.: vendeur de produits alimentaires pour une entreprise avec laquelle il est lié par entente).

Le responsable d'une réclamation admissible en vertu de l'article 9 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles doit recueillir l'information appropriée et s'il y a lieu, il peut s'écarter des pourcentages susmentionnés de manière à rendre une décision basée sur la preuve.

2.6 Personnes visées aux articles 11 (1°, 2° et 4°) ,12 et 12.01 de la loi et considérées comme employés du gouvernement ou de l'autorité responsable d'un service municipal d'incendie (articles 78 et 81)

La personne visée à l'article 11 (1°, 2° et 4°) et **aux articles 12 et 12.01** a droit à l'indemnité de remplacement du revenu pour chaque jour ou partie de jour où elle aurait normalement gagné un revenu d'emploi n'eût été de son incapacité d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle (art. 124 (2°)).

À partir du premier jour complet suivant le début de leur incapacité, le revenu brut de ces personnes est déterminé par le salaire minimum alors en vigueur si ces personnes n'occupent aucun emploi rémunéré et ne sont pas inscrites à la Commission au moment où se manifeste leur lésion.

Si ces personnes occupent un emploi rémunéré qu'elles deviennent incapables d'exercer ou si elles sont inscrites à la Commission, leur revenu brut est établi en fonction du revenu qu'elles tirent de leur emploi rémunéré ou du montant pour lequel elles sont inscrites à la Commission, au moment où se manifeste leur lésion.

C'est la Commission qui leur verse l'indemnité à laquelle elles ont droit, à compter de la première journée complète suivant le début de l'incapacité.

Notons qu'une personne n'est pas considérée comme un travailleur, lorsqu'elle se blesse dans le cadre d'une action qui la rend éligible aux bénéfices de la Loi visant à favoriser le civisme.

2.7 Personnes visées à l'article 12.1 de la loi et considérées comme employés d'un Fonds au bénéfice des personnes incarcérées (article 78)

La personne visée à l'article 12.1 qui subit une lésion professionnelle alors qu'elle exécute un travail rémunéré dans le cadre d'un programme d'activités mis en place par un Fonds au bénéfice des personnes incarcérées a droit à l'indemnité de remplacement du revenu pour chaque jour ou partie de jour où elle aurait normalement gagné un revenu d'emploi n'eût été de son incapacité d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle (article 124 (2°)).

À partir du premier jour complet suivant le début de l'incapacité, le revenu brut de cette personne est établi en fonction du revenu qu'elle tire de son travail rémunéré au moment où se manifeste sa lésion.

C'est la Commission qui leur verse l'indemnité à laquelle elles ont droit, à compter de la première journée complète suivant le début de l'incapacité.

Lésions professionnelles survenues à compter du 18 juin 2009

Pendant la période d'incarcération

L'article 65, en autant qu'il concerne le revenu minimum d'emploi, ne s'applique pas à la personne visée à l'article 12.1, pendant la période d'incarcération. Ainsi, l'IRR versée au travailleur incarcéré pendant cette période est calculée sur la base de son salaire réel.

Après la période d'incarcération

Lors de la remise en liberté de la personne visée à l'article 12.1, le revenu brut servant au calcul de l'IRR est ramené sur la base du salaire minimum en vigueur au début de l'incapacité si son droit à l'IRR existe toujours.

Toutefois si, au début de son incapacité, le travailleur a démontré à la satisfaction de la CSST qu'il a tiré un revenu brut plus élevé du même genre d'emploi que celui occupé dans l'établissement de détention pendant les 12 mois précédant son incapacité, c'est sur la base du revenu démontré qu'est ramené le revenu brut servant au calcul de l'IRR.

Pour établir un revenu brut plus élevé, le travailleur peut inclure les revenus prévus par l'article 67 LATMP (voir point 1.3).

Lors du décès du travailleur

Les indemnités de décès auxquelles ont droit le conjoint ou une autre personne à charge du travailleur qui décède des suites de sa lésion professionnelle ou d'une cause étrangère alors qu'il est incarcéré sont cependant calculées sur la base du salaire minimum en vigueur au début de l'incapacité ou du revenu brut plus élevé démontré au début de l'incapacité si le travailleur a toujours droit à l'IRR lors de son décès.

2.8 Étudiant visé à l'article 10, étudiant à plein temps et enfant visé à l'article 11 (articles 79 et 80)

La personne visée aux articles 10 et 11.3 a droit à l'indemnité de remplacement du revenu pour chaque jour ou partie de jour où elle aurait normalement gagné un revenu d'emploi n'eût été de son incapacité d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle (article 124 (2°)).

Dans le cas de **l'étudiant ou de l'enfant qui n'occupe aucun emploi rémunéré** et à qui aucun employeur n'est tenu de verser un salaire, **la Commission verse l'indemnité à compter du premier jour complet suivant le début de l'incapacité**, selon ce qui est prévu à l'article 80 de la façon suivante :

- jusqu'à 18 ans, un montant hebdomadaire revalorisé annuellement;
- à compter de l'âge de 18 ans, l'indemnité est calculée à partir du revenu brut annuel déterminé par le salaire minimum en vigueur;
- à compter de l'âge de 21 ans, elle est révisée à la hausse s'il démontre à la Commission qu'il aurait probablement gagné un revenu brut d'emploi plus élevé à la fin de ses études en cours s'il n'avait pas été victime d'une lésion professionnelle.

Les personnes visées par les deux premiers cas, peuvent néanmoins démontrer à la Commission qu'elles ont gagné, pendant les 12 mois précédant le début de leur incapacité un revenu brut d'emploi justifiant une indemnité plus élevée. Dans ce cas, leur indemnité est rajustée à la hausse, sans que l'article 65 concernant le revenu minimum ne s'applique aux personnes de moins de 18 ans.

Exemple

- . *Un étudiant en génie mécanique âgé de 19 ans est en stage non-rémunéré dans un établissement sous la responsabilité de la maison d'enseignement qu'il fréquente. Une lésion professionnelle majeure survient et ce jeune homme se fait amputer quatre doigts. Comme il n'a jamais occupé d'emploi rémunéré avant cette lésion, l'indemnité sera versée sur la base du salaire minimum. Si l'indemnité de remplacement du revenu se poursuit jusqu'à 21 ans, elle sera révisée à la hausse à sa date d'anniversaire, si l'étudiant démontre à la Commission qu'il aurait probablement gagné un revenu brut d'emploi plus élevé à la fin de ses études s'il n'avait pas été victime d'une lésion professionnelle (article 80).*

Dans le cas de **l'étudiant à plein temps qui occupe un emploi rémunéré** (ex. : étudiant qui travaille l'été à plein temps ou qui travaille à temps partiel) et qui subit une lésion professionnelle par le fait ou à l'occasion du travail :

Quatorze premiers jours d'incapacité

L'étudiant est indemnisé pour les quatorze premiers jours selon ce que prévoit le contrat de travail et l'indemnité égale 90 % de son salaire net (article 60) (voir politique 2.01 *Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu*).

Quinzième jour d'incapacité et plus

À partir du quinzième jour, les règles précédentes concernant l'étudiant ou l'enfant qui n'occupe aucun emploi rémunéré s'appliquent (article 80). L'étudiant peut aussi démontrer qu'il a gagné pendant les 12 mois précédant la date de l'accident un revenu brut d'emploi plus élevé et dans ce cas son indemnité est rajustée à la hausse à compter de la quinzième journée.

Lorsque l'étudiant atteint l'âge de 21 ans, l'indemnité est révisée à la hausse s'il démontre à la Commission qu'il aurait probablement gagné un revenu brut d'emploi plus élevé à la fin de ses études, n'eût été sa lésion professionnelle.

En ce qui concerne l'étudiant visé à l'article 79 et le travailleur visé aux articles 11, 12, 12.1 et 13 (article 78) (voir les points 3.3 et 3.4 de la politique 2.01 *Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu*).

Exemple

- . *Un étudiant en génie mécanique âgé de 17 ans travaille dans une usine. Une lésion professionnelle majeure survient et il se fait amputer quatre doigts. Pour les quatorze premiers jours, son employeur lui verse 90 % de son salaire net tel que prévu au contrat de travail. À partir du quinzième jour, son indemnité sera calculée à raison du montant hebdomadaire accordé par la loi et revalorisé annuellement, sauf s'il fait la preuve d'un revenu plus élevé. À compter de l'âge de 18 ans ses indemnités seront calculées à raison du salaire minimum en vigueur, à moins qu'il ne puisse démontrer à la Commission qu'il a gagné pendant les 12 mois précédant la lésion un revenu brut d'emploi plus élevé.*

2.9 Travailleur bénévole (articles 67, 74, 77, 78 et 82)

Le travailleur bénévole a droit à l'indemnité de remplacement du revenu pour chaque jour ou partie de jour où il aurait normalement gagné un revenu d'emploi n'eût été de son incapacité d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle (article 124 (2°)).

La Commission verse au travailleur bénévole déclaré à la Commission par la personne qui utilise ses services, l'indemnité de remplacement du revenu **dès le premier jour complet suivant le début de son incapacité de travailler.**

L'indemnité se calcule de la façon suivante :

- . si ce travailleur est âgé de moins de 18 ans lorsque se manifeste sa lésion, comme exposé au point 2.8 (étudiants, enfants);
- . si ce travailleur n'occupe aucun emploi rémunéré et n'est pas inscrit à la Commission, à partir du revenu brut annuel déterminé par le salaire minimum en vigueur;
- . si ce travailleur occupe un emploi rémunéré, en fonction du revenu qu'il en tire ou du montant pour lequel il est inscrit.

2.10 Travailleur sans emploi (article 69)

Le travailleur sans emploi a droit à l'indemnité de remplacement du revenu pour chaque jour ou partie de jour où il aurait normalement gagné un revenu d'emploi n'eût été de son incapacité, en raison de sa lésion professionnelle, d'exercer l'emploi qu'il occupait habituellement ou l'emploi convenable qui lui a déjà été déterminé (article 124 (2)).

La Commission verse au travailleur sans emploi une indemnité de remplacement du revenu **dès le premier jour complet suivant le début de son incapacité de travailler.**

Son revenu brut est celui qu'il tirait de l'emploi par le fait ou à l'occasion duquel il a été victime de sa lésion, selon les modalités prévues au point 1.3 de la présente politique. **Ce revenu brut est revalorisé** au 1er janvier de chaque année depuis la date où ce travailleur a cessé d'occuper cet emploi.

2.11 Travailleur occupant plus d'un emploi (article 71)

Quatorze premiers jours d'incapacité

Pour les quatorze premiers jours, l'employeur chez qui la lésion est survenue verse au travailleur 90 % de son salaire net comme prévu au contrat de travail (article 60) (voir politique 2.01 *Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu*). La Commission, en vertu de l'article 124 (2), verse la différence pour le ou les autre(s) emploi(s) que le travailleur est incapable d'exercer à cause de la lésion professionnelle subie, et ce en fonction des journées normalement travaillées. Cependant, le total du salaire brut à partir duquel sont fixées les indemnités ne doit pas excéder le maximum annuel assurable.

Quinzième jour d'incapacité et plus

À partir du quinzième jour, le revenu brut de ce travailleur est celui qu'il tirerait de l'emploi le plus rémunérateur qu'il devient incapable d'exercer, comme s'il exerçait cet emploi à plein temps. S'il devient incapable d'exercer un seul de ses emplois, son revenu brut est celui qu'il tire de cet emploi, et l'article 65 ne s'applique pas dans ce cas (voir section 1.3, 1 de la présente politique).

L'emploi le plus rémunérateur doit être pris au sens propre du terme, i.e. celui qui lui rapporte le plus d'argent annuellement. En d'autres termes, l'emploi qui doit être retenu est généralement l'emploi principal par rapport à l'emploi d'appoint. C'est le revenu brut de l'emploi principal reporté sur une base de temps plein qui est retenu aux fins de calcul de l'IRR.

2.12 Travailleur qui reçoit déjà une indemnité de remplacement du revenu (article 73)

Quatorze premiers jours d'incapacité

Pour les quatorze premiers jours, l'employeur du travailleur lorsque survient la lésion lui verse 90 % de son salaire net comme prévu au contrat de travail (article 60) (voir politique 2.01 *Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu*). A souligner que la Commission poursuit le versement de l'indemnité de remplacement du revenu réduite pour cette période.

Le travailleur sans emploi qui reçoit de l'assurance chômage et qui est victime d'une rechute, récidive ou aggravation a droit de recevoir de la Commission, pendant les 14 premiers jours d'incapacité de travailler 90 % du montant net des prestations d'assurance emploi qu'il ne reçoit plus à cause de sa lésion professionnelle. La Commission verse les indemnités selon les journées payables en fonction du programme d'assurance emploi.

Quinzième jour d'incapacité et plus

À partir du quinzième jour, le revenu brut du travailleur est le plus élevé de celui, revalorisé, qui a servi au calcul de son indemnité initiale et de celui qu'il tire de son nouvel emploi. L'indemnité réduite que ce travailleur recevait cesse de lui être versée; sa nouvelle indemnité ne peut dépasser le maximum annuel assurable en vigueur lorsque se manifeste sa nouvelle lésion.

2.13 Travailleur qui subit une récidive, une rechute ou une aggravation (articles 69 et 70)

Quatorze premiers jours d'incapacité

Pour les quatorze premiers jours, l'employeur du travailleur lorsque survient la lésion lui verse 90 % de son salaire net comme prévu au contrat de travail (article 60) (voir politique 2.01 *Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu*).

Si ce travailleur n'occupe aucun emploi au moment de sa récidive, de sa rechute ou de son aggravation, il a droit à l'indemnité de remplacement du revenu pour chaque jour ou partie de jour où il aurait normalement gagné un revenu d'emploi n'eût été de son incapacité en raison de sa lésion professionnelle, d'exercer l'emploi qu'il occupait habituellement ou l'emploi convenable qui lui a déjà été déterminé (article 124(2°)). Le revenu brut considéré est celui prévu à l'article 69, et c'est la Commission qui verse à ce travailleur l'indemnité à laquelle il a droit **à compter de la première journée complète suivant le début de l'incapacité de travailler.**

Quinzième jour d'incapacité et plus

À partir du quinzième jour, le revenu brut du travailleur est le plus élevé de celui qu'il tire de l'emploi qu'il occupe lors de la récidive, de la rechute ou de l'aggravation et du revenu brut qui a servi au calcul de l'indemnité précédente.

Si la récidive, la rechute ou l'aggravation survient plus d'un an après le début de l'incapacité du travailleur, le revenu brut qui a servi au calcul de l'indemnité précédente est revalorisé.

2.14 Travailleur dont l'emploi est de nature particulière

Lorsque cela s'avère plus équitable pour le travailleur en raison de la **nature particulière de son travail**, la Commission peut déterminer son revenu brut d'une autre manière que celle prévue. Toutefois, le nouveau revenu brut ne peut servir au calcul de l'indemnité s'il est inférieur à celui qui résulte de l'application des principes généraux.

2.15 Travailleur incapable d'occuper son emploi pendant plus de deux ans (article 76)

L'indemnité de remplacement du revenu vise à protéger non seulement le revenu du travailleur, mais aussi sa capacité de gains. Ainsi, si un travailleur, incapable d'exercer son emploi pendant plus de deux ans en raison de sa lésion professionnelle, démontre qu'il aurait pu occuper un emploi plus rémunérateur lorsque s'est manifestée sa lésion, **n'eût été de circonstances particulières**, la Commission détermine alors un nouveau revenu brut qui sert au calcul de l'indemnité de remplacement du revenu due à ce travailleur à compter du début de son incapacité.

Exemple

. *Un jeune diplômé en génie, à la recherche d'un emploi correspondant à sa formation, travaille en attendant comme chauffeur de taxi et subit un accident du travail grave. À court terme, son revenu correspond à celui d'un chauffeur de taxi et il est indemnisé selon le revenu qu'il tire de cet emploi. Cependant, si son incapacité dure plus de deux ans son revenu brut pourra être calculé à la hausse avec effet rétroactif sur la base du revenu d'un ingénieur, sous réserve du maximum annuel assurable à la date du début d'incapacité ce qui devait correspondre à sa capacité de revenu, n'eût été de circonstances particulières.*

2.16 L'enseignant

Lorsque l'employeur d'un enseignant au moment où la lésion survient verse à celui-ci 100 % de son salaire, tel que prévu à sa convention collective, le paiement du salaire se fait par versements échelonnés sur une période de 9,10 ou 12 mois, selon le cas.

La Commission quant à elle, rembourse l'employeur pour les quatorze premiers jours en lui versant 90 % du salaire net du travailleur. À partir du quinzième jour, le remboursement s'effectue sur la base de 90 % du revenu net retenu du travailleur, ce qui équivaut au montant

de l'indemnité de remplacement du revenu que la Commission aurait versé au travailleur, et ce, jusqu'à ce qu'il redevienne capable d'exercer son emploi. A noter que le revenu brut retenu est celui prévu au contrat de travail et que la Commission procède au calcul de l'indemnité de remplacement du revenu sur une base de 12 mois (chaque jour représentant 1/365e de l'année).

Dans ce contexte, l'employeur est remboursé à un rythme plus lent que celui auquel il paie son travailleur.

D'autre part, le travailleur peut démontrer qu'il a gagné un revenu plus élevé pendant les 12 mois précédant le début de son incapacité **dans le même genre d'emploi**.

Dans le cas d'un **enseignant à contrat de travail à durée déterminée**, ce sont les mêmes éléments qui s'appliquent, sauf que la Commission cessera de rembourser l'employeur à la fin du contrat de travail de l'enseignant. En effet, une fois le contrat terminé aucun lien d'emploi n'existe entre l'employeur et le travailleur. La Commission verse alors l'indemnité de remplacement du revenu au travailleur jusqu'à ce qu'il devienne capable d'exercer son emploi.

2.17 Travailleur dont l'emploi s'inscrit dans un programme à temps partagé

Le travailleur d'un programme à temps partagé (l'employeur paie une partie du salaire et la Commission d'emploi et d'immigration du Canada paie l'autre partie en assurance emploi) reçoit de son employeur pour les quatorze premiers jours, 90 % de son salaire net qu'il reçoit habituellement de son employeur pour les journées normalement travaillées.

De plus, la Commission verse au travailleur 90 % du montant net normalement versé par l'assurance emploi, pour la même période, afin de combler la perte de salaire du travailleur pour les 14 premiers jours d'incapacité de travailler.

Exemple

- . *Travailleur travaille 5 jours dont 3 payés par l'employeur et 2 jours payés par le CEIC . La Commission paie 90 % du net de l'assurance emploi pour 2 jours.*

NOTES

- 1) Le texte de l'article 9 qui se trouve à la sous-section 2 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles « personnes considérées comme travailleurs », se lit comme suit :
9. *« Le travailleur autonome qui, dans le cours de ses affaires, exerce pour une personne des activités similaires ou connexes à celles qui sont exercées dans l'établissement de cette personne est considéré un travailleur à l'emploi de celle-ci, sauf :*
 - 1° *s'il exerce ces activités :*
 - a) *simultanément pour plusieurs personnes;*
 - b) *dans le cadre d'un échange de services, rémunérés ou non, avec un autre travailleur autonome exerçant des activités semblables;*
 - c) *pour plusieurs personnes à tour de rôle, qu'il fournit l'équipement requis et que les travaux pour chaque personne sont de courte durée; ou*

2° s'il s'agit d'activité qui ne sont que sporadiquement requises par la personne qui retient ses services. »

- 2) Pour faciliter la compréhension de cette disposition, nous reproduisons ici le texte des articles 11,12 et 12.1 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles :

11. *« Est considéré un travailleur à l'emploi du gouvernement :*

1° la personne, autre qu'un enfant visé dans le paragraphe 3°, qui exécute des travaux compensatoires en vertu de la Loi sur les poursuites sommaires (chapitre P-15);

2° la personne qui, en vertu de la Loi sur la probation et sur les établissements de détention (chapitre P-26), exécute une ordonnance de probation comportant des travaux communautaires;

3° l'enfant qui exécute un travail, rend service à la collectivité ou agit comme apprenti qu'il soit rémunéré ou non, dans le cadre de mesures volontaires prises en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (chapitre P-34.1) ou de mesures de rechange prises en vertu de la Loi sur les jeunes contrevenants (Statuts du Canada 1980-1983, chapitre 110) ou en exécution d'une décision rendue par le Tribunal de la jeunesse en vertu de l'une de ces lois ou de la Loi sur les poursuites sommaires;

4° la personne qui exécute un travail dans le cadre d'une mesure prévue à l'article 23 de la Loi sur la sécurité du revenu (1988, chapitre 51).

Les articles 19.2, 19.3 et 19.4 de la Loi sur la probation et sur les établissements de détention s'appliquent aux indemnités dues à une personne détenue. »

12. *« Est considéré un travailleur à l'emploi du gouvernement, la personne qui apporte gratuitement son aide pour l'application de mesures d'urgence au sens de la Loi sur la protection des personnes et des biens en cas de sinistre (chapitre P-38.1), ou, si elle n'a pas d'autre employeur, celle qui en vertu de cette loi, participe à un cours de formation en matière de mesures d'urgence institué, organisé ou approuvé par le Bureau de la protection civile du Québec. »*

12.1 *«Est considéré un travailleur à l'emploi d'un Fonds au bénéfice des personnes incarcérées constitué dans un établissement de détention en vertu de l'article 22.0.1 de la Loi sur la probation et sur les établissements de détention, la personne incarcérée qui exécute un travail rémunéré dans le cadre d'un programme d'activités.*

Les articles 22.0.15 à 22.0.17 de cette loi s'appliquent aux indemnités dues à une personne incarcérée.»

- 3) L'article 10 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles donne la définition suivante de l'étudiant considéré comme travailleur :

« Est considéré un travailleur à l'emploi de l'institution d'enseignement dans laquelle il poursuit ses études ou, si cette institution relève d'une commission scolaire, de cette dernière, l'étudiant qui, sous la responsabilité de cette institution, effectue un stage non rémunéré dans un établissement ou un autre étudiant, dans les cas déterminés par règlement. »

Numéro	2.03
Thème	RÉPARATION FINANCIÈRE
Objet	La réduction, la suspension et la cessation de l'indemnité de remplacement du revenu
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil
Mise à jour	2004-06-01

Objectif :

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles stipule que, sous certaines conditions, l'indemnité de remplacement du revenu peut être réduite, suspendue, ou même que son versement cesse de manière définitive.

La présente politique explicite les conditions de réduction, de suspension ou de cessation de cette indemnité.

Cadre juridique et références :

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 49, 50, 52, 54 à 58, 132, 142, 143, 144, 274, 275, 276 et 354.

Public cible :

Le travailleur bénéficiant d'une indemnité de remplacement du revenu.

Énoncé de la politique :

- La Commission peut réduire ou suspendre une indemnité de remplacement du revenu, notamment, lorsque le travailleur, sans raison valable, entrave un examen médical, empêche ou retarde sa guérison ou sa réadaptation, lors d'une révision de l'indemnité, lorsqu'il néglige de fournir les renseignements nécessaires ou fournit des renseignements inexacts.
- La Commission réduit une indemnité de remplacement du revenu lorsque le travailleur atteint 65 ans.
- La Commission cesse de verser une indemnité de remplacement du revenu dans les cas prévus à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Développement :

1. RÉDUCTION DE L'INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT DU REVENU (articles 54 à 56 et 142)

1.1 À la suite d'une révision (articles 54 et 55)

La Commission révisé l'indemnité de remplacement du revenu seulement :

- **deux ans** après la date où le travailleur est devenu capable d'exercer à plein temps un emploi convenable;
- **trois ans** après la date de la première révision;
- **à tous les cinq ans** par la suite.

Lors de ces révisions, la Commission réduit l'indemnité de remplacement du revenu si elle constate que le revenu brut annuel tiré de l'emploi occupé est supérieur au revenu brut annuel revalorisé que le travailleur pourrait tirer de l'emploi convenable déterminé (**La politique 2.04 précise comment ce revenu est établi par la Commission. Voir également l'article 50 de la loi**).

Pour procéder à une telle révision, la Commission doit d'abord déterminer le revenu brut annuel tiré de **l'emploi occupé**. À cet effet, la Commission considère que le travailleur occupe toujours son emploi même s'il est en arrêt de travail temporaire (par exemple, lors de maladie, de vacances, d'une grève, d'un lock out, d'une absence en raison d'un accident du travail à l'intérieur du délai d'exercice du retour au travail ou d'une mise à pied temporaire). Par contre, on considère que le travailleur n'occupe plus son emploi lorsque le lien qui l'unit à son employeur est définitivement rompu (ex. : congédiement).

Par ailleurs, pour déterminer le **revenu brut annuel** tiré de l'emploi occupé, il faut se référer aux modalités de calcul de l'IRR prévues à la LATMP et aux politiques en tenant compte du type de contrat et du mode de rémunération qui sont applicables à l'emploi visé. En conséquence, il y aura possibilité d'inclure les bonis, primes, pourboires, commissions, majorations pour heures supplémentaires, vacances (si leur valeur en espèces n'est pas incluse dans le salaire), rémunérations participatoires, valeur en espèces de l'utilisation à des fins personnelles d'une automobile ou d'un logement fournis par l'employeur lorsque de tels revenus font généralement partie des conditions de travail de l'emploi occupé, ainsi que les prestations d'assurance emploi et d'assurance parentale.

La nouvelle indemnité de remplacement du revenu est égale à

- la différence entre l'indemnité à laquelle le travailleur aurait droit s'il n'était pas devenu capable d'exercer à plein temps un emploi convenable (soit 90 % du revenu net retenu, revalorisé, de l'emploi occupé au moment de l'accident), et
- 100 % du revenu net retenu tiré de l'emploi occupé par le travailleur au moment de la révision.

90 % du revenu net retenu (revenu revalorisé de l'emploi occupé au moment de l'accident) - 100 % du revenu net retenu tiré de l'emploi actuel
= Indemnité de remplacement du revenu

Ces révisions ont lieu aux moments ci-dessus mentionnés, jusqu'à ce que le travailleur tire de l'emploi qu'il occupe un revenu annuel égal ou supérieur à celui qui sert de base, à la date de révision, au calcul de son indemnité de remplacement du revenu OU jusqu'à 65 ans, selon la première échéance.

1.2 À la suite de l'application de l'article 142

La Commission peut réduire l'indemnité de remplacement du revenu dans les mêmes conditions et pour les mêmes motifs que lorsqu'elle la suspend (voir le point 2).

1.3 À compter de l'âge de 65 ans (article 56)

L'indemnité de remplacement du revenu est réduite :

- de 25 % à compter du 65^e anniversaire de naissance du travailleur;
- de 50 % à compter de la 2^e année suivant cette date;
- de 75 % à compter de la 3^e année suivant cette date.

Il y a toutefois une exception pour le travailleur âgé d'au moins 64 ans lorsqu'il est victime d'une lésion professionnelle. Dans ce cas, l'indemnité est réduite de 25 % à compter de la 2^e année suivant la date du début de son incapacité, de 50 % à compter de la 3^e année et de 75 % à compter de la 4^e année.

1.4 Réduction de l'indemnité de remplacement du revenu pour paiement de dette (article 144)

La Commission peut prélever sur les montants d'indemnité de remplacement du revenu versés au travailleur :

- les sommes dues à titre de dette alimentaire;
- les sommes dues au ministère de la Solidarité sociale relativement à des prestations de la sécurité du revenu;
- les sommes dues à la Régie des rentes du Québec relativement aux montants de rente d'invalidité;
- les sommes dues au Receveur général du Canada relativement à l'impôt fédéral et aux prestations d'assurance-emploi.

(Voir le point 3 de la politique 2.01 *Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu*).

2. SUSPENSION DE L'INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT DU REVENU (article 142)

La Commission peut suspendre le paiement d'une indemnité

1° si le bénéficiaire

- fournit des renseignements inexacts,
- refuse ou néglige de fournir les renseignements que la Commission requiert, ou de donner l'autorisation nécessaire pour leur obtention.

2° si le travailleur, **sans raison valable**,

- entrave un examen médical prévu à la loi, ou omet ou refuse de s'y soumettre sauf s'il s'agit d'un examen qui, de l'avis du médecin qui en a charge, présente habituellement un danger grave;
- pose un acte qui, selon le médecin qui en a charge (ou selon le membre du Bureau d'évaluation médicale), empêche ou retarde sa guérison;
- omet ou refuse de se soumettre à un traitement médical reconnu, autre qu'une intervention chirurgicale, que le médecin qui en a charge (ou le membre du Bureau d'évaluation médicale), estime nécessaire dans son intérêt;
- omet ou refuse de se prévaloir des mesures de réadaptation que prévoit son plan individualisé de réadaptation;

- omet ou refuse de faire le travail que son employeur lui assigne temporairement et qu'il est tenu de faire conformément à l'article 179, alors que son employeur lui verse ou offre de lui verser le salaire et les avantages visés à l'article 180;
- omet ou refuse d'informer son employeur de la date de consolidation de sa lésion professionnelle et du fait qu'il en garde, ou non, une limitation fonctionnelle.

Toutefois, la Commission peut verser une indemnité de remplacement du revenu rétroactivement à la date où elle a été réduite ou suspendue, lorsque le motif de la réduction ou de la suspension n'existe plus (article 143).

Enfin, soulignons qu'une décision de la Commission rendue en vertu de l'article 142 a effet immédiatement, jusqu'à ce qu'elle soit confirmée, infirmée ou modifiée le cas échéant.

3. CESSATION DE L'INDEMNITÉ DE REMPLACEMENT DU REVENU (articles 57, 58 et 132)

3.1 Extinction du droit à l'indemnité

Le droit à l'indemnité s'éteint au premier des événements suivants :

- lorsque le travailleur redevient capable d'exercer son emploi avant que n'expire son droit au retour au travail, ou, si ce droit est expiré, 12 mois maximum après qu'il soit redevenu capable de l'exercer (article 148);
- lorsque le travailleur décède. Toutefois, si ce décès survient du fait d'une cause étrangère à la lésion professionnelle, l'indemnité continue d'être versée au conjoint pendant les trois mois suivant le décès;
- au soixante-huitième anniversaire de naissance du travailleur ou, s'il est victime d'une lésion professionnelle alors qu'il est âgé d'au moins 64 ans, quatre ans après la date du début de son incapacité d'exercer son emploi.

3.2 Cessation du versement de l'indemnité

L'indemnité cesse d'être versée au premier des événements suivants :

- lorsque la Commission est informée par l'employeur ou le travailleur que ce dernier a réintégré son emploi ou un emploi équivalent (les parties ont l'obligation de transmettre sans délai ce renseignement à la Commission);
- lorsque la Commission reçoit du médecin qui a charge du travailleur un rapport donnant la date de consolidation de la lésion professionnelle et attestant que le travailleur ne garde aucune limitation fonctionnelle. Sauf :
 - . si le travailleur a besoin de réadaptation pour réintégrer son emploi ou pour exercer un emploi équivalent, il a droit à l'indemnité de remplacement du revenu jusqu'à la fin de sa réadaptation;
 - . si le délai d'exercice du droit au retour au travail, prévu à la loi est expiré, le travailleur a droit à l'indemnité de remplacement du revenu pendant 12 mois supplémentaires, au maximum, s'il n'a pas réintégré son emploi ou un emploi équivalent, à moins qu'il ne refuse, sans raison valable, d'occuper un tel emploi (article 48) ;
- l'obligation de la Commission de cesser de payer à une certaine date ne doit pas être considérée comme un droit du travailleur d'être payé jusqu'à cette date. Elle tient

simplement compte des délais inévitables de transmission de l'information et du fait que la Commission doit être avisée par les parties pour cesser de verser l'indemnité.

Numéro	2.04
Thème	RÉPARATION FINANCIÈRE
Objet	Le revenu de l'emploi convenable
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique précise la méthode d'évaluation du revenu que le travailleur pourrait tirer de l'emploi convenable déterminé.

Cadre juridique et références :

- Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 49, 50, 52, 65, 66, 146, 170, 171 et 354.
- Table des revenus bruts annuels d'emplois convenables, Gazette officielle du Québec.

Public cible :

Le travailleur qui devient capable d'exercer à plein temps un emploi convenable.

Énoncé de la politique :

- C'est au moment où le travailleur devient capable d'exercer à plein temps l'emploi convenable qu'il y a lieu de déterminer le revenu qu'il pourrait en tirer et de l'en informer au moyen d'une décision écrite.
- Le revenu net annuel retenu de l'emploi convenable est déterminé par la Commission en situant le revenu brut annuel évalué dans une tranche de la table des revenus bruts annuels d'emplois convenables, publiée à la Gazette officielle du Québec. Le revenu minimal de cette tranche est considéré comme celui que le travailleur pourrait tirer de l'emploi convenable.

Développement :

Comme le précise l'énoncé de la politique, c'est au moment où le travailleur devient capable d'exercer à plein temps l'emploi convenable identifié, et non pas au moment où il l'exerce vraiment, qu'il y a lieu de déterminer le revenu qu'il pourrait en tirer en vue de réduire l'indemnité de remplacement du revenu. La Commission rend une décision écrite, motivée et notifiée aux intéressés les informant que le travailleur est devenu apte à exercer à plein temps l'emploi convenable ainsi que de la date à laquelle il est devenu capable de l'exercer. La décision précise également le revenu net qu'il pourrait tirer de cet emploi. À noter que l'article 52 s'applique lorsque le travailleur occupe un emploi autre que l'emploi convenable déterminé pendant l'année suivant la date où il est devenu capable d'exercer cet emploi à temps plein.

1. DÉTERMINATION DU REVENU BRUT

Il faut considérer de façon globale la réalité du travailleur réadapté, notamment son lieu de résidence, ses qualifications, ses expériences, ses capacités, les employeurs potentiels, ainsi que les autres indicateurs du marché. Les décrets, conventions collectives et statistiques en la matière peuvent servir de support à la discussion avec le travailleur.

Peuvent être inclus dans le revenu brut de l'emploi convenable, les bonis, primes, pourboires, commissions, majorations pour heures supplémentaires, vacances (si leur valeur en espèces n'est pas incluse dans le salaire), rémunérations participatoires, valeur en espèces de l'utilisation à des fins personnelles d'une automobile ou d'un logement fournis par l'employeur et les prestations d'assurance-chômage, lorsque de tels revenus font généralement partie des conditions de travail de

l'emploi déterminé. Dans le cas, d'un emploi convenable à temps partiel ou sur appel, le revenu brut est celui réellement retiré de cet emploi et non extrapolé à plein temps. Voir à ce sujet la politique 3.05 *La détermination de l'emploi convenable*. Le revenu, **au moment où il est déterminé**, doit être **au moins égal au salaire minimum en vigueur** sinon, il convient de remettre en question ledit emploi convenable.

2. DÉTERMINATION DU REVENU NET RETENU (article 50)

Aux fins de l'application de l'article 50, la Commission procède de la manière suivante pour déterminer le revenu net annuel retenu de l'emploi convenable :

- chaque année, la Commission publie à la Gazette officielle du Québec une table des revenus bruts annuels d'emplois convenables qui entre en vigueur le 1er janvier de l'année pour laquelle elle est faite;
- cette table est divisée par tranches de revenus. La Commission situe le revenu brut annuel que le travailleur pourrait tirer de l'emploi convenable dans une de ces tranches;
- le revenu brut inférieur de cette tranche est considéré comme celui que le travailleur pourrait tirer de cet emploi convenable.

IMPORTANT : *Aux fins de la détermination du revenu net retenu qu'un travailleur peut retirer d'un emploi convenable, l'emploi convenable déterminé est un emploi que le travailleur doit être capable d'exercer à temps plein; le revenu net retenu de l'emploi convenable que la Commission considère est donc celui que le travailleur retirerait de cet emploi s'il l'exerçait à temps plein, même si le travailleur l'exerce par la suite à temps partiel.*

Si la Commission croit que le revenu brut annuel que le travailleur pourrait tirer de l'emploi convenable qu'il devient capable d'exercer à temps plein est supérieur au maximum annuel assurable établi en vertu de l'article 66, elle considère que ce revenu brut annuel est égal au maximum annuel assurable au moment où il est déterminé. D'autre part, ce revenu brut ne doit pas, au moment où il est établi, être inférieur au salaire minimum en vigueur.

Lorsque le travailleur devient capable d'exercer à plein temps un emploi convenable chez son employeur, la Commission considère le revenu normalement payé pour cet emploi par cet employeur comme étant le revenu de l'emploi convenable.

Numéro	2.05
Thème	RÉPARATION FINANCIÈRE
Objet	Le recouvrement des prestations versées en trop
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

Selon l'article 430 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, une personne qui a reçu une prestation à laquelle elle n'a pas droit ou dont le montant excède celui auquel elle a droit doit rembourser le trop-perçu à la Commission, sous réserve des articles 129 et 363.

La présente politique précise les prestations recouvrables et non recouvrables, les modalités de recouvrement et les cas de remise de la dette.

Cadre juridique et références :

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles: 57, 60, 126, 129, 132, 133, 187, 224, 224.1, 274 à 278, 346, 358.3, 363, 365, 366, 380, 429.56 et 430 à 437.

Public cible :

Toute personne qui reçoit une prestation à laquelle elle n'a pas droit ou dont le montant excède celui auquel elle a droit.

Énoncé de la politique :

- La Commission réclame à toute personne les prestations versées en trop ou obtenues de façon indue. Elle a, dans certains cas, l'obligation de le faire (ex.: indemnité de remplacement du revenu des 14 premiers jours versée par l'employeur) et le pouvoir dans d'autres cas (ex. : indemnité pour préjudice corporel).
- Certaines prestations ne sont pas recouvrables (ex.: prestations prévues au plan individualisé de réadaptation), **sauf** si elles ont été obtenues par mauvaise foi.
- La Commission peut, en certaines circonstances, procéder à une remise totale ou partielle de la dette si elle le juge équitable.

Développement :

1. PRESTATIONS OBLIGATOIREMENT RECOUVRABLES

1.1 Indemnité de remplacement du revenu des 14 premiers jours versée par l'employeur (article 60)

Cette indemnité **doit** être réclamée au travailleur lorsqu'une décision confirme qu'il n'y a pas droit, que cette décision soit rendue par la Commission, y compris celle rendue en révision en vertu de l'article 358.3 ou par la Commission des lésions professionnelles (CLP).

1.2 Indemnité de remplacement du revenu reçue sans droit par un travailleur depuis la date de consolidation (article 133)

Lorsqu'un travailleur a été informé par le médecin qui en a charge de la date de consolidation de sa lésion, qu'il n'en garde aucune limitation fonctionnelle, **et** qu'il a fait défaut d'informer sans délai son employeur conformément au premier alinéa de l'article 274, la Commission a également, dans ce cas, **l'obligation de réclamer** au travailleur l'indemnité qu'il a reçue sans droit.

1.3 Subventions versées aux fins de réadaptation (article 187)

Lorsque ces subventions sont utilisées en tout ou en partie à d'autres fins que celles pour lesquelles elles sont versées, la Commission doit les réclamer. Ces subventions sont les suivantes :

- subvention à l'employeur qui embauche un travailleur victime d'une lésion professionnelle pour une durée n'excédant pas un an, pendant laquelle ce travailleur ne peut satisfaire aux exigences de l'emploi (article 175);
- subvention à un travailleur victime d'une lésion professionnelle qui projette de créer et gérer une entreprise constituant pour lui un emploi convenable s'il demeure incapable d'occuper son emploi en raison de sa lésion (article 178);
- subvention à une personne qui crée des emplois à caractère permanent réservés aux travailleurs dont l'intégrité physique ou psychique est atteinte de façon permanente en raison d'une lésion professionnelle (article 186).

2. PRESTATIONS RECOUVRABLES

2.1 Indemnité de remplacement du revenu reçue après la date d'extinction du droit (articles 57, 132 et 430)

En vertu de l'article 57, **le droit à l'indemnité de remplacement du revenu** s'éteint :

- lorsque le travailleur redevient capable d'exercer son emploi, sous réserve de l'article 48;
- au décès du travailleur, sous réserve de l'article 58; ou
- au soixante-huitième anniversaire de naissance du travailleur ou, s'il est victime d'une lésion professionnelle alors qu'il est âgé d'au moins 64 ans, quatre ans après la date du début de son incapacité d'exercer son emploi (voir la politique 2.03 *La réduction, la suspension et la cessation de l'indemnité de remplacement du revenu*).

En vertu de l'article 132, **la Commission cesse de verser une indemnité de remplacement du revenu** à la première des dates suivantes :

- celle où elle est informée par l'employeur ou le travailleur que ce dernier a réintégré son emploi ou un emploi équivalent (les parties ont l'obligation de transmettre sans délai ce renseignement à la Commission (articles 275, 276 et 278));
- celle où elle reçoit du médecin qui a charge du travailleur un rapport indiquant la date de consolidation de la lésion professionnelle dont a été victime le travailleur et le fait que celui-ci n'en garde aucune limitation fonctionnelle sauf si :
 - le travailleur a besoin de réadaptation pour réintégrer son emploi ou pour exercer un emploi équivalent, il a droit à l'indemnité de remplacement du revenu jusqu'à la fin de sa réadaptation;

- le délai d'exercice du droit au retour au travail prévu à la loi est expiré, le travailleur a droit à l'indemnité de remplacement du revenu pendant au maximum 12 mois supplémentaires, s'il n'a pas réintégré son emploi ou un emploi équivalent, à moins qu'il ne refuse sans raison valable d'occuper un tel emploi (article 48).

Les montants ainsi versés entre la **date de l'extinction du droit** (article 57) et la date où **la Commission doit cesser les versements** (article 132) sont recouvrables selon les dispositions des articles 430 à 437 de la LATMP. En effet, l'obligation de la Commission de cesser les versements de l'indemnité de remplacement du revenu à une certaine date ne doit pas être considérée comme un droit. Elle tient simplement compte des délais inévitables de transmission de l'information et du fait que la Commission doit être avisée par les parties pour cesser de verser l'indemnité.

2.2 Prestation versée à un bénéficiaire qui n'y a pas droit, lorsqu'elle a été obtenue par mauvaise foi (articles 129, 363, 365, 430)

Pour toute prestation (y compris les intérêts), quel que soit l'article en vertu duquel une telle prestation a été versée et quelle que soit l'instance ayant rendu la décision, la Commission en réclame le remboursement au bénéficiaire et ce, seulement si la Commission possède suffisamment d'éléments objectifs pouvant démontrer qu'il y a eu mauvaise foi.

La loi n'ayant pas défini la mauvaise foi, il convient de donner à cette expression son sens généralement accepté. Nous pouvons dire qu'une personne est de mauvaise foi lorsqu'elle reçoit un montant de la Commission en sachant pertinemment qu'il ne lui est pas dû.

2.3 Frais d'assistance médicale (article 189)

Les services de professionnels de la santé payés à la *Régie de l'assurance-maladie du Québec* (RAMQ) et les soins ou traitements fournis par un établissement de santé visé par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris et inuit* sont recouvrables (article 189)

Les autres frais d'assistance médicale payés par la Commission sont non recouvrables (voir point 3.5).

2.4 Indemnités pour dommages corporels (articles 83 à 91) et les indemnités de décès payables lorsque la décision de les accorder devient finale, y compris les intérêts s'il y a lieu (articles 98 à 100, 102 (2°) à 108, 110, 361, 362, 363, 365, 365.2 et 406)

L'article 363 de la LATMP édicte que certaines indemnités ne sont pas recouvrables lorsqu'une décision de révision (article 358.3) ou de la Commission des lésions professionnelles (CLP) en dénie le droit. Par contre, les dispositions de l'article 363 ne s'appliquent pas aux indemnités de décès payables en vertu des articles 98 à 100, 102 deuxième alinéa à 108 et 110 et aux indemnités pour dommages corporels versées prématurément avant l'échéance prévue par la loi (articles 361 et 362) lorsqu'elles sont annulées ou réduites par une décision de révision (article 358.3) ou de la Commission des lésions professionnelles (CLP). Ainsi, ces indemnités versées en trop sont recouvrables.

Il en est de même lorsque la décision finale à l'effet de les accorder est reconsidérée par la Commission (article 365 voir politique 6.01 *La Reconsidération*) ou révisée par la CLP (article 429.56) et que le montant est annulé ou réduit. Les indemnités versées en trop sont alors recouvrables.

Les indemnités suivantes sont recouvrées mais uniquement lorsqu'une décision finale en dénie le droit :

- l'indemnité pour dommages corporels (articles 83 à 91);
- l'indemnité forfaitaire au conjoint survivant (articles 98 , 99);
- l'indemnité forfaitaire à l'enfant mineur aux études (article 102 (2°));
- l'indemnité forfaitaire à l'enfant mineur invalide (article 103);
- l'indemnité forfaitaire à l'enfant majeur aux études (article 104);
- l'indemnité forfaitaire à l'enfant majeur invalide (article 105);
- les indemnités forfaitaires à une personne dont les besoins sont pourvus par le travailleur (articles 106 à108);
- l'indemnité forfaitaire aux père et mère d'un travailleur décédé sans personne à charge (article 110).

2.5 Indemnité temporaire versée en vertu de l'article 129 lorsque la Commission refuse ultérieurement la réclamation et que le bénéficiaire a droit aux avantages d'un autre régime public d'indemnisation en raison de sa lésion

Dans ce cas, la Commission recouvre les montants versés en trop jusqu'à concurrence de la somme à laquelle le bénéficiaire a droit en vertu de l'autre régime.

Cette mesure vise à éviter la double indemnité (Voir la politique 1.06 *Les dispositions concurrentes: lois, ententes, conventions collectives* et le point 1.4 de la politique 1.01 *La lésion professionnelle*).

3. PRESTATIONS NON RECOUVRABLES

Sauf si elles ont été obtenues par mauvaise foi, ou s'il s'agit de l'indemnité versée pour les 14 premiers jours par l'employeur, les indemnités suivantes ne sont pas recouvrables :

3.1 Prestations visées à l'article 363 lorsqu'elles sont réduites ou annulées par voie de reconsidération (articles 365 et 366), par une décision de révision ou de la Commission des lésions professionnelles (CLP) (article 363)

Il s'agit de :

- l'indemnité de remplacement du revenu (y compris les 14 premiers jours versés par la Commission en application du 2°alinéa de l'article 124);
- l'indemnité temporaire de décès versée au conjoint survivant en vertu de l'article 101;
- l'indemnité versée sous forme de rente mensuelle, en vertu de l'article 102, 1° alinéa, à l'enfant mineur du travailleur décédé;
- la prestation prévue au plan individualisé de réadaptation d'un travailleur.

3.2 Indemnité versée en application de l'article 380

Lorsque la Commission des lésions professionnelles (CLP) est saisie d'une contestation de la décision de révision rendue en vertu de l'article 358.3 qui annule le montant d'une indemnité de remplacement du revenu accordée par la Commission, elle peut ordonner de surseoir à l'exécution de la décision dont il est interjeté appel quant à cette conclusion et de continuer à donner effet à la décision initiale.

Cette indemnité n'est pas recouvrable si ultérieurement la Commission des lésions professionnelles (CLP) confirme la décision de révision (article 358.3). Le versement de l'indemnité ordonné par la CLP étant annulé du fait de sa décision, le montant ne peut en être recouvré (article 363).

3.3 Indemnité temporaire versée en vertu de l'article 129 lorsque la Commission refuse ultérieurement la réclamation et que le bénéficiaire n'a pas droit aux avantages d'un autre régime public d'indemnisation en raison de sa lésion

À moins qu'elle n'ait été obtenue par mauvaise foi ou que le bénéficiaire n'ait droit aux avantages d'un autre régime public d'indemnisation en raison de sa blessure ou de sa maladie, l'indemnité temporaire n'est pas recouvrable. En effet, l'article 129 prévoit des conditions particulières pour qu'un bénéficiaire puisse avoir droit à cette indemnité. Ces conditions en font une mesure exceptionnelle. C'est pourquoi les montants ainsi versés sont exclus des indemnités recouvrables.

Dans le cas où le bénéficiaire a droit au bénéfice d'un autre régime public d'indemnisation, la Commission recouvre les montants versés en trop jusqu'à concurrence du montant auquel a droit cette personne en vertu de l'autre régime.

3.4 Indemnité de remplacement du revenu devenue indue à la suite d'un avis d'un membre du bureau d'évaluation médicale

L'IRR versée au travailleur qui devient indue à la suite de l'avis d'un membre du BEM est non recouvrable en vertu de l'article 363.

Exemple

La Commission reçoit un avis d'un membre du BEM du 15 mars à l'effet que la lésion du travailleur est consolidée depuis le 15 février et qu'il n'en garde pas de limitation fonctionnelle ni d'atteinte permanente. Elle en avise le travailleur par téléphone le 1er avril.

La Commission cesse le versement de l'IRR à cette date, crée un surpayé du 15 février au 1er avril et le déclare non recouvrable.

3.5 Frais d'assistance médicale

Les frais d'assistance médicale (article 189) qui deviennent indus à la suite de l'avis d'un membre du BEM, d'une décision de reconsidération (article 365), de la révision administrative (article 358.3) ou de la CLP sont non recouvrables.

Toutefois, les services de professionnels de la santé payés à la *Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ)* et les soins ou traitements fournis par un établissement de santé visé par la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris et inuit* sont recouvrables (voir point 2.3).

3.6 Autres prestations

Les prestations suivantes qui deviennent indues à la suite de l'avis d'un membre du BEM, d'une décision de reconsidération (article 365), de la révision administrative (article 358.3) ou de la CLP sont non recouvrables :

a) Indemnités pour dommages matériels :

- indemnités pour nettoyage, réparation ou remplacement de vêtements endommagés par suite d'un accident de travail ou pour les dommages causés aux vêtements par une prothèse ou une orthèse dont le port est rendu nécessaire en raison d'une lésion professionnelle (article 112);

- indemnités pour la réparation ou le remplacement d'une prothèse ou d'une orthèse endommagée involontairement lors d'un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause survenant par le fait du travail (article 113);

b) Frais de déplacement et de séjour (article 115);

Exemple :

Frais de déplacement pour aller à un traitement de physiothérapie après la date où le membre du BEM a décidé que ces traitements n'étaient plus nécessaires.

c) Autres indemnités de décès.

- indemnité de décès (article 109);
- frais funéraires (article 111);
- frais de transport du corps du travailleur décédé (article 111).

4. EMPLOYEUR TENU PERSONNELLEMENT AU PAIEMENT DES PRESTATIONS

Il n'appartient pas à la Commission de recouvrer les prestations versées en trop par un employeur tenu personnellement au paiement des prestations accordées par la Commission (article 346).

5. MODALITÉS DE RECOUVREMENT DE LA DETTE

Lorsqu'un surpayé est créé dans un dossier d'un bénéficiaire soit parce qu'il a reçu sans droit une prestation ou que le montant excède celui auquel il avait droit, la Commission en rendant sa décision sur la cessation du droit à cette prestation met également en demeure le débiteur en l'informant du montant de la dette, des motifs d'exigibilité de cette dette et de son droit de demander la révision de cette décision (article 432).

Cette décision constitue l'avis de la Commission relativement au trop-perçu et interrompt la prescription quant aux délais de recouvrement de la dette prévus à l'article 431 de la LATMP. La décision ne peut contenir, à cette étape, de modalités de remboursement. En effet, la dette ne devient exigible, par voie de compensation sur les indemnités de remplacement du revenu payables (article 434), par délivrance d'un certificat (article 435) ou par entente de remboursement entre le travailleur et la Commission, qu'après que cette décision soit devenue finale.

Une décision est finale :

- à l'expiration du délai pour demander la révision d'une décision de la Commission (30 jours);
- à l'expiration du délai pour interjeter appel devant la Commission des lésions professionnelles d'une décision rendue en vertu de l'article 358.3 (45 jours);
- le jour où une décision est rendue par la Commission des lésions professionnelles.

À noter qu'un refus de la Commission de reconsidérer sa décision si ce refus ne porte pas sur un fait essentiel **est également une décision finale et sans appel.**

Lorsque la dette devient exigible, il y a lieu d'évaluer la situation socio-économique du travailleur afin d'établir des modalités de recouvrement justes et équitables, c'est-à-dire qui minimisent les dangers d'un manque à gagner chez le bénéficiaire, **tout en permettant un recouvrement réaliste**, compte tenu des pertes que subit la Commission.

Si, au moment où la dette est exigible le travailleur reçoit ou doit éventuellement recevoir une indemnité de remplacement du revenu à la suite de la même lésion ou d'une autre, une récupération automatique est faite à même ce dossier selon les normes établies, soit 25 % du montant si le débiteur n'a aucune personne à charge, 20 % s'il a une personne à charge et 15 % s'il a plus d'une personne à charge. Le débiteur qui le désire peut acquitter sa dette plus rapidement (article 434).

En l'absence d'indemnité de remplacement du revenu permettant une récupération automatique, le débiteur peut conclure une entente avec la Commission. Cette entente peut prendre différentes formes entre autres l'autorisation du débiteur pour une récupération selon un pourcentage ou un montant déterminé sur d'autres indemnités à recevoir, notamment sur l'indemnité pour dommages corporels. À défaut d'entente, la Commission procède par la délivrance d'un certificat de défaut (déposé au greffe du tribunal).

Lorsque la Commission fait un remboursement à un employeur en vertu de l'article 126 , et qu'il y a un trop-perçu recouvrable, la Commission doit, s'il y a lieu, récupérer ce montant auprès du bénéficiaire qui le reçoit et non auprès de son employeur.

6. REMISE DE LA DETTE

L'article 437 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles permet à la Commission, même après le dépôt du certificat, de faire remise totale ou partielle de la dette si elle le juge équitable en raison notamment de la bonne foi du débiteur ou de sa situation financière. **Dans tous les cas de remise de dette, la Commission informe le travailleur et l'employeur.**

Par ailleurs, pour les prestations suivantes, aucune remise de dette ne doit être consentie et la Commission doit obligatoirement recouvrer la dette. Il s'agit de :

1° l'indemnité de remplacement du revenu qu'un travailleur a reçu sans droit,

a) pour la période des 14 premiers jours lorsque cette indemnité a été versée par l'employeur de ce travailleur (article 60 (4°));

b) depuis la date de consolidation de sa lésion professionnelle lorsque le travailleur

- a été informé par le médecin qui en a charge de la date de consolidation de sa lésion et du fait qu'il n'en garde aucune limitation fonctionnelle,

ET

- a fait défaut d'informer sans délai son employeur comme le stipule l'article 274 (voir l'article 133);

2° la subvention versée à des fins de réadaptation et qui n'est pas utilisée aux fins pour lesquelles elle a été octroyée.

7. IMPUTATION

Dans tous les cas, le coût des prestations indues ou obtenues sans droit est imputé à l'ensemble des employeurs, et un crédit correspondant est généré automatiquement au dossier de l'employeur du travailleur. L'employeur en est informé par la voie du relevé mensuel qui lui est transmis (voir la politique *d'Imputation* dans le volet « Financement » du navigateur).

Numéro	2.06
Thème	RÉPARATION FINANCIÈRE
Objet	Les indemnités pour préjudice corporel
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

L'article 83 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles stipule que le travailleur, victime d'une lésion professionnelle et dont l'intégrité physique ou psychique est atteinte de façon permanente a droit, pour chaque accident du travail ou maladie professionnelle, à une indemnité pour préjudice corporel.

La présente politique précise les modalités d'application de ce droit.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 83 à 91, 118, 203 à 206, 212, 212.1, 221, 224, 224.1, 226, 230, 231, 233, 323, 354, 358, 359, 361, 362, 454, 1er alinéa paragraphe 14e , 555 et 557.
- . Règlement sur le barème des préjudices corporels, D1291-87 du 87-08-19, G.O.Q., 87-09-16, p. 5576.
- . Règlement sur la détermination du taux d'intérêt applicable aux fins des articles 60, 90, 135, 261 et 364 de la LATMP.

Public cible :

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle et dont l'intégrité physique ou psychique est atteinte de façon permanente.

Énoncé de la politique :

- La Commission verse une indemnité pour préjudice corporel, sous forme de montant forfaitaire, au travailleur victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle et dont l'intégrité physique ou psychique s'en trouve atteinte de façon permanente (APIPP).
- Le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique est égal à la somme des pourcentages déterminés suivant le barème des dommages corporels adopté par règlement pour le déficit anatomo-physiologique, le préjudice esthétique et les douleurs et la perte de jouissance de la vie qui en résultent.
- C'est le médecin qui a charge du travailleur qui évalue le pourcentage d'atteinte permanente dès que la lésion est consolidée et son rapport peut être contesté au Bureau d'évaluation médicale selon la procédure prévue.
- L'indemnité pour préjudice corporel est fonction du pourcentage d'atteinte permanente et de l'âge du travailleur au moment de la lésion, auquel s'ajoute un intérêt.

Développement :

1. DROIT À L'INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE CORPOREL

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle a droit à une indemnité pour préjudice corporel correspondant à chaque accident du travail ou maladie professionnelle qui entraîne chez lui une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique et pour lequel il réclame une indemnité à la Commission.

Le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique est égal à la somme des pourcentages déterminés suivant le barème des préjudices corporels adopté par règlement pour le déficit anatomo-physiologique, le préjudice esthétique et les douleurs et la perte de jouissance de la vie qui résultent de ce déficit ou de ce préjudice (article 84).

Le montant de l'indemnité pour préjudice corporel est établi en multipliant le pourcentage total d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, par le montant prévu à l'annexe II (Les montants prévus à l'annexe II sont revalorisés annuellement (article 118)) en fonction de l'âge du travailleur au moment de la lésion.

Le montant de l'indemnité pour préjudice corporel est donc calculé selon le principe suivant :

Somme des % médicalement déterminés suivant le barème des dommages corporels	x	Montant prévu à l'annexe II en vigueur au moment de la lésion en fonction de l'âge du travailleur à ce moment-là (Les montants prévus à l'annexe II sont revalorisés annuellement (article 118))	=	Montant de l'indemnité pour préjudice corporel
+				
Si le DAP>0 un % de DPJV est prévu au barème Si le PE >0 un % de DPJV est prévu au barème				

2. PROCESSUS D'ÉVALUATION DE L'ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE OU PSYCHIQUE

2.1 Responsable de l'évaluation

L'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique d'un travailleur victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est évaluée par le médecin qui a charge du travailleur.

Lorsque le médecin ne fournit pas à la Commission le rapport d'évaluation de l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique, la Commission peut exiger en tout temps du travailleur qu'il se soumette à l'examen du professionnel de la santé qu'elle désigne (article 204). Par la suite, la Commission doit, dès la réception de ce rapport, le transmettre sans délai au membre du Bureau d'évaluation médicale afin qu'il confirme ou infirme les conclusions émises par le professionnel de la santé désigné par la Commission (article 221).

La Commission est liée par le rapport du médecin qui a charge en ce qui concerne l'atteinte permanente ou par l'avis du membre du Bureau d'évaluation médicale lorsque ce dernier rend son avis dans le délai prescrit. Toutefois, lorsque le membre du Bureau d'évaluation ne rend pas son avis dans le délai prescrit, la Commission devient alors liée par les conclusions du professionnel de la santé qu'elle avait désigné pour sa demande d'un avis du Bureau d'évaluation médicale (voir le point 3.3.2 de la politique 7.02 *Le Bureau d'évaluation médicale*).

Rappelons que les résultats de l'évaluation du médecin qui a charge ou du professionnel de la santé désigné par la Commission, selon le cas, doivent être indiqués sur le formulaire prescrit à cette fin et fixé d'après le barème des dommages corporels adopté par règlement (article 203).

Dans le cas d'une maladie professionnelle pulmonaire, c'est le comité des maladies professionnelles pulmonaires qui évalue l'atteinte permanente à l'intégrité physique du travailleur (article 230).

Si le diagnostic est positif, il est fait état des constatations quant aux limitations fonctionnelles, au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et à la tolérance à un contaminant au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, une rechute ou une aggravation. Ce rapport est ensuite soumis à un comité spécial qui infirme ou confirme le diagnostic au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, une rechute ou une aggravation et les autres constatations (article 231). Le comité fait rapport à la Commission et celle-ci est liée par le diagnostic et les autres constatations établies par le comité spécial (article 233). Lorsqu'il y a des contestations sur l'un des éléments mentionnés précédemment, elles peuvent faire l'objet d'une demande de révision (article 358).

Par contre, en ce qui concerne les autres éléments de l'article 212 sur lesquels le comité des maladies professionnelles pulmonaires ne se prononce pas, s'il y a des contestations, celles-ci doivent être soumises d'abord au Bureau d'évaluation médicale (Voir le point 1 de la politique 7.02 *Le Bureau d'évaluation médicale*).

Par ailleurs, si le travailleur doit être évalué pour atteinte permanente à l'intégrité psychique dans le cas d'une **maladie professionnelle pulmonaire**, c'est le médecin qui a charge du travailleur qui produira le rapport d'évaluation selon les modalités générales prévues à la loi.

2.2 Moment de l'évaluation (article 88)

L'évaluation déterminant le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur doit être faite dès que sa lésion est consolidée.

S'il est médicalement impossible de déterminer toutes les séquelles de la lésion après deux ans à compter de la date de la réclamation, la Commission demande au médecin qui a charge d'évaluer les séquelles qu'il est médicalement possible de déterminer à ce moment-là, et estime le montant minimal de l'indemnité. Elle fait ensuite les redressements nécessaires à la hausse dès que possible.

3. PARTICULARITÉS DE LA DÉTERMINATION DU POURCENTAGE D'ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE OU PSYCHIQUE

Généralement, le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique est déterminé selon le principe énoncé au point 1 de la présente politique; cependant des règles correspondant à des cas particuliers sont prévues à la loi.

3.1 Séquelles multiples causées par le même événement (article 87)

- Le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique s'établit en additionnant les pourcentages prévus pour chacune des atteintes.
- Chaque séquelle est évaluée selon le chapitre du barème qui s'y réfère et pour le travailleur ayant subi des séquelles multiples, chaque séquelle peut être évaluée par des médecins spécialistes différents selon le cas.

% découlant d'une séquelle	+	% découlant d'une autre séquelle	+ etc.=	Somme des % pour le calcul des indemnités pour les séquelles multiples
----------------------------	---	----------------------------------	---------	--

- Si le médecin qui évalue le travailleur constate que la lésion a causé des séquelles à un système, organe ou appareil autre que celui qu'il évalue, il doit le mentionner dans son rapport et en informer le travailleur.
- Si le total des pourcentages d'atteinte excède 100 %, l'indemnité pour préjudice corporel s'établira en additionnant le montant de l'indemnité déterminé sur la base d'une atteinte permanente de 100 % et la somme égale à 25 % du montant de l'indemnité déterminé sur la base du pourcentage excédentaire.

Exemple L'atteinte permanente est évaluée à 140 %.

Montant de l'indemnité déterminé sur 100% d'APIPP	+	Montant de l'indemnité sur le 40% excédentaire d'APIPP x 25%	=	Montant de l'indemnité pour préjudice corporel
---	---	--	---	--

3.2 Augmentation de l'atteinte permanente par suite d'une récidive, d'une rechute ou d'une aggravation (article 89)

Lors d'une rechute, d'une récidive ou d'une aggravation (RRA) le travailleur a droit à une nouvelle indemnité déterminée en fonction de cette nouvelle atteinte. La nouvelle indemnité est calculée en fonction de l'annexe II de la loi en vigueur et de l'âge du travailleur au moment de la RRA.

En ce qui a trait à la détermination du pourcentage d'APIPP résultant de la RRA, il importe de se référer au point 3.7 de la présente section.

Si le pourcentage total de l'APIPP, comprenant le pourcentage initial et le pourcentage de la RRA excède 100 %, le montant de l'indemnité sera déterminé comme suit :

Exemple Le pourcentage déjà évalué est de 60 %.
Le pourcentage d'atteinte permanente de la RRA est évalué à 60 %.
Le pourcentage total est donc de 120 %.

Montant de l'indemnité déterminé sur : (100% d'APIPP - le % déjà déterminé (60%))	+	Montant de l'indemnité sur la base du % total (120%) - 100%) x 25%	=	Montant de l'indemnité pour préjudice corporel par suite d'une RRA
---	---	--	---	--

3.3 Dommages bilatéraux résultant de DAP à des organes symétriques ou d'un DAP à un organe symétrique à celui déjà atteint (article 85)

Dans ce cas, il est prévu au barème d'ajouter un pourcentage supplémentaire correspondant à la somme des pourcentages des DAP fixés pour l'organe le moins atteint.

Ce principe ne s'applique pas aux pourcentages prévus pour le PE ou les DPJV.

On entend par organe symétrique, les dommages subis de membre supérieur à membre supérieur (ex.: main gauche, coude droit) et de membre inférieur à membre inférieur (ex.: genou droit, pied gauche).

Exemple

- Un travailleur subit un accident à la main droite et il est amputé des deux phalanges du pouce droit (DAP de 15 %). Antérieurement, il avait subi la perte de la phalange distale de l'annulaire gauche (DAP de 1,2 %). Dans ce cas-ci, pour déterminer le pourcentage total, on prend le pourcentage du DAP de l'événement (15 %) + le pourcentage du DAP fixé pour l'organe le moins atteint (1,2 %). Le pourcentage total serait donc de 16,2 %.

% du DAP pour la lésion faisant l'objet de la réclamation ex.: 15 %					
	% faisant l'objet de la réclamation Ex.: 15 %	+	Le + petit % des deux DAP Ex.: 1,2 %	=	% de DAP pour une lésion à des organes symétriques ou à un organe symétrique à celui déjà atteint Ex.: 16,2 %
% du DAP pour la lésion antérieure ex.: 1,2 %					

De même pour les séquelles de lésion préexistante, elles sont évaluées selon le barème, mais seulement aux fins du calcul des dommages bilatéraux.

3.4 Lésion préexistante

Dans le cas d'une lésion préexistante à la lésion évaluée, les séquelles de la lésion préexistante (les séquelles de la lésion préexistante comprennent également celles déterminées sous la Loi sur les accidents du travail qu'elles aient été quantifiables ou non en vertu du règlement 59) sont évaluées suivant le barème actuel, mais uniquement aux fins du calcul des préjudices corporels résultant de la lésion évaluée. Par la suite, les pourcentages résultant des séquelles antérieures sont déduits des pourcentages totaux de préjudice corporel. Donc, pour la fixation de l'indemnité, la Commission ne retient que le pourcentage relié à la lésion professionnelle faisant l'objet de la réclamation.

En ce qui a trait à la détermination de pourcentage d'APIPP attribuable à la lésion évaluée, il importe de se référer au point 3.7 de la présente section.

3.5 Fixation du pourcentage de douleur et de perte de jouissance de la vie (DPJV)

C'est la Commission qui indique les pourcentages pour douleurs et perte de jouissance de la vie qui résultent du déficit anatomo-physiologique ou du préjudice esthétique selon la table des DPJV prévus au chapitre XIX du barème. Cette table ne laisse aucune discrétion quant au pourcentage de DPJV à déterminer.

3.6 Préjudice corporel non mentionné au barème (article 84)

Exceptionnellement, il se peut qu'un dommage corporel ne soit pas mentionné au barème. Dans ce cas, le pourcentage qui y correspond est établi d'après le préjudice corporel mentionné et qui est du même genre.

3.7 Mode de détermination du pourcentage de l'APIPP lors d'une lésion préexistante ou d'une RRA

Lors de la présence d'une lésion préexistante à la lésion évaluée ou lorsqu'il y a une augmentation de l'atteinte à la suite d'une RRA, avant de déduire le pourcentage attribuable aux séquelles antérieures du pourcentage totaux des préjudices corporels aux fins de déterminer le pourcentage d'APIPP attribuable à la lésion évaluée, on doit décomposer celles-ci en fonction des composantes de même nature afin de permettre la comparaison entre chacune d'elles.

% totaux des préjudices corporels		% des séquelles antérieures déjà déterminé		% d'APIPP résultant de la RRA ou de la lésion évaluée
* % DAP actuel		* % DAP antérieur		* % DAP à considérer
* % DPJV du DAP actuel		* DPJV du DAP antérieur		* % DPJV du DAP à considérer
* % PE actuel	-	* % PE antérieur	=	* PE à considérer
* % DPJV du PE actuel		* % DPJV du PE antérieur		* DPJV du PE à considérer

4. ÉVALUATION DU POURCENTAGE D'ATTEINTE PERMANENTE À L'INTÉGRITÉ PHYSIQUE OU PSYCHIQUE LORS DU DÉCÈS DU TRAVAILLEUR

4.1 Versement de l'indemnité pour préjudice corporel (IPC) lors d'un décès dû à une cause étrangère à la lésion (article 91)

Si, à la date du décès du travailleur, occasionné par une cause étrangère à la lésion, il est médicalement possible de déterminer les séquelles permanentes qu'auraient entraînées cette lésion, la Commission demande au médecin qui a charge d'évaluer les séquelles qu'il est médicalement possible de déterminer à ce moment, et estime le montant de l'indemnité qu'elle aurait probablement accordée.

La Commission calcule et verse l'indemnité de la façon suivante :

1/3 au conjoint et 2/3 à parts égales aux enfants considérés comme personnes à charge, selon l'article 2 de la loi.

En l'absence de l'un ou de l'autre, la Commission verse l'indemnité soit au conjoint, soit aux enfants considérés comme personnes à charge, selon le cas.

Exemples

1 conjoint sans enfant = 100 % au conjoint
1 conjoint avec 1 enfant = 1/3 au conjoint et 2/3 à l'enfant
Pas de conjoint avec 1 enfant = 100 % à l'enfant
Pas de conjoint avec 2 enfants = 50 % à chacun des enfants

En l'absence de conjoint et d'enfant considéré comme personne à charge, l'indemnité est versée à la succession du travailleur décédé, si les conditions suivantes sont réunies :

- le travailleur a fait une réclamation pour sa lésion professionnelle avant son décès; **et**
- la Commission peut établir le montant de l'indemnité pour préjudice corporel.

4.2 Décès dû à la lésion

L'article 91 LATMP prévoit que l'indemnité pour préjudice corporel n'est pas payable si le travailleur meurt des suites de la lésion faisant l'objet de la réclamation.

En effet, dans ce cas, ce sont les dispositions prévues à la section III de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles *Indemnités de décès* qui s'appliquent (voir la politique 2.07 *Les indemnités de décès*).

Toutefois, cette indemnité est payable si les conditions suivantes sont réunies :

- le travailleur a fait une réclamation pour sa lésion professionnelle avant son décès, et
- la Commission peut établir le montant de l'indemnité pour préjudice corporel.

La Commission calcule et verse l'indemnité à la succession du travailleur.

5. CALCUL DE L'INDEMNITÉ POUR PRÉJUDICE CORPOREL

5.1 Règle générale

Lorsque les séquelles de la lésion sont médicalement déterminées par le médecin qui a charge, par l'avis du membre du Bureau d'évaluation médicale ou le cas échéant, par le professionnel de la santé désigné par la Commission ou par le Comité spécial des maladies professionnelles pulmonaires, la Commission détermine le montant de l'indemnité pour préjudice corporel auquel a droit le travailleur, en se basant sur le pourcentage de l'APIPP et de l'annexe II de la loi, comme le décrivent les points 1 et 3 de la présente politique.

5.2 Montant de l'indemnité

L'indemnité ne peut être inférieure au montant minimal prévu à l'article 86 (revalorisé annuellement). Cependant, dans les cas où l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique couvre seulement le préjudice esthétique, la Commission n'est pas tenue de verser ce montant minimal.

5.3 Intérêts

La Commission verse des intérêts sur le montant de l'indemnité à compter de la date de la réclamation faite pour la lésion qui a causé l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique. Ces intérêts font partie de l'indemnité (article 90).

Pour tous les intérêts payables avant le 1er janvier 1994 (article 323).

- . Le taux d'intérêt applicable pour une année est fixé selon la Loi sur le ministère du Revenu, en vigueur le 30 septembre de l'année précédente.
- . Pour la Commission, ce taux est applicable du 1er janvier au 31 décembre et aux fins du calcul des intérêts, on tient compte du taux de ou des années visées.
- . Toute partie d'un mois est considérée comme un mois complet. Les intérêts ne sont pas capitalisés (article 323).

Pour tous les intérêts payables après le 1er janvier 1994 (article 454, 1er alinéa paragraphe 14e)

- . Le taux d'intérêt applicable est fixé selon le Règlement sur la détermination du taux d'intérêt applicable aux fins des articles 60, 90, 135, 261 et 364 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.
- . Pour la Commission, le taux d'intérêt correspond, pour chaque trimestre d'une année civile, au taux d'intérêt des obligations d'épargne du Québec et en vigueur le premier jour du troisième mois du trimestre précédent.
- . Aux fins de calcul de l'intérêt, ce taux est réparti quotidiennement. Le taux d'intérêt ainsi déterminé entre en vigueur le premier jour du trimestre.

5.4 Décision de la Commission

La décision sur l'indemnité pour préjudice corporel doit être écrite, motivée et notifiée aux intéressés dans les plus brefs délais (article 354).

D'autre part, une personne qui se croit lésée par une telle décision peut en demander la révision dans les 30 jours de sa notification (article 358) et le cas échéant, en appeler de la décision de révision devant la Commission des lésions professionnelles (CLP) dans les 45 jours de sa notification (article 359).

5.5 Versement de l'indemnité pour préjudice corporel

L'indemnité pour préjudice corporel est payable lorsque la décision de l'accorder devient finale, c'est-à-dire lorsque les délais d'appel sont expirés et qu'aucune demande de révision ou aucun appel, selon le cas, n'a été interjeté.

Numéro	2.07
Thème	RÉPARATION FINANCIÈRE
Objet	Les indemnités de décès
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles prévoit un droit aux indemnités de décès dans le cas où un travailleur meurt des suites de sa lésion professionnelle.

La présente politique précise les principes et modalités d'application reliés à ces indemnités de décès.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 58, 92 à 111, 118, 134 à 141, 354, 361, 559 à 561 et 568;
- . l'annexe II : l'indemnité pour dommages corporels;
- . l'annexe III : l'indemnité forfaitaire au conjoint du travailleur décédé;
- . l'annexe IV : l'indemnité temporaire au conjoint du travailleur décédé.

Public cible :

Le conjoint, les enfants ou les autres personnes à charge et les mère et père du travailleur qui meurt des suites de sa lésion professionnelle.

Énoncé de la politique :

- Les indemnités de décès sont versées au conjoint, aux enfants et aux autres personnes qui ont un lien de dépendance économique avec le travailleur ou les mère et père de ce dernier au moment de son décès.
- Les indemnités de décès sont versées sous forme d'un montant forfaitaire sauf pour certains bénéficiaires et dans certaines circonstances.
- Les indemnités de décès sont revalorisées annuellement selon les modalités prévues à la loi.

Développement :

1. LE DROIT AUX INDEMNITÉS DE DÉCÈS

1.1 Décès des suites d'une lésion professionnelle

Le décès d'un travailleur des suites d'une lésion professionnelle donne, aux personnes qui étaient à sa charge à la date de son décès, le droit de recevoir les indemnités prévues à la loi.

Sont considérées comme personnes à charge, le conjoint, l'enfant mineur et l'enfant majeur âgé de moins de 25 ans qui étudie à temps plein ou qui est invalide ainsi que toute autre personne qui a un lien de dépendance économique avec le travailleur.

1.2 Décès présumé

La présomption vise à faciliter au conjoint ou aux autres personnes à charge la preuve de la relation entre le décès et la maladie professionnelle (article 95) ou l'accident (article 96), les moyens nécessaires à l'établissement de cette preuve n'étant pas toujours faciles.

Le décès du travailleur peut être présumé dans les cas suivants :

1.2.1 À la suite d'une maladie professionnelle

Le travailleur qui décède alors qu'il reçoit une indemnité de remplacement du revenu par suite d'une maladie professionnelle pouvant entraîner le décès, est présumé décédé des suites de cette maladie.

Cependant, la présomption ne s'applique que si la Commission a la possibilité de faire procéder à l'**autopsie** du travailleur. Dans le cas contraire, il appartient au conjoint ou aux personnes à charge de démontrer, par une preuve prépondérante, que le décès est relié à la maladie professionnelle.

1.2.2 À la suite d'un événement

Lorsqu'un travailleur est disparu à la suite d'un événement survenu par le fait ou à l'occasion de son travail et dans des circonstances qui font présumer du décès, la Commission peut considérer que le travailleur est décédé, et que la date du décès est celle de l'événement.

1.3 Décès d'un travailleur dû à une cause étrangère à la lésion

Si le travailleur recevait une indemnité de remplacement du revenu lorsqu'il est décédé, voir la politique 2.03 au point 3.1. Par ailleurs, s'il était médicalement possible de déterminer les séquelles permanentes qu'aurait entraînées cette lésion n'eût été du décès (voir la politique 2.06 *Les indemnités pour dommages corporels* au point 4.1).

2. INDEMNITÉS AUX PERSONNES À CHARGE

2.1 Invalidité

Aux fins du droit aux indemnités de décès, l'invalidité doit être grave et prolongée, c'est-à-dire qu'elle doit rendre la personne régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice ou qu'elle doit vraisemblablement entraîner le décès ou durer indéfiniment (article 93).

2.2 Au conjoint

Le conjoint du travailleur décédé a droit de recevoir

- une **indemnité forfaitaire** pouvant représenter, selon le facteur multiplicateur prévu à l'annexe III de la loi (facteur qui tient compte de l'âge du conjoint à la date du décès du travailleur), un montant variant entre une et trois fois le revenu brut annuel d'emploi qui sert au calcul de l'indemnité de remplacement du revenu du travailleur, ce revenu étant revalorisé le cas échéant et soumis au maximum annuel assurable (article 98).

Toutefois, cette indemnité forfaitaire ne peut être inférieure au montant prévu à l'article 100 de la loi.

Si le conjoint est invalide à la date du décès du travailleur, il a droit à l'indemnité forfaitaire la plus élevée entre celle décrite précédemment et celle égale au double du montant prévu à l'annexe II de la loi, toujours en fonction de son âge, à la date du décès du travailleur (article 99).

- à une **indemnité temporaire** équivalant à 55 % de l'indemnité de remplacement du revenu que le travailleur recevait ou aurait eu droit de recevoir à la date de son décès (article 101);
- à une **indemnité forfaitaire fixe** afin de lui permettre de faire face aux dépenses subites causées par le décès du travailleur. Cette indemnité s'ajoute à l'indemnité versée pour les frais funéraires si c'est le conjoint qui les acquitte (article 109).

2.3 Aux enfants

Un enfant du travailleur comprend une personne à qui le travailleur tenait lieu de mère ou de père lors de son décès.

2.3.1 L'enfant mineur

L'enfant mineur à la date du décès du travailleur a droit, jusqu'à sa majorité de recevoir une **rente mensuelle** dont le montant est prévu à la loi plutôt qu'une indemnité forfaitaire afin de lui assurer une sécurité de revenu dont il est privé par le décès du travailleur (article 102).

Cette rente mensuelle règle ainsi tout le problème relié à l'utilisation et à la gestion d'une somme forfaitaire et des revenus qu'elle génère, dans le meilleur intérêt de l'enfant.

S'il atteint sa majorité alors qu'il étudie à plein temps, il a droit, à ce moment, de recevoir l'**indemnité forfaitaire** prévue à la loi (article 102).

S'il est invalide à la date du décès du travailleur, et qu'il est encore invalide à la date où il atteint sa majorité, il a droit, à cette date, de recevoir, à la place, une **indemnité forfaitaire** dont le montant varie selon que les circonstances ayant causé son invalidité lui donne droit ou non à une prestation en vertu de l'une des lois mentionnées à l'article 103.

2.3.2 L'enfant majeur

L'enfant majeur âgé de moins de 25 ans à la date du décès du travailleur et qui étudie à plein temps a droit de recevoir une **indemnité forfaitaire** dont le montant est prévu à la loi (article 104).

Par ailleurs, l'enfant majeur âgé de moins de 25 ans à la date du décès et qui est **invalide** a aussi droit de recevoir une **indemnité forfaitaire**. Toutefois, le montant dans ce cas est celui prévu à l'annexe II de la loi en fonction de l'âge de l'enfant majeur invalide à la date du décès et à condition que les circonstances ayant causé son invalidité ne lui donne pas droit à une prestation en vertu de l'une des lois mentionnées à l'article 105, auquel cas il n'a droit qu'au montant prévu pour l'étudiant à plein temps.

2.3.3 Aux enfants lorsque le travailleur décédé n'a pas de conjoint lors de son décès (article 101.1)

Décès survenus à compter du 18 juin 2009

Si le travailleur décédé n'a pas de conjoint à la date de son décès, mais a un enfant mineur, un enfant majeur dont il pourvoyait à plus de la moitié des besoins ou un enfant majeur âgé

de moins de 25 ans qui, à cette date, fréquente à plein temps un établissement d'enseignement, l'enfant a droit à une indemnité forfaitaire en vertu de l'article 101.1.

Le montant de cette indemnité est égal au produit obtenu en multipliant le revenu brut annuel d'emploi du travailleur, déterminé conformément aux articles 63 à 82 et revalorisé, le cas échéant, par le facteur prévu par l'annexe III en fonction de l'âge du travailleur à la date de son décès.

S'il y a plus d'un tel enfant, l'indemnité est divisée en parts égales entre eux.

Cette indemnité de décès s'ajoute à celles déjà prévues dans les articles 102, 104 et 106.

2.4 Les autres personnes à charge

Il s'agit des personnes autres que le conjoint et les enfants du travailleur qui ont droit aux indemnités décrites au point 2.2 et 2.3 de la présente politique.

2.4.1 Personnes à charge à plus de 50 %

Les personnes dont le travailleur pourvoie à plus de 50 % des besoins au moment du décès ont droit à une **indemnité forfaitaire** dont le montant est fixe si elles sont âgées de moins de 35 ans et égal à 75 % du revenu brut annuel d'emploi du travailleur, revalorisé s'il y a lieu, si elles sont âgées de 35 ans et plus (article 106).

Par contre, si cette personne est invalide au moment du décès du travailleur, elle a droit à une **indemnité forfaitaire** dont le montant est prévu à l'annexe II de la loi, en fonction de son âge à la date du décès et à condition que les circonstances ayant causé son invalidité ne lui donne pas droit à une prestation en vertu de l'une des lois mentionnées à l'article 107, auquel cas, elle n'a droit qu'à l'indemnité forfaitaire des personnes à charge non invalides.

2.4.2 Personnes à charge à 50 % ou moins

Les personnes dont le travailleur pourvoie à 50 % ou moins (mais plus de 10 %) des besoins au moment du décès ont droit à une **indemnité forfaitaire** dont le montant varie selon ce pourcentage (article 108).

2.4.3 Mère et père du travailleur

La mère et le père ou chacune des personnes qui en tient lieu au moment du décès du travailleur, a droit de recevoir l'indemnité dont le montant est prévu à l'article 110 de la loi, lorsque le travailleur n'a pas de personne à charge. Si l'un des deux parents est décédé ou déchu de son autorité parentale, l'indemnité qu'il aurait reçue s'ajoute à celle versée à l'autre parent.

Décès survenus à compter du 18 juin 2009 : Si les deux parents sont décédés, l'indemnité payable en vertu de l'article 110 est versée à la succession du travailleur décédé, sauf si c'est l'État qui en recueille les biens en absence d'héritier.

D'autre part, le travailleur qui travaille dans l'entreprise familiale au moment de son décès est considéré comme participant indirectement aux revenus de sa mère ou de son père. À ce titre, on le considère comme pourvoyant à leurs besoins en proportion de sa contribution (article 94).

NOTE : Si le travailleur n'a pas de conjoint au moment de son décès, les autres personnes à sa charge ont droit de recevoir, à parts égales, l'indemnité forfaitaire dont le

montant est prévu à l'article 109, pour leur permettre de faire face aux dépenses soudaines causées par le décès du travailleur.

3. DÉCISION DE LA COMMISSION

Préalablement au versement d'une indemnité, la Commission rend une décision écrite, motivée et notifiée aux intéressés. Cette décision peut faire l'objet d'une demande de révision ou d'un appel. Cependant, une décision de la Commission accordant une indemnité temporaire au conjoint, une rente mensuelle à l'enfant mineur, une indemnité forfaitaire fixe pour permettre au conjoint ou aux autres personnes à charge, à défaut de conjoint, de faire face aux dépenses soudaines causées par le décès du travailleur, ou une indemnité pour frais funéraires ou frais de transport du corps du travailleur, a effet immédiatement, malgré une demande de révision ou d'appel.

4. VERSEMENT DES INDEMNITÉS

4.1 Au conjoint

L'indemnité temporaire à laquelle a droit le conjoint est payable sous forme de rente mensuelle à compter de la date du décès du travailleur. Elle est versée pendant la période prévue à l'annexe IV de la loi, selon l'âge du conjoint à la date du décès.

Dans le cas où le conjoint décède avant la fin de la période de versement, la rente cesse d'être versée le mois suivant le décès.

D'autre part, la Commission verse au conjoint l'indemnité forfaitaire lorsque la décision en devient finale ou à la fin de la période pendant laquelle elle verse au conjoint l'indemnité temporaire selon la dernière échéance. Cependant, la Commission peut, avant la fin de cette période, verser tout ou partie de l'indemnité forfaitaire si elle le croit utile à la réadaptation du conjoint et si la décision qui accorde cette indemnité est finale. Dans le cas où le conjoint décède avant la fin de la période de versement de l'indemnité temporaire, l'indemnité forfaitaire qui lui était payable est versée à sa succession.

Il est à noter que la Commission paie des intérêts sur le montant de l'indemnité forfaitaire de décès versée au conjoint, à compter de la date du décès du travailleur. Les intérêts sont déterminés conformément à l'article 323 et font partie de l'indemnité.

4.2 Aux enfants

4.2.1 Rente mensuelle à l'enfant mineur (article 137)

La Commission verse l'indemnité de décès de l'enfant mineur prévue dans l'article 102 (1°) sous forme de rente mensuelle à la personne qui en a la garde. Dans la majorité des cas, cette personne est le conjoint du travailleur décédé.

Cette indemnité cesse d'être versée le mois suivant celui où l'enfant atteint sa majorité ou décède.

La décision d'accorder cette indemnité a effet immédiatement malgré une demande de révision (article 361).

4.2.2 Indemnités forfaitaires

Les indemnités forfaitaires de décès ne sont versées que lorsque la décision qui les accorde devient finale (article 361).

4.2.2.1 Enfant mineur dont le parent décédé était sans conjoint (article 101.1)

Décès survenus à compter du 18 juin 2009

L'indemnité forfaitaire à laquelle a droit l'enfant mineur en vertu de l'article 101.1, lorsque le travailleur décédé n'a pas de conjoint lors de son décès, est versée à la personne qui en a la garde dès que la décision de l'accorder devient finale.

4.2.2.2 Enfant mineur atteignant sa majorité (article 138)

La Commission verse l'indemnité forfaitaire prévue dans l'article 102 (2°) à la fin du trimestre de l'année scolaire où l'enfant atteint sa majorité. Si la majorité de l'enfant survient entre deux trimestres, le versement se fait à la fin du trimestre suivant la date où l'enfant atteint sa majorité.

La Commission doit recevoir un certificat de l'institution d'enseignement qui atteste que l'enfant était inscrit comme élève à plein temps au cours du trimestre visé et qu'il a fréquenté assidûment l'établissement durant ce trimestre avant de payer l'indemnité visée dans l'article 102 (2°).

4.2.2.3 Enfant majeur de moins de 25 ans étudiant à plein temps lors du décès (article 139 LATMP)

La Commission verse l'indemnité forfaitaire prévue dans l'article 104 à la fin du trimestre de l'année scolaire au cours duquel le travailleur est décédé. Si le décès du travailleur survient entre deux trimestres, le versement se fait à la fin du trimestre suivant la date du décès du travailleur.

Décès survenus à compter du 18 juin 2009

Une nouvelle indemnité forfaitaire s'ajoute à la précédente, soit l'indemnité forfaitaire en vertu de l'article 101.1, lorsque le travailleur n'a pas de conjoint lors de son décès. Cette indemnité lui est versée à la fin du trimestre de l'année scolaire au cours duquel le travailleur est décédé. Si le décès du travailleur survient entre deux trimestres, le versement se fait à la fin du trimestre suivant la date du décès du travailleur.

Preuve de fréquentation scolaire

La Commission doit recevoir un certificat de l'institution d'enseignement qui atteste que l'enfant majeur était inscrit comme élève à plein temps au cours du trimestre visé et qu'il a fréquenté assidûment l'établissement durant ce trimestre avant de payer les indemnités visées dans les articles 101.1 et 104.

4.2.2.4 Enfant majeur dont le travailleur pourvoyait à plus de la moitié des besoins (article 101.1)

Décès survenus à compter du 18 juin 2009

La Commission verse l'indemnité forfaitaire prévue dans l'article 101.1 à l'enfant majeur, lorsque le travailleur décédé n'a pas de conjoint lors de son décès, s'il démontre que le travailleur pourvoyait à plus de la moitié de ses besoins lors de son décès.

Cette indemnité est payée dès que la décision qui l'accorde devient finale.

4.3 Aux autres personnes à charge

Les indemnités auxquelles ont droit les autres personnes à charge sont versées sous forme de montant forfaitaire lorsque la décision devient finale.

5. INCAPACITÉ JURIDIQUE DU BÉNÉFICIAIRE

La Commission doit, si un bénéficiaire est incapable, verser l'indemnité à laquelle il a droit à son tuteur ou à son curateur ou, à défaut, à une personne qu'elle désigne; cette personne a les pouvoirs et les devoirs d'un tuteur ou d'un curateur selon le cas.

Ceci a pour but de protéger les intérêts du bénéficiaire incapable, en lui assurant que la personne qui reçoit son indemnité a le pouvoir et le devoir d'administrer ses biens en bon père de famille et de rendre des comptes de son administration.

La Commission doit donner avis au Curateur public de toute indemnité qu'elle verse à un tuteur ou à un curateur pour le compte d'un bénéficiaire incapable.

6. FRAIS FUNÉRAIRES ET DE TRANSPORT DU CORPS

La Commission rembourse à la personne qui les acquitte et sur production de pièces justificatives :

- les frais funéraires jusqu'à concurrence du montant prévu à la loi (article 111);
- les frais de transport du corps du travailleur du lieu du décès au funérarium le plus près de la résidence habituelle du défunt, s'il résidait au Québec, ou à un autre endroit approuvé par la Commission.

7. DROIT D'OPTION EN VERTU DE L'ARTICLE 559

Le conjoint survivant qui reçoit une rente viagère de décès en vertu de la Loi sur les accidents du travail (chapitre A-3) et qui est âgé de moins de 65 ans peut choisir de recevoir, au lieu de cette rente, des indemnités forfaitaires et temporaires de décès telles que celles que reçoit le conjoint survivant du travailleur décédé en raison d'une lésion professionnelle.

Cette option peut être exercée tant que le conjoint n'a pas atteint 65 ans.

Aux fins du calcul des indemnités, la date de l'option est considérée comme la date du décès du travailleur.

Lorsqu'un conjoint survivant fait l'option prévue à l'article 559, son enfant qui est mineur à la date de cette option et pour lequel il reçoit une rente mensuelle en vertu de la Loi sur les accidents du travail, a droit de recevoir, au lieu de cette rente, l'indemnité prévue à l'article 102 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Les autres personnes à charge conservent pour leur part leur droit à la rente mensuelle en vertu de la Loi sur les accidents du travail.

Lorsque décède le conjoint survivant qui a fait option en vertu de l'article 559, les personnes qui sont encore, à la date de ce décès, des personnes à charge au sens de la Loi sur les accidents du travail récupèrent leur droit à la rente mensuelle en vertu de cette loi comme s'il n'y avait pas eu option.

8. DÉCÈS DU BÉNÉFICIAIRE ET SUCCESSION

Dans le cas du décès d'un bénéficiaire d'indemnités de décès, les indemnités forfaitaires de décès auxquels ceux-ci avaient droit, sont versées à la succession. Soulignons que c'est le moment de la naissance du droit à l'indemnité, dans la mesure où le droit à ces indemnités était né lors du décès du travailleur, qui détermine la transférabilité de celles-ci à la succession. Ainsi les conditions dont dépend le droit à l'indemnité doivent être remplies au moment où décède le bénéficiaire.

Exemples

1. *La conjointe du travailleur décède lors d'un accident, **succombe à un infarctus un mois plus tard.***

*Toutes les indemnités forfaitaires auxquelles **avaient droit la conjointe à la date du décès** (articles 98, 99, 100 et 109) sont payables à la succession malgré le fait que le paiement est parfois différé (article 134). Les dates de cessation de paiement prévues dans le cas de la rente mensuelle (article 101) doivent toutefois être respectées (article 136).*

2. *Suite aux décès du travailleur, son enfant âgé de 23 ans décide, suite à cet événement, de poursuivre des études interrompues 3 ans plus tôt. Il décède à son tour d'un accident de voiture la semaine suivante.*

*L'indemnité forfaitaire visée à l'article 104 ne doit pas être versée à la succession puisque le droit à celle-ci n'était pas acquis. En effet, l'enfant n'était pas **inscrit à plein temps dans une institution d'enseignement** pour le trimestre du décès ou le trimestre suivant, selon le cas (article 139), et conséquemment ne pouvait **fréquenter assidûment** l'institution d'enseignement durant ledit trimestre (article 140).*

Politique 2.08

Les frais divers

Objectif

Préciser les frais divers remboursables au travailleur, ainsi que les règles s'y rattachant.

Cadre juridique

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), articles 111 à 115, 150, 177, 188, 189(4), 198.1 et 208.

Règlement sur les frais de déplacement et de séjour.

Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements personnels.

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

Résumé de la politique

Lorsqu'un travailleur subit une lésion professionnelle, la CSST rembourse certains frais divers en vertu de la LATMP.

Énoncés de la politique

1. Principes généraux

Lorsqu'un travailleur subit une lésion professionnelle, la CSST rembourse, à certaines conditions, les frais suivants :

- photocopies du dossier hospitalier;
- dommages causés aux vêtements;
- déplacement et séjour;
- frais funéraires et transport du corps;
- réparation ou remplacement d'une prothèse ou d'une orthèse endommagée involontairement lors d'un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause survenant par le fait du travail.

Les frais sont payés dans la mesure où ils résultent de la lésion professionnelle et lorsqu'ils ont été réellement engagés.

2. Photocopies du dossier hospitalier

La CSST rembourse à l'établissement de santé ou au travailleur, s'il les a acquittés, les frais de photocopies du dossier du travailleur ou de la partie du dossier que la CSST exige lorsque ces documents sont en lien avec la lésion professionnelle du travailleur.

[LATMP, article 208](#)

Ce remboursement s'effectue jusqu'à concurrence des montants maximaux appliqués par les établissements publics de santé et de services sociaux et des centres hospitaliers privés conventionnés en fonction du Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de

documents et de renseignements nominatifs et de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

[Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements personnels](#)

[Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels](#)

En ce qui concerne les frais de transcription, de reproduction et de transmission des établissements de santé hors du Québec, la CSST rembourse le coût réellement engagé.

3. Dommages causés aux vêtements

Un travailleur ayant subi une lésion professionnelle a droit, sur production des pièces justificatives, à une indemnité maximale dont le montant est prévu à la LATMP et revalorisé annuellement :

- pour le nettoyage, la réparation ou le remplacement des vêtements endommagés à la suite d'un accident du travail; cette indemnité est sujette à une franchise dont le montant est prévu à la LATMP et revalorisé annuellement;

[LATMP, article 112](#)

[LATMP, article 114](#)

[Paramètres de la réparation](#)

- pour les dommages causés à ses vêtements par une prothèse ou une orthèse dont le port est devenu nécessaire en raison d'une lésion professionnelle.

[LATMP, article 112](#)

4. Déplacement et séjour

La CSST rembourse au travailleur et, si son état physique l'exige, à la personne qui doit l'accompagner, les frais de déplacement et de séjour engagés pour recevoir des soins, subir des examens médicaux ou accomplir une activité dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation et ce, sur production de pièces justificatives. Les frais de déplacement comprennent le déplacement en voiture, les frais de stationnement ou de péage, le transport en commun, le taxi, les repas, le transport ambulancier ou par voie aérienne sous certaines conditions. Les frais de séjour comprennent notamment les frais d'hébergement en établissement hôtelier ou chez un parent ou un ami et doivent être préalablement autorisés par la CSST.

[LATMP, article 115](#)

[Règlement sur les frais de déplacement et de séjour](#)

Les frais de déplacement et de séjour sont remboursés conformément aux normes et montants établis au Règlement sur les frais de déplacement et de séjour publié à la Gazette officielle du Québec et en vigueur lors de l'engagement du frais de déplacement et de séjour.

Le Règlement s'applique également :

- aux déplacements de l'infirmier, de l'infirmier auxiliaire ou de l'aide-malade pour des soins à domicile dans le cadre d'un programme de réadaptation physique, lorsque le médecin qui a charge le prescrit;

[LATMP, article 150](#)

- aux déplacements du travailleur dans le cadre d'une activité d'exploration du marché de l'emploi lorsque l'emploi convenable déterminé se situe à plus de 50 km de son domicile.

[LATMP, article 177](#)

5. Frais funéraires et transport du corps

La CSST rembourse à la personne qui les acquitte et sur production de pièces justificatives, les frais funéraires jusqu'à concurrence du maximum prévu à la LATMP et revalorisé annuellement.

La CSST rembourse également les frais de transport du corps du travailleur du lieu de décès au funérarium le plus près de la résidence habituelle du défunt, s'il réside au Québec, ou à un autre endroit approuvé par la CSST.

[LATMP, article 111](#)

[Paramètres de la réparation](#)

6. Prothèse ou orthèse endommagées *involontairement* lors d'un événement imprévu et soudain

6.1 L'événement entraîne une lésion professionnelle

Si un travailleur, déjà porteur d'une prothèse ou orthèse, est victime d'un accident **par le fait ou à l'occasion de son travail** et qu'il subit une **lésion professionnelle** rendant nécessaire une modification de la dernière ordonnance de sa prothèse ou orthèse, le coût de la réparation ou du remplacement de celle-ci est assumé par la CSST.

Dans ces cas, le travailleur ayant droit à l'assistance médicale que requiert son état en raison de sa lésion professionnelle est remboursé des frais engagés selon les conditions prévues au paragraphe 4 de l'article 189 de la LATMP.

[LATMP, article 188](#)

[LATMP, article 189\(4\)](#)

[Voir politique 5.04 Les prothèses et orthèses](#)

Exemple

Alors qu'un travailleur se rend au local de reprographie, il reçoit un objet au visage lui causant une blessure à la bouche. Ce travailleur était déjà porteur d'une prothèse dentaire, mais la blessure qu'il a subie rend nécessaire une modification de la dernière ordonnance de sa prothèse dentaire. Dans ce cas, il aura droit à l'assistance médicale que requiert son état et le remboursement des frais engagés pour le remplacement de sa prothèse s'effectuera en vertu du paragraphe 4 de l'article 189.

6.2 L'événement n'entraîne pas de lésion professionnelle

Le travailleur porteur d'une prothèse ou d'une orthèse au sens de la LATMP a droit, sur production de pièces justificatives, au remboursement des frais engagés pour la réparation ou le remplacement de sa prothèse ou de son orthèse jusqu'à concurrence de montants maximum si les conditions suivantes sont réunies :

- la prothèse ou l'orthèse est endommagée lors d'un événement imprévu et soudain, attribuable à toute cause; et
- la prothèse ou l'orthèse est endommagée involontairement **par le fait de son travail**, c'est-à-dire sur les lieux du travail et dans l'exécution même des fonctions pour lesquelles il est employé; et
- le travailleur n'a pas droit à une telle indemnité en vertu d'un autre régime.

[LATMP, article 113](#)

[LATMP, article 189\(4\)](#)

Exemple

Alors qu'un menuisier scie une poutre, des éclats de bois viennent endommager ses lunettes. Il peut recevoir un remboursement pour le remplacement ou la réparation de ses lunettes puisque celles-ci ont été endommagées involontairement par le fait de son travail lors d'un événement imprévu et soudain et ce, même s'il n'a subi aucune blessure.

Exception : le travailleur assujéti à la Loi sur l'indemnisation des agents de l'État a droit à une telle indemnité **seulement s'il subit lui-même une lésion professionnelle**.

Indemnité maximale

- L'indemnité maximale pour une monture de lunettes et pour les lentilles cornéennes est prévue à l'article 113 et est revalorisée à chaque année.
[LATMP, article 113](#)
[Paramètres de la réparation](#)
- Dans le cas d'une prothèse ou d'une orthèse visée à 189(4), l'indemnité maximale ne peut excéder le montant déterminé en vertu de l'article 198.1.
[LATMP, article 198.1](#)

Franchise

- Les prothèses dentaires et les orthèses oculaires prévues à l'article 113 sont assujetties à une franchise déterminée à l'article 114 et revalorisée à chaque année.
[LATMP, article 113](#)
[LATMP, article 114](#)

Si le travailleur a droit à une indemnité pour la réparation ou le remplacement de la prothèse ou de l'orthèse en vertu d'un autre régime et que cette indemnité ne couvre pas la valeur de l'indemnité maximale de réparation ou de remplacement prévue à l'article 113 ou déterminée selon l'article 198.1, la CSST comble la différence sous réserve des montants maximaux applicables et de la franchise, le cas échéant.

Si l'orthèse oculaire est remplacée en vertu de l'article 113, la CSST n'assume pas le coût des services en optométrie, puisque ces services ne sont plus assurés pour les personnes de 18 à 64 ans tel qu'indiqué au Règlement d'application sur la Loi sur l'assurance-maladie.

Pour ce qui est des lunettes de sécurité déjà fournies gratuitement par l'employeur, la CSST n'acquitte pas les frais de réparation ou de remplacement, qui sont à la charge de l'employeur.

[Loi sur la santé et la sécurité du travail](#)

La CSST n'assure pas le renouvellement ou les réparations ultérieures effectuées sur des prothèses ou orthèses remplacées en vertu de l'article 113.

6.3 Prothèse ou orthèse endommagée à la suite d'un événement *survenu à l'occasion du travail*

Si une prothèse ou une orthèse est endommagée à la suite d'un événement **survenu à l'occasion du travail** (en y donnant le sens et l'interprétation applicables à la notion d'accident du travail), le travailleur n'aura pas droit à l'indemnité prévue pour la réparation ou le remplacement en vertu de l'article 113 de la LATMP.

[Voir politique 1.01 La lésion professionnelle](#)

Exemple

Un travailleur se blesse en faisant une chute dans le stationnement de son employeur et brise ses lunettes. Même si cet accident entraîne une blessure pour le travailleur, **comme il est survenu à l'occasion du travail**, le travailleur n'aura pas droit au remboursement pour la réparation ou le remplacement de ses lunettes.

Numéro	3.01
Thème	RÉINSERTION PROFESSIONNELLE
Objet	Le droit au retour au travail
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle a le droit de réintégrer prioritairement son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent avec le salaire et les avantages dont il aurait bénéficié s'il avait continué à l'exercer. Dans l'impossibilité d'exercer son emploi en raison de sa lésion, il a droit d'occuper le premier emploi convenable disponible dans un établissement de son employeur. Dans ce cadre, la présente politique précise les conditions d'exercice de ce droit pour les travailleurs autres que ceux de la construction.

Cadre juridique et références :

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 32, 93, 116, 169, 170, 234 à 246, 252 à 264 et 354.

Public cible :

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle qui redevient capable d'exercer son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent ou qui devient capable d'exercer un emploi convenable.

Énoncé de la politique :

- Un travailleur a le droit de retourner au travail chez son employeur dans l'année ou dans les deux ans qui suivent le début de sa période d'absence continue selon qu'il occupait un emploi dans un établissement qui comptait 20 travailleurs et moins ou plus de 20 travailleurs au début de cette période.
- Le droit au retour au travail est applicable de la manière prévue à la convention collective, si celle-ci contient des dispositions relatives à la mise en application du droit au retour au travail ou des dispositions relatives au retour au travail après un accident ou une maladie.
- En l'absence d'une convention collective, les modalités d'application du droit au retour au travail sont déterminées par le comité de santé et de sécurité, s'il y en a un, sinon le travailleur et l'employeur s'entendent sur les modalités.
- La Commission n'intervient qu'en l'absence de dispositions relatives au droit au retour au travail dans la convention collective et sur demande de l'employeur ou du travailleur.

Note : La loi prévoyant des dispositions particulières de retour au travail pour les travailleurs de la construction, la politique 3.02 *Le droit au retour au travail pour les travailleurs de la construction* précise les conditions d'exercice de ce droit pour ces travailleurs.

Développement :

1. LE DROIT AU RETOUR AU TRAVAIL

Le travailleur victime d'une lésion professionnelle qui redevient capable d'exercer son emploi a droit de réintégrer prioritairement son emploi dans l'établissement où il travaillait lorsque s'est manifestée

sa lésion, ou, s'il n'existe plus, de réintégrer un emploi équivalent dans cet établissement ou dans un autre établissement de son employeur.

Lorsque l'employeur lié par une convention collective ne réintègre pas le travailleur pour le motif qu'il aurait été déplacé, suspendu, licencié, congédié, ou qu'il aurait autrement perdu son emploi s'il avait été au travail, les dispositions pertinentes de la convention collective s'appliquent comme si le travailleur avait été au travail lors de ce déplacement, de cette suspension, de ce licenciement, de ce congédiement ou de cette perte d'emploi (article 238).

Dans le cas où le travailleur n'est plus en mesure d'exercer son emploi en raison de sa lésion, il a le droit d'occuper le premier emploi convenable disponible dans un établissement de son employeur, sous réserve des règles relatives à l'ancienneté prévues par la convention collective applicable au travailleur.

Ce droit s'inscrit dans un régime qui a pour objet de réparer les conséquences qu'entraîne une lésion professionnelle, en remplaçant le travailleur dans la situation la plus proche possible de celle qu'il avait avant sa lésion.

Exemples

- *Son emploi: un travailleur qui, après adaptation de son poste de travail, reprend son emploi.*
- *L'emploi équivalent : une travailleuse qui occupe au moment de sa lésion un emploi de vendeuse dans un rayon de lingerie pourra, lors de sa réintégration, se voir proposer un emploi de vendeuse dans un autre rayon si son emploi n'existe plus.*
- *L'emploi convenable : un mécanicien qui reste incapable du fait de sa lésion d'exercer l'emploi qu'il occupait mais devient capable d'exercer l'emploi de vérificateur sur la chaîne de montage, les règles d'ancienneté lui en donnant le droit.*

2. LE DROIT AU RETOUR AU TRAVAIL DU POMPIER VOLONTAIRE

On doit d'abord faire une distinction entre le pompier volontaire non rémunéré et le pompier volontaire rémunéré.

Dans le cas du travailleur qui effectue bénévolement son travail de pompier volontaire et qui subit une lésion professionnelle, le droit au retour au travail ne s'applique pas.

Dans le cas du pompier volontaire rémunéré, l'employeur est la corporation municipale ayant requis les services de ce dernier. Le droit au retour au travail du pompier volontaire s'exerce donc dans son emploi ou, s'il n'existe plus, dans un emploi équivalent ou dans un emploi convenable et ce, au sein de la corporation municipale.

3. LE DROIT AU RETOUR AU TRAVAIL ET LE PROCESSUS DE RÉADAPTATION

Lorsque le travailleur éprouve des difficultés à retourner au travail en raison des conséquences de sa lésion, le conseiller en réadaptation doit déterminer toutes les mesures de réadaptation nécessaires pour rendre le travailleur apte à exercer son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent ou, si c'est impossible, le rendre en mesure d'exercer un emploi convenable.

Dans ce cadre, la réadaptation professionnelle a pour but de faciliter la réintégration au travail, prioritairement chez l'employeur et ensuite ailleurs sur le marché du travail, si cela n'est pas possible chez l'employeur. Cette séquence doit être respectée par le conseiller en réadaptation

dans le processus de retour en emploi, ce qui a pour effet de protéger le droit au retour au travail du travailleur dans son emploi. Dans le cas d'un emploi convenable, le droit au retour au travail ne s'exerce que si l'emploi est disponible en fonction des règles de l'ancienneté prévues par la convention collective applicable au travailleur (article 239).

L'exercice du droit au retour au travail est intimement lié à la démarche de réadaptation physique, sociale et professionnelle, et le conseiller en réadaptation doit, dans cette démarche, tenir compte dans la mesure du possible, des délais prévus à la loi. Ainsi, dans l'alternative où deux solutions appropriées de retour en emploi sont possibles, celle qui permettra au travailleur d'exercer son droit au retour au travail sera privilégiée.

Par contre, même lorsque le délai d'application du droit au retour au travail est expiré, le conseiller en réadaptation doit favoriser le déroulement de la séquence précédemment mentionnée. C'est-à-dire qu'il entreprend des démarches auprès de l'employeur pour vérifier s'il n'y aurait pas de possibilités pour le travailleur d'être réintégré dans un emploi en dépit de l'expiration du délai. En effet, même lorsque le droit au retour au travail est expiré, le lien d'emploi n'est pas nécessairement rompu.

4. DÉLAI D'EXERCICE

4.1 Pour un travailleur lié par un contrat à durée indéterminée

Ce travailleur peut, selon le cas, exercer ce droit

- **dans l'année suivant** le début de sa période d'absence continue en raison de sa lésion professionnelle, s'il occupait un emploi dans **un établissement comptant 20 travailleurs ou moins** au début de cette période;
- **dans les deux ans suivant** le début de sa période d'absence continue en raison de sa lésion professionnelle, s'il occupait un emploi dans **un établissement comptant plus de 20 travailleurs** au début de cette période;
- **dans toute période excédant le droit prévu à la loi**, lorsque de telles dispositions sont prévues à la convention collective. Dans ce cas, le travailleur doit avoir recours à la procédure de griefs prévue par cette convention (article 244).

Note Il s'agit ici des **travailleurs** au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, donc comprenant les «personnes considérées travailleurs» par cette loi. Leur nombre est établi généralement à partir de la liste de paie de l'employeur **lors du début de la période d'absence continue** du travailleur en raison de sa lésion professionnelle.

Le retour au travail à la suite d'un avis médical n'interrompt pas la période d'absence continue du travailleur, si son état de santé consécutif à sa lésion l'oblige à abandonner son travail dans la journée du retour. Le délai d'exercice du droit au retour au travail continue à courir comme si le travailleur n'était pas revenu au travail.

Enfin, une demande de révision ou une contestation qui a pour objet l'incapacité du travailleur d'exercer son emploi en raison de sa lésion professionnelle, suspend la période d'absence continue prévue à l'article 240, si la décision finale conclut que le travailleur était capable d'exercer son emploi à l'intérieur de cette période (article 241).

Exemple

Le travailleur est victime d'une lésion professionnelle le 1er mai 1997; il travaille dans un établissement comptant 12 travailleurs (donc, un an pour exercer son droit au retour au travail, c'est-à-dire jusqu'au 1er mai 1998).

Le 20 mars 1998, la Commission rend une décision selon laquelle le travailleur est capable d'exercer à nouveau son emploi à compter de cette date. Le 6 avril 1998, le travailleur demande la révision de cette décision qui est maintenue. Le travailleur décide de contester cette décision. La Commission des lésions professionnelles rend une décision finale le 7 août dans laquelle elle déclare que le travailleur était capable d'exercer son emploi le 20 mars.

Compte tenu que la demande de révision du 6 avril 1998 a suspendu la période d'absence continue du travailleur pour le délai qui restait à courir jusqu'au 1er mai 1998, soit 25 jours, le travailleur, à partir du 7 août 1998, a jusqu'au 1er septembre pour exercer son droit au retour au travail, soit l'équivalent de la période de 25 jours qui lui restait quand il a demandé la révision.

4.2 Pour un travailleur lié par un contrat à durée déterminée

Le travailleur qui, à la date où il est victime d'une lésion professionnelle, est lié par un contrat de travail à durée déterminée et qui redevient capable d'exercer son emploi avant l'échéance de son contrat et avant le délai d'un an ou deux selon l'article 240, a droit de réintégrer son emploi et de l'occuper jusqu'à cette date.

IMPORTANT

Le travailleur saisonnier ne doit pas être systématiquement considéré comme régi par un contrat de travail à durée déterminée puisque, dans certains cas, le lien d'emploi est maintenu entre les périodes de travail. Par exemple, lorsque le travailleur bénéficie d'un droit de rappel, ou lorsque dans les faits il a été rappelé pendant une longue période de temps, ou lorsque ses avantages sociaux sont maintenus pendant la période d'inactivité, son contrat pourrait être considéré comme à durée indéterminée et c'est l'article 240 qui s'appliquerait. Chaque cas doit donc être apprécié à son mérite.

5. LE SALARIÉ OCCASIONNEL DE LA CONSTRUCTION

Certains travailleurs appelés à oeuvrer occasionnellement sur un chantier de construction ne sont pas des salariés de la construction au sens de la Loi sur les relations du travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'oeuvre dans l'industrie de la construction. En conséquence, ce sont les dispositions de la présente politique qui s'appliquent à ces travailleurs pour l'exercice de leur droit au retour au travail. La politique 3.02 *Le droit au retour au travail pour les travailleurs de la construction*, doit être consultée.

6. MODALITÉS D'APPLICATION

Il revient aux parties (employeur et travailleur) de s'entendre sur les modalités d'exercice du droit au retour au travail.

La Commission n'a donc pas à définir pour les parties des modalités d'application de ce droit; elle les informe de l'existence du droit et n'intervient que lorsqu'un désaccord survient entre elles et seulement sur demande.

Ainsi, le droit au retour au travail s'exerce de la manière prévue à la **convention collective** qui est applicable au travailleur, si elle contient des dispositions à cet égard ou des dispositions relatives au

retour au travail après un accident ou une maladie. Dans ce cas, le travailleur en désaccord avec son employeur et qui veut faire respecter l'exercice de son droit **doit** avoir recours à la procédure de griefs prévue à sa convention.

À défaut, les modalités d'application du droit au retour au travail d'un travailleur sont déterminées par le comité de santé et de sécurité (formé en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail pour l'ensemble de l'établissement où est disponible l'emploi que le travailleur a droit de réintégrer ou d'occuper). En cas de désaccord au sein de ce comité, ou si le travailleur ou l'employeur est insatisfait des recommandations du comité, le travailleur ou l'employeur peut demander l'intervention de la Commission.

En l'absence de convention collective applicable, et lorsqu'aucun comité de santé et de sécurité n'est formé pour l'ensemble de l'établissement, le travailleur et l'employeur s'entendent sur les modalités d'application du droit au retour au travail. En cas de désaccord, le travailleur ou l'employeur peut demander l'intervention de la Commission.

7. DÉCISION DE LA COMMISSION

Lorsque la Commission est saisie d'une demande d'intervention, elle doit décider si elle a juridiction pour donner suite à cette demande. La Commission n'a juridiction pour se prononcer qu'en l'absence d'une convention collective applicable au travailleur **et** qui contienne des dispositions relatives au retour au travail prévu à la loi, ou des dispositions relatives au retour au travail après un accident ou une maladie professionnelle. Lorsqu'elle est valablement saisie d'une telle demande, elle s'enquiert auprès des parties des motifs de leur désaccord et elle tente de les concilier. Si l'entente n'est pas possible, la Commission, après audition, rend une décision écrite, motivée dans les 30 jours de la demande d'intervention dont elle a été saisie. Cette décision doit être notifiée aux intéressés dans les plus brefs délais.

Par cette décision, la Commission peut ordonner à l'employeur de réintégrer le travailleur dans son emploi ou, s'il n'existe plus, dans un emploi équivalent, avec tous ses droits et privilèges, ou de lui assigner l'emploi convenable disponible qu'il aurait dû lui assigner et de lui verser l'équivalent du salaire et des avantages dont il a été privé.

Le montant que la Commission ordonne ainsi de verser au travailleur est dû pour toute la période comprise entre le moment où l'employeur aurait dû réintégrer ou maintenir le travailleur dans son emploi ou lui en assigner un, selon le cas, et le moment de l'exécution de l'ordonnance ou du défaut du travailleur d'occuper l'emploi que l'ordonnance désigne après avoir été rappelé par l'employeur.

La Commission dans sa décision peut également ordonner à l'employeur de payer des intérêts sur l'équivalent du salaire et des avantages dont le travailleur a été privé et ce, à compter du dépôt de la demande d'intervention.

La décision de la Commission peut faire l'objet d'un appel devant la Commission des lésions professionnelles.

Même s'il y a appel, l'employeur doit se conformer à une ordonnance rendue par la Commission dans les **huit jours** de sa notification.

Enfin, le travailleur peut déposer au bureau du greffier de la Cour supérieure du district où est situé l'établissement de l'employeur, la décision finale rendue par la Commission. La décision est finale à l'expiration des délais pour en appeler, si aucun appel est interjeté. Sur ce dépôt, la décision devient exécutoire comme s'il s'agissait d'un jugement final et sans appel de la Cour supérieure, et en a tous les effets.

8. PLAINTES SOUS L'ARTICLE 32

Le travailleur qui revient au travail et qui est victime d'un congédiement peut, à son choix, recourir à la procédure de griefs prévue par sa convention collective ou porter plainte à la Commission. Dans ce dernier cas, la Commission doit d'abord s'assurer que le travailleur n'a pas cumulé les deux recours pour le même objet.

Il est à noter que pour tous les cas de plaintes en vertu des articles 32 et 255, on les transmettra au service de la conciliation.

9. DROIT DE PARTICIPATION AU RÉGIME DE RETRAITE (article 116)

Le travailleur atteint d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée au sens de l'article 93, conserve le droit de continuer de participer au régime de retraite offert dans l'établissement où il travaillait au moment de sa lésion.

Par conséquent, lorsqu'un travailleur est invalide en raison d'une lésion professionnelle, il a droit, en vertu de l'article 116, de continuer à contribuer à un régime de retraite offert dans l'établissement où il travaillait au moment de sa lésion. Lorsque le travailleur exerce ce droit, la Commission assume la part des cotisations exigibles de l'employeur, sauf pendant la durée d'exercice du droit au retour au travail.

Numéro	3.02
Thème	RÉINSERTION PROFESSIONNELLE
Objet	Le droit au retour au travail pour les travailleurs de la construction
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

Le travailleur de la construction victime d'une lésion professionnelle a le droit de réintégrer son emploi avec le salaire et les avantages dont il aurait bénéficié s'il avait continué à l'occuper. Dans ce cadre, la présente politique précise les conditions d'exercice de ce droit pour les travailleurs de la construction.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 93, 116, 240, 247 à 264, 354 et 359.1.
- . Loi sur les relations de travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'oeuvre dans l'industrie de la construction, (L.R.Q., R-20).
- . Règlement sur l'embauche et la mobilité des salariés dans l'industrie de la construction, (c.R-20r 5.3)
- . Règlement d'application de la Loi sur les relations de travail, la formation professionnelle et la gestion de la main d'oeuvre dans l'industrie de la construction, c.R.-20, r.1.
- . Règlement sur la délivrance des certificats de compétence, c.R.-20, r.5.2

Public cible :

- Le travailleur de la construction victime d'une lésion professionnelle qui redevient capable d'exercer son emploi.

Énoncé de la politique :

- Le travailleur de la construction victime d'une lésion professionnelle qui redevient capable d'exercer son emploi a le droit de réintégrer son emploi chez l'employeur pour qui il travaillait lorsque s'est manifestée sa lésion sous réserve des règles prévues à sa convention collective sectorielle de l'industrie de la construction ou sous réserve des règles prévues au règlement sur l'embauche et la mobilité des salariés dans l'industrie de la construction en l'absence d'une convention collective dans son secteur.
- Le travailleur de la construction a également droit au renouvellement de son certificat de compétence.
- Comme les dispositions relatives au comité de chantier ne sont pas encore en vigueur, le travailleur et l'employeur doivent s'entendre sur les modalités d'application du droit au retour au travail. La Commission n'intervient que sur demande du travailleur ou de l'employeur, lorsqu'il y a mésentente.

Développement :

1. TRAVAILLEURS VISÉS

Les travailleurs de la construction sont:

- 1° des travailleurs au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles;
- 2° des salariés au sens de la Loi sur les relations du travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'oeuvre dans l'industrie de la construction; et
- 3° qui travaillent sur un chantier de construction au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

2. TRAVAILLEURS EXCLUS

Un certain nombre de travailleurs sont exclus de l'application du droit au retour au travail pour les travailleurs de la construction, parce qu'ils exercent des activités reliées aux types d'emplois exclus. L'annexe I de la présente politique fait état de ces emplois. Ces travailleurs ont cependant droit à l'application du droit au retour au travail selon les modalités et délais prévus pour l'ensemble des travailleurs (voir la politique 3.01 *Le droit au retour au travail*).

3. LE DROIT AU RETOUR AU TRAVAIL POUR LES TRAVAILLEURS DE LA CONSTRUCTION

3.1 Condition pour réintégrer l'emploi

Le travailleur de la construction victime d'une lésion professionnelle qui redevient capable d'exercer son emploi a droit de réintégrer son emploi chez l'employeur pour qui il travaillait lorsque s'est manifesté sa lésion, sous réserve des règles prévues à sa convention collective sectorielle de l'industrie de la construction ou sous réserve des règles prévues au règlement sur l'embauche et la mobilité des salariés dans l'industrie de la construction en l'absence d'une convention collective dans son secteur.

Le travailleur de la construction qui peut bénéficier du droit au retour au travail est celui **qui redevient capable d'exercer son emploi**. Un plombier peut donc exercer son droit au retour au travail comme plombier et non autrement.

L'emploi dont il est ici question se réfère au métier qu'exerce le travailleur et non au chantier puisque certains travailleurs, notamment les ouvriers spécialisés en entretien, sont affectés à plusieurs chantiers à la fois.

3.2 Exercice du droit au retour au travail

Le droit au retour au travail du travailleur de la construction s'exerce **chez l'employeur pour qui il travaillait lorsque s'est manifestée sa lésion**. Dans la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, l'employeur est

« une personne qui, en vertu d'un contrat de louage de services personnels ou d'un contrat d'apprentissage, utilise les services d'un travailleur aux fins de son établissement. »

Le chantier de construction n'étant pas considéré comme un établissement, c'est à **l'entreprise de construction qui embauche le travailleur qu'il faut se référer**.

Le travailleur de la construction exerce son droit au retour au travail **chez son employeur**, sur le chantier où il était affecté ou sur d'autres chantiers de cet employeur.

Ce droit au retour au travail s'exerce dans un emploi correspondant à son métier.

Si le chantier où était affecté le travailleur est fermé et que le même employeur n'exerce pas d'activités dans d'autres chantiers, ou que les compétences du travailleur ne sont pas essentielles sur les autres chantiers, le droit au retour au travail ne s'applique pas.

De plus, il est important de noter que le droit au retour au travail du travailleur de la construction s'exerce sous réserve des règles prévues aux conventions collectives sectorielles de l'industrie de la construction ou sous réserve des règles prévues au règlement sur l'embauche et la mobilité des salariés dans l'industrie de la construction en l'absence d'une convention collective dans un secteur.

4. DÉLAI D'EXERCICE

Le droit au retour au travail du travailleur de la construction peut être exercé dans le délai prévu à l'article 240 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, soit

- dans l'année suivant le début de la période d'absence continue du travailleur en raison de sa lésion professionnelle, s'il occupait un emploi dans un établissement comptant 20 travailleurs ou moins au début de cette période; ou
- dans les deux ans suivant le début de la période d'absence continue du travailleur en raison de sa lésion professionnelle, s'il occupait un emploi dans un établissement comptant plus de 20 travailleurs au début de cette période.

Le chantier de construction n'étant pas un établissement, il importe de se référer à **l'entreprise de construction qui embauchait le travailleur et au nombre de travailleurs que comptait l'entreprise aussi bien ceux affectés à l'intérieur de l'établissement que ceux affectés sur le ou les chantiers de l'employeur au début de la période d'absence continue du travailleur.**

Le retour au travail d'un travailleur de la construction à la suite d'un avis médical n'interrompt pas la période d'absence continue du travailleur, si son état de santé relatif à sa lésion l'oblige à abandonner son travail le jour même où il rentre.

5. MAINTIEN DE LA CLASSIFICATION

Le travailleur de la construction qui détient un certificat de compétence-compagnon, un certificat de compétence-occupation ou un certificat de compétence-apprenti et qui redevient capable d'exercer son emploi a droit au renouvellement de son certificat, *conformément au Règlement sur la délivrance des certificats de compétence* même s'il n'a pas accumulé, en raison de sa lésion, le nombre d'heures de travail exigé.

Le travailleur de la construction conserve un droit au certificat de compétence s'il démontre à la satisfaction de la Commission de la construction du Québec qu'il a été incapable d'exécuter des travaux de construction relatifs à son emploi par suite de sa lésion professionnelle.

Dès qu'il est redevenu capable d'exercer son emploi, il est de la responsabilité du travailleur de la construction d'obtenir son certificat de compétence et d'être en règle avec la Commission de la construction du Québec.

6. MODALITÉS D'APPLICATION

Ces modalités d'application tiennent compte des conditions particulières de l'industrie de la construction, du caractère temporaire du lien qui unit souvent le travailleur à son employeur, de l'existence de l'emploi concerné et du chantier de construction.

L'article 250 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles précise que les modalités d'application du droit au retour au travail du travailleur de la construction sont déterminées par le comité de chantier formé en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

Cependant, les articles 204 à 208 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail ne sont pas encore en vigueur. Par conséquent, le travailleur et l'employeur doivent s'entendre sur les modalités d'application du droit au retour au travail.

Si le travailleur et l'employeur ne s'entendent pas sur les modalités d'application du droit au retour au travail, ils peuvent demander l'intervention de la Commission.

7. DÉCISION DE LA COMMISSION

Lorsque la Commission est saisie de la demande, elle s'enquiert auprès des parties des motifs de leur désaccord et tente de les concilier. Si l'entente n'est pas possible, la Commission, après audience, rend une décision écrite, motivée et notifiée aux intéressés, qui peut faire l'objet d'une contestation à la Commission des lésions professionnelles.

8. PLAINTES SOUS L'ARTICLE 32

Le travailleur de la construction qui croit avoir été congédié, suspendu ou déplacé ou encore, avoir été l'objet d'une mesure discriminatoire, ou de représailles, ou de toute autre sanction parce qu'il a été victime d'une lésion professionnelle ou à cause de l'exercice d'un droit que lui confère la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, peut recourir le cas échéant à la procédure de griefs prévue par la convention collective sectorielle qui lui est applicable ou soumettre une plainte à la Commission (article 32).

Lorsque la Commission dispose d'une plainte ou d'une demande d'intervention, elle peut ordonner à l'employeur de réintégrer le travailleur de la construction dans son emploi, avec tous ses droits et privilèges, d'annuler une sanction ou de cesser d'exercer des mesures discriminatoires ou de représailles, et de verser à celui-ci l'équivalent du salaire et des avantages dont il a été privé (articles 257 et 259) (voir la politique 3.01 *Le droit au retour au travail*).

9. APPLICATION DU DROIT DE PARTICIPATION AU RÉGIME DE RETRAITE (article 116)

Le travailleur oeuvrant sur un chantier de construction et qui est un salarié au sens de la Loi sur les relations de travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'œuvre dans l'industrie de la construction, et qui est atteint d'une invalidité physique ou mentale grave et prolongée au sens de l'article 93 conserve le droit de continuer de contribuer au régime de retraite offert dans l'établissement où il travaillait au moment de sa lésion.

Son droit débute au moment de la date de l'événement et la Commission assume alors la part des cotisations de l'employeur dans la mesure où le travailleur paie sa part des cotisations exigibles.

Types d'emploi exclus

L'article 19 de la Loi sur les relations du travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'oeuvre dans l'industrie de la construction exclut de son champ d'application un certain nombre de types d'emplois :

«19. La présente loi s'applique aux employeurs et aux salariés de l'industrie de la construction; toutefois, elle ne s'applique pas :

- 1° aux exploitations agricoles et aux travaux de construction d'une serre destinée à la production agricole lorsqu'ils sont exécutés par les salariés habituels du serriculteur ou par ceux du fabricant de la serre, de son ayant cause ou d'une personne dont l'activité principale est d'effectuer de tels travaux et qui en est chargée à titre exclusif par ce fabricant ou ayant cause;
- 2° aux travaux d'entretien et de réparation exécutés par des salariés permanents et par des salariés qui les remplacent temporairement, embauchés directement par un employeur autre qu'un employeur professionnel;
- 3° aux travaux de construction de canalisations d'eau, d'égouts, de pavages et de trottoirs et à d'autres travaux du même genre exécutés par les salariés des communautés métropolitaines et des municipalités;
- 4° aux travaux de construction qui se rattachent directement à l'exploration ou à l'exploitation d'une mine et qui sont exécutés par les salariés des entreprises minières et aux travaux relatifs à un parc à résidus miniers;
- 5° aux travaux de construction qui se rattachent directement à l'exploitation de la forêt et qui sont exécutés par les salariés des entreprises d'exploitation forestière;
- 6° aux travaux de construction de lignes de transport de force exécutés par les salariés d'Hydro-Québec;
- 7° (*paragraphe abrogé*);
- 8° aux travaux d'entretien, de rénovation, de réparation et de modification exécutés par des salariés permanents embauchés directement par les commissions scolaires et collèges visés dans la Loi sur le régime de négociation des conventions collectives dans les secteurs public et parapublic (chapitre R-8.2) et par des salariés permanents embauchés directement par les établissements publics visés dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2) ou dans la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (chapitre S-5), de même que par des salariés qu'ils embauchent directement pour remplacer temporairement ces salariés permanents;
- 9° aux travaux suivants, exécutés pour une personne physique, agissant pour son propre compte et à ses fins personnelles et exclusivement non lucratives :
 - i. d'entretien, de réparation, de rénovation et de modification d'un logement qu'elle habite;
 - ii. de construction d'un garage ou d'une remise annexe à un logement qu'elle habite, qu'il lui soit contigu ou non;
- 10° aux travaux de construction relatifs aux gouttières, aux portes de garage, aux systèmes d'aspirateur central et à l'aménagement paysager, y compris les cours, entrées ou trottoirs en

asphalte ou en béton, lorsque ces travaux sont exécutés au regard d'une maison unifamiliale isolée par une personne qui n'est pas un employeur professionnel ou par un salarié qui n'exécute pas habituellement des travaux de construction autres que ceux visés par le présent paragraphe;

- 11° au transport d'une matière en vrac effectué par un exploitant de véhicules lourds inscrit au Registre du camionnage en vrac en vertu de la Loi sur les transports (chapitre T-12), lorsque le seul camion apparaissant au registre au nom de l'exploitant est conduit par celui-ci ou, dans le cas d'une personne morale, par l'administrateur ou actionnaire principal de cette personne morale, ou encore par une personne qui remplace cet exploitant ou cet administrateur ou actionnaire principal en raison d'une inaptitude de fait de celui-ci;
- 12° au marquage du revêtement d'une voie publique ou privée;
- 13° à la réalisation ou à la restauration d'une production artistique originale de recherche ou d'expression ou à son intégration à l'architecture d'un bâtiment ou d'un ouvrage de génie civil ou à leurs espaces intérieurs et extérieurs, lorsque ces travaux sont exécutés par une personne qui, sans être un salarié habituel d'un employeur professionnel, est :
 - i. soit un artiste professionnel membre, à ce titre, d'une association reconnue dans le domaine des arts visuels ou des métiers d'art en vertu de la Loi sur le statut professionnel des artistes des arts visuels, des métiers d'art et de la littérature et sur leurs contrats avec les diffuseurs (chapitre S-32.01);
 - ii. soit un restaurateur professionnel membre d'une association de restaurateurs reconnue à cette fin par le ministre, après consultation auprès du ministre de la Culture et des Communications ; le ministre publie à la *Gazette officielle du Québec* le nom de toute association de restaurateurs qu'il reconnaît.

Ces travailleurs exclus ne sont donc pas des salariés au sens de la Loi sur les relations du travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'oeuvre dans l'industrie de la construction et par conséquent, ils ne sont pas régis par une convention collective sectorielle.

Cas d'exception - Salarié occasionnel

Le Règlement d'application de la Loi sur les relations du travail dans l'industrie de la construction donne le pouvoir à la Commission de la construction du Québec de délivrer une carte d'identité à un «salarié occasionnel» au sens de ce règlement. Cette mesure permet à ce travailleur, qui autrement ne le pourrait pas en raison des exceptions prévues à la loi, de travailler sur un chantier de construction pendant une durée et un travail déterminés.

Ce règlement définit ainsi le « salarié occasionnel » :

« tout salarié titulaire de la carte mentionnée au sous-paragraphe ii du paragraphe b qui travaille habituellement ailleurs que dans la construction, mais qui peut être appelé dans l'exécution normale de son travail à oeuvrer et à l'intérieur et à l'extérieur du champ d'application de la loi, à l'occasion ou à intervalles réguliers; »

La carte dont il est question dans cette définition, est la carte d'identité délivrée au salarié occasionnel par la Commission de la construction du Québec.

Ce travailleur «salarié occasionnel» est, par exemple, celui qui travaille en atelier à la fabrication d'armoires de cuisine et qui est appelé, dans l'exécution normale de son travail, à installer ces armoires dans les habitations en construction. Seules les clauses des conventions collectives sectorielles relatives

à la rémunération, à la durée du travail, aux heures supplémentaires, aux jours fériés et au régime syndical s'appliquent au «salarié occasionnel» pendant la durée du travail sur le chantier.

Ce travailleur doit plutôt être considéré comme un travailleur permanent dans un établissement qui devient occasionnellement et à des fins limitées seulement, un salarié de la construction. En effet, une convention collective sectorielle ne s'applique pas à lui notamment pour les primes, indemnités et avantages sociaux; de même en est-il du *Règlement sur l'embauche et la mobilité des salariés* dans l'industrie de la construction. Le chantier de construction ne représente pour lui qu'un lieu de travail. Lui appliquer les mêmes dispositions qu'aux travailleurs de la construction en ce qui concerne le droit au retour au travail, équivaldrait à limiter ce droit au chantier où ce travailleur était affecté ou à d'autres chantiers de l'employeur, et dans la seule mesure où le travailleur redevient capable d'exercer son emploi.

C'est pourquoi, en ce qui concerne le droit au retour au travail, **ce sont les dispositions de la section I du chapitre VII de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles qui s'appliquent au travailleur « salarié occasionnel »** (voir la politique 3.01 *Le droit au retour au travail*).

Politique 3.03

La détermination de la capacité du travailleur à exercer son emploi

Objectif

Décrire la démarche de détermination de la capacité du travailleur à exercer son emploi ainsi que les conséquences s'y rattachant.

Cadre juridique

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), articles 44, 46 à 48, 57, 132, 224, 224.1, 233.

Résumé de la politique

Il appartient à la CSST de se prononcer sur la capacité du travailleur à exercer son emploi à la suite de sa lésion professionnelle. La détermination de la capacité de travail se fait en examinant la compatibilité entre les limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle et les exigences de l'emploi que le travailleur occupait au moment de la lésion.

Les conclusions de l'évaluation de la capacité de travail auront des conséquences sur la réintégration du travailleur dans son emploi chez son employeur, sur son droit au retour au travail, sur le droit à la réadaptation ou l'accès à des mesures de réadaptation professionnelle et le droit à l'indemnité de remplacement du revenu.

Énoncés de la politique

1. Présomption d'incapacité

Un travailleur a droit à l'indemnité de remplacement du revenu s'il devient incapable d'exercer son emploi en raison d'une lésion professionnelle. Tant que la lésion professionnelle dont il a été victime n'est pas consolidée, le travailleur est présumé incapable d'exercer son emploi et il a droit à l'indemnité de remplacement du revenu. Après la consolidation de la lésion professionnelle, cette présomption d'incapacité n'existe plus et il appartient à la CSST de se prononcer sur la capacité du travailleur à exercer son emploi.

[LATMP, article 44](#)

[LATMP, article 46](#)

Lorsque le travailleur réintègre son emploi alors que sa lésion professionnelle n'est pas encore consolidée, il s'agit d'un renversement de la présomption d'incapacité. Dès que la CSST est informée par l'employeur ou le travailleur que celui-ci a réintégré son emploi, il y a lieu de présumer de la capacité du travailleur à exercer son emploi et la CSST cesse le versement de l'indemnité de remplacement du revenu.

[LATMP, article 132](#)

2. Démarche d'évaluation de la capacité de travail

Pour procéder à l'analyse de la capacité de travail, la CSST est liée par les limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle, telles que décrites par le médecin qui a charge du travailleur ou par le membre du Bureau d'évaluation médicale, le cas échéant.

[LATMP, article 224](#)

[LATMP, article 224.1](#)

Lorsque la lésion professionnelle est consolidée et que le travailleur n'en garde aucune limitation fonctionnelle, cela permet de conclure sans autre évaluation que la capacité du travailleur est demeurée telle qu'elle était avant la lésion professionnelle.

En présence de limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle, la CSST doit analyser la capacité du travailleur à effectuer toutes les tâches de son emploi prélesionnel en examinant la compatibilité entre ces limitations fonctionnelles et les exigences de son emploi; cette analyse s'effectue dans le milieu de travail, le cas échéant. C'est à partir des résultats obtenus lors de cette analyse que la CSST rendra sa décision.

2.1 Informations médicales incomplètes ou contestées

Dans les cas où l'information sur les limitations fonctionnelles est incomplète ou imprécise, la CSST doit obtenir des précisions auprès du médecin qui a charge du travailleur avant d'analyser la capacité de travail. Si le médecin ne fournit pas l'information demandée, la CSST peut initier une procédure d'évaluation médicale. Cette procédure pourrait aussi s'appliquer lorsque l'employeur ou la CSST contestent les conclusions du médecin qui a charge sur les limitations fonctionnelles.

[Voir politique 7.02 Le recours au Bureau d'évaluation médicale](#)

2.2 Limitations fonctionnelles temporaires

Lorsque le médecin qui a charge émet des limitations fonctionnelles temporaires ou fait une recommandation de « travail léger » ou de « retour progressif en emploi », la CSST analyse les conséquences sur la reprise possible du travail. En collaboration avec le travailleur et son employeur, elle intervient pour favoriser la mise en place d'une assignation temporaire ou d'autres solutions provisoires de retour au travail qui respectent les recommandations du médecin qui a charge.

[Voir politique 3.06 L'assignation temporaire](#)

Si les limitations fonctionnelles temporaires émises par le médecin qui a charge le sont pour une durée de plus de six mois, la CSST procède alors comme si ces limitations fonctionnelles étaient permanentes.

2.3 Maladies professionnelles pulmonaires

Dans les cas de maladie professionnelle pulmonaire, la CSST est liée par les constatations du comité spécial des présidents des comités des maladies professionnelles pulmonaires relativement aux limitations fonctionnelles. Aux fins de rendre une décision sur la capacité du travailleur à exercer son emploi, la CSST est également liée par les constatations de ce comité quant à la tolérance du travailleur à un contaminant (au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail) qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, une rechute ou une aggravation.

[LATMP, article 233](#)

2.4 Condition personnelle incapacitante

Il n'appartient pas à la CSST de réparer les conséquences d'une condition personnelle préexistante ou intercurrente (apparaissant en cours de traitement de la lésion professionnelle). Lorsque le travailleur est capable d'exercer son emploi en tenant compte uniquement des limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle, la CSST n'a pas à prendre en considération la condition personnelle incapacitante pour évaluer cette capacité de travail.

C'est uniquement lorsque le travailleur est incapable d'exercer son emploi à la suite de sa lésion professionnelle que la CSST doit considérer la globalité du travailleur. Dans ces situations, elle doit tenir compte des séquelles de la lésion professionnelle et des conditions personnelles incapacitantes établies par preuves médicales pour déterminer une nouvelle capacité de travail (emploi convenable). Toutefois, lorsqu'à elle seule la condition médicale personnelle est invalidante et fait en sorte que le travailleur est incapable d'exercer tout emploi, la CSST peut déterminer un emploi convenable en tenant compte uniquement des limitations fonctionnelles permanentes de la lésion professionnelle. Le travailleur est

alors soutenu dans une démarche visant à départager les responsabilités financières liées à son invalidité.

[Voir politique 3.05 La détermination de l'emploi convenable](#)

3. Conséquences de l'évaluation de la capacité de travail

3.1 Capacité et fin de l'indemnité de remplacement du revenu

Lorsque le travailleur redevient capable d'exercer son emploi, la CSST rend une décision à cet effet et le droit à l'indemnité de remplacement du revenu s'éteint, sous réserve de l'article 48 de la LATMP.

[LATMP, article 57](#)

3.2 Capacité et priorité de réintégration dans son emploi chez son employeur

Lorsqu'il est déclaré capable de refaire son emploi, le travailleur peut exercer son droit au retour au travail chez son employeur. En effet, même lorsqu'un employeur a remplacé le travailleur pendant l'absence de ce dernier, il doit lui préserver son poste et lui permettre de le réintégrer lorsque les conditions d'exercice du droit au retour au travail sont réunies : capacité confirmée et délai respecté.

[Voir politique 3.01 Le droit au retour au travail](#)

Si le délai d'exercice du droit au retour au travail est expiré et que l'employeur ne réintègre pas le travailleur, le versement de l'indemnité de remplacement du revenu se poursuit selon les conditions prévues par la Loi.

[LATMP, article 48](#)

3.3 Incapacité et droit à l'indemnité de remplacement du revenu

Si les limitations fonctionnelles permanentes résultant de la lésion professionnelle sont incompatibles avec les exigences du poste de travail, le travailleur est jugé incapable d'exercer son emploi et le droit à l'indemnité de remplacement du revenu se poursuit tant qu'il a besoin de réadaptation pour redevenir capable d'exercer son emploi ou pour devenir capable d'exercer à plein temps un emploi convenable.

[LATMP, article 47](#)

[Voir politique 3.05 La détermination de l'emploi convenable](#)

Numéro	3.04
Thème	RÉINSERTION PROFESSIONNELLE
Objet	Les limitations fonctionnelles sans pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

Certains travailleurs conservent des limitations fonctionnelles permanentes sans avoir de pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique; la présente politique précise les mesures de réadaptation qui leur sont offertes.

Cadre juridique et références :

. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 2 ,44, 47, 48, 49, 184 (5°) et 354.

Public cible :

- Le travailleur ayant subi une lésion professionnelle qui ne se traduit pas par un pourcentage d'atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique, mais qui présente des limitations fonctionnelles permanentes, au sens de la définition reconnue par la Commission et dans la mesure où ces limitations sont consécutives à la lésion professionnelle subie (voir la définition en annexe 1 de la présente politique).

Énoncé de la politique :

- Le travailleur victime d'une lésion professionnelle a droit à une indemnité de remplacement du revenu s'il devient incapable d'exercer son emploi à cause de cette lésion. La Commission ayant la responsabilité d'apprécier à son mérite la capacité du travailleur à reprendre son emploi, il faut vérifier dans un premier temps, si la lésion a causé des limitations fonctionnelles permanentes. À cet égard, la Commission est liée par l'opinion du médecin qui a charge en ce qui a trait aux limitations fonctionnelles.

- Par la suite, la Commission intervient pour permettre au travailleur de réintégrer son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent ou d'exercer un emploi convenable, et ce :

- . en lui accordant le support nécessaire à l'exercice du droit au retour au travail,
- . en utilisant au besoin les mesures nécessaires de réadaptation professionnelle,
- . et le cas échéant, en déterminant un emploi convenable selon l'approche concentrique de la main-d'oeuvre.

Développement :

L'intervention se réalise selon la séquence suivante :

1. L'analyse systématique de l'information médicale pour confirmer l'existence de **limitations fonctionnelles permanentes résultant de la lésion professionnelle**. Il faut que les limitations fonctionnelles soient réelles et qu'elles résultent de la lésion pour que le travailleur soit admissible; ce sera le cas, à la limite, lorsque la lésion rend symptomatique la condition personnelle du travailleur. La Commission est liée par le rapport du médecin qui a charge, sous réserve d'une contestation devant le Bureau d'évaluation médicale (voir la politique 7.02 *Le Bureau d'évaluation médicale*).

2. La référence en réadaptation selon l'article 184 (5°) de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles de ces travailleurs qui éprouvent des problèmes de retour au travail liés à la lésion.

- . La Commission vérifie d'abord la capacité du travailleur à reprendre son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent (voir la politique 3.03 *La détermination de la capacité du travailleur à exercer son emploi ou un emploi équivalent*).
- . Ensuite, la Commission offre les mesures nécessaires de réadaptation professionnelle pour faciliter au travailleur la réintégration à son emploi ou, s'il n'existe plus, à un emploi équivalent.
- . Si cela s'avère impossible, la Commission doit, dans un deuxième temps, déterminer un emploi convenable, si elle évalue que les limitations fonctionnelles empêchent le travailleur de reprendre son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent (voir la politique 3.05 *La détermination de l'emploi convenable*).

Il est important de retenir que le pouvoir général et discrétionnaire qu'accorde l'article 184 (5°) à la Commission permet d'offrir les mesures nécessaires de réadaptation professionnelle afin de réparer les conséquences de la lésion que le travailleur a subie. Cependant, il ne s'agit pas d'accorder le droit à un plan individualisé de réadaptation si le travailleur n'a pas de pourcentage d'atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique.

Une décision écrite, motivée et notifiée aux intéressés, précisant les mesures de réadaptation retenues doit être rendue, afin de permettre aux parties d'en demander la révision et d'en appeler s'il y a lieu.

ANNEXE 1

Définition de la limitation fonctionnelle

Une limitation fonctionnelle correspond à toute réduction ou restriction (résultant d'une lésion professionnelle), de la capacité physique ou psychique d'accomplir certaines activités ou de subir certains effets. Une limitation fonctionnelle s'objective ou se traduit par l'incapacité du travailleur d'exécuter certains mouvements, de prendre certaines positions, de garder certaines postures ou de subir certaines contraintes dans des conditions quantifiables.

Une limitation fonctionnelle peut être totale ou partielle, permanente (voir la politique 3.04 *Les limitations fonctionnelles sans pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP)* ou la politique 4.01 *L'admissibilité en réadaptation*) ou temporaire (voir la politique 3.03 *La détermination de la capacité du travailleur à exercer son emploi ou un emploi équivalent*).

À titre d'exemples

Lésions professionnelles de la colonne cervicale, dorsale, lombaire ou des membres inférieurs.

Activités

- . Exécuter des mouvements de **flexion**, d'**extension** ou de **torsion** (préciser le segment articulaire en cause et la fréquence du mouvement)
- . **soulever, porter, pousser** ou **tirer** des charges en position confortable (préciser le poids maximal de la charge et la fréquence du mouvement)
- . exercer des activités en position **penchée, accroupie** ou **instable**
- . garder la **même posture** (en préciser la nature et la durée)
- . **monter, descendre** des escaliers (préciser la fréquence du mouvement et le nombre de marches)
- . **marcher** sur terrain accidenté ou glissant
- . **ramper, grimper**
- . subir des **vibrations** ou **contrecoups** à la colonne (en préciser la nature)
- . **autres**

Lésions professionnelles aux membres supérieurs

Activités

- . exécuter des mouvements de **flexion**, d'**extension**, de **latéralité** ou de **rotation** (épaule, coude, poignet)
- . garder le bras en position statique d'**élévation** ou d'**abduction** ou autre position (décrire la position et en préciser la durée)

- . **soulever, porter** des charges en position confortable (préciser le poids maximal de la charge et la fréquence du mouvement)
- . **lever** le bras plus haut que les épaules (préciser la fréquence et la durée du mouvement)
- . exécuter des **mouvements répétitifs** (spécifier l'articulation et la fréquence du mouvement)
- . **prendre, tenir, serrer** (préciser l'amplitude et la puissance de la préhension)
- . **pousser, presser, appuyer** (préciser la fréquence et l'intensité du mouvement), **tirer** ou **lancer** (préciser la fréquence du mouvement et le poids de la charge), **s'accrocher, s'agripper** (préciser la fréquence et la durée du mouvement)
- . exécuter des activités qui demandent de la **précision** ou de la **dextérité** manuelle
- . **manipuler** ou **saisir** des objets du bout des doigts
- . exécuter des **mouvements rapides** des doigts ou des mains
- . subir des **vibrations** ou **contrecoups** (en préciser la nature)
- . s'exposer au **froid**
- . **autres**

* Extrait de l'avis mis à jour du formulaire d'évaluation médicale produit par la Direction des services médicaux, le 30 août 1988.

Numéro	3.05
Thème	RÉINSERTION PROFESSIONNELLE
Objet	La détermination de l'emploi convenable
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour objet de décrire les conditions et la démarche nécessaires pour déterminer l'emploi convenable du travailleur incapable d'exercer son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent en raison des limitations fonctionnelles découlant de sa lésion professionnelle.

Cadre juridique et références :

. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 2, 47, 49, 50, 53, 169 à 172, 176, 178, 181, 236, 239, 240 et 354.

Public cible :

- Le travailleur dont l'intégrité physique ou psychique est atteinte de façon permanente et qui est incapable de reprendre son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent.

Énoncé de la politique :

- La détermination de l'emploi convenable a pour double objectif d'utiliser au maximum (optimiser) la capacité de travail et de protéger la capacité de gains du travailleur.
- Lorsque le travailleur est incapable, par suite de sa lésion, de reprendre son emploi ou, s'il n'existe plus, d'exercer un emploi équivalent et qu'aucune mesure de réadaptation ne peut le rendre capable de les exercer, le conseiller doit déterminer un emploi convenable pour le travailleur, prioritairement chez son employeur ou, si cela n'est pas possible, ailleurs sur le marché du travail.
- C'est avec la collaboration du travailleur que la Commission évalue les caractéristiques de l'emploi convenable ainsi que le salaire qu'il peut en retirer.

Développement :

1. CARACTÉRISTIQUES DE L'EMPLOI CONVENABLE

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

Pour qu'un emploi soit convenable, il faut qu'il réponde aux cinq (5) caractéristiques suivantes. L'absence de l'une ou l'autre de ces caractéristiques fait en sorte que l'emploi identifié ne peut être déterminé comme un emploi convenable.

1.1 Un emploi approprié

Un emploi est approprié lorsqu'il convient au travailleur. La détermination de cet emploi est une démarche personnalisée, qui tient compte, dans la mesure du possible, de la réalité du

travailleur, c'est-à-dire de ses caractéristiques personnelles, des conditions de travail acquises, (ex.: travail de jour, travail de soir) et de sa capacité de gains.

1.2 L'utilisation des capacités résiduelles du travailleur

La notion de capacités résiduelles concerne les capacités physiques et psychiques du travailleur, une fois sa réadaptation achevée. Elle représente en fait ce qu'il est en mesure d'accomplir. À noter que la Commission est liée par l'opinion du médecin qui a charge en ce qui concerne les limitations fonctionnelles et l'atteinte permanente que le travailleur garde de sa lésion.

1.3 L'utilisation des qualifications professionnelles du travailleur

Un travailleur victime d'une lésion professionnelle ne perd pas de ce fait son expérience et la compétence acquises par son travail ou par sa formation académique, pas plus qu'il ne les utilisait toutes dans l'emploi où il a subi sa lésion.

Dans un premier temps, les **éléments compatibles et transférables de son expérience** sont privilégiés dans la détermination de l'emploi convenable. C'est pourquoi le conseiller en réadaptation applique une approche concentrique de main-d'oeuvre, dans laquelle le centre, point de départ de la démarche, correspond à l'emploi exercé au moment de la lésion. L'objectif est de trouver une solution appropriée se situant le plus près possible de ce point central.

1.4 La possibilité raisonnable d'embauche, une notion différente de celle d'un emploi disponible

La notion de possibilité raisonnable d'embauche fait appel à la notion d'employabilité, ce qui signifie la possibilité pour le travailleur d'occuper l'emploi déterminé comme convenable. **Le conseiller en réadaptation ne peut garantir au travailleur qu'il occupera à coup sûr l'emploi convenable** dès qu'il sera en mesure de l'exercer. Toutefois, l'objectif premier de la démarche est de munir le travailleur pour qu'il retourne sur le marché du travail et qu'il y reste. Le conseiller doit avoir considéré la possibilité raisonnable d'embauche que cet emploi présente.

Lorsque l'employeur n'a pas d'emploi convenable disponible, le conseiller en réadaptation **avec la collaboration du travailleur**, recherche des solutions valables et réalistes dans la région où habite celui-ci. Toutefois, si la tentative est infructueuse, il a le devoir de déterminer **pour** le travailleur un emploi convenable pour lequel il existe une possibilité raisonnable d'embauche en respectant la progression géographique la plus compatible possible avec le milieu d'origine du travailleur et menant, le cas échéant, au niveau provincial. Vu sous cet angle, on doit tenir compte de l'enracinement du travailleur dans une région, des liens sociaux de ce dernier, de sa mobilité, des moyens de transport disponibles, de ses obligations à l'égard de sa famille, de l'activité économique d'une région, etc. Ainsi, le conseiller en réadaptation privilégie une solution dans la région du travailleur avant d'entrevoir un emploi convenable ailleurs.

1.5 Sans danger pour la santé, la sécurité ou l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion

Enfin, le conseiller en réadaptation doit s'assurer que l'emploi convenable déterminé ne comporte pas de danger particulier pour le travailleur compte tenu de sa lésion et ce, afin de prévenir une récurrence, une rechute ou une aggravation.

2. DÉMARCHES PRÉALABLES

Avant de déterminer l'emploi convenable, le conseiller en réadaptation vérifie la capacité du travailleur de reprendre son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent. Cette vérification se fait notamment en comparant les limitations fonctionnelles décrites par le médecin qui a charge avec les exigences du poste de travail (voir la politique 3.03 *La détermination de la capacité du travailleur à exercer son emploi ou un emploi équivalent*).

Si le retour du travailleur à son emploi ou, s'il n'existe plus, à un emploi équivalent est compromis, le conseiller en réadaptation examine, avec la collaboration du travailleur et de son représentant, après consultation de l'employeur, si des mesures de réadaptation appropriées peuvent aider ce travailleur à reprendre son emploi ou un emploi équivalent.

3. EMPLOI CONVENABLE CHEZ SON EMPLOYEUR

Lorsqu'aucune mesure de réadaptation ne peut rendre le travailleur capable d'exercer son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent, le conseiller en réadaptation détermine, après consultation de l'employeur, du travailleur et de son représentant, l'existence d'un emploi convenable chez cet employeur, et son accessibilité avant l'échéance du délai pour l'exercice du droit au retour au travail. Par la suite, il informe le travailleur, son représentant et l'employeur de la possibilité, le cas échéant, qu'une mesure de réadaptation rende ce travailleur capable d'exercer cet emploi avant l'échéance du délai d'exercice de son droit au retour au travail.

La Commission privilégie la détermination d'un emploi convenable chez l'employeur, même si les frais sont plus élevés que dans le cas d'un emploi convenable chez un autre employeur.

Le conseiller en réadaptation, le travailleur et son représentant aident l'employeur à identifier un emploi convenable disponible. **Celui-ci doit répondre aux cinq caractéristiques de l'emploi convenable.** Pour faciliter cette démarche, le conseiller en réadaptation peut fournir une description des capacités et de la compétence du travailleur ainsi que de ses limitations fonctionnelles. Le travailleur et son représentant peuvent faire la revue des emplois **convenables** qu'ils connaissent dans l'entreprise afin d'identifier ceux que le travailleur pourrait exercer. L'employeur doit offrir au travailleur l'emploi convenable disponible dans le cadre de l'exercice du droit au retour au travail. S'il ne le fait pas, le travailleur peut utiliser la procédure de griefs prévue par sa convention collective ou, à défaut, demander l'intervention du comité de santé et de sécurité ou de la Commission.

Enfin, **lorsqu'une solution d'emploi convenable a déjà été envisagée et qu'un autre** emploi convenable correspondant aux capacités du travailleur est disponible à l'intérieur du délai d'exercice de son droit au retour au travail, le conseiller doit **s'assurer que l'emploi identifié correspond aux caractéristiques de l'emploi convenable.** Dans ce cas, la Commission doit analyser, avec le travailleur, les deux solutions d'emploi convenable envisagées.

Dans tous ces cas, la Commission doit rendre une décision écrite, motivée et notifiée aux intéressés dans les plus brefs délais. Dans le cas où la Commission rend une décision à l'effet que l'emploi offert par l'employeur est l'emploi convenable, si le travailleur refuse sans raison valable d'occuper cet emploi convenable, l'indemnité de remplacement du revenu sera alors réduite comme prévu à l'article 49.

4. EMPLOI CONVENABLE AILLEURS SUR LE MARCHÉ DU TRAVAIL

Lorsqu'aucune mesure de réadaptation ne peut rendre le travailleur capable d'exercer son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent et que son employeur n'a aucun emploi convenable disponible, la Commission en informe le travailleur et l'employeur, et le travailleur peut alors

bénéficier de services d'évaluation de ses possibilités professionnelles (voir la politique 4.05 *Les services professionnels en réadaptation*) en vue de l'aider à déterminer un emploi convenable qu'il pourrait exercer ailleurs sur le marché du travail. Cette évaluation se fait notamment en fonction de sa scolarité, de son expérience, de ses capacités fonctionnelles et du marché du travail.

5. ESTIMATION DU REVENU ANTICIPÉ D'EMPLOI CONVENABLE

Lorsque l'emploi convenable est déterminé, le conseiller en réadaptation procède à l'estimation du revenu anticipé de cet emploi convenable. Cette démarche est requise pour permettre au travailleur et à l'employeur de bien comprendre les enjeux du processus de réadaptation. Enfin, ce revenu anticipé de l'emploi convenable devrait **idéalement** faire l'objet d'un consensus avec le travailleur, et la Commission en informe les parties.

Par la suite, le conseiller en réadaptation, avec la collaboration du travailleur et dès qu'il devient capable d'exercer à plein temps l'emploi convenable identifié, doit déterminer le revenu net retenu du travailleur dans l'exercice de cet emploi (voir la politique 2.04 *Le revenu de l'emploi convenable*).

Enfin, il est à noter que certains cas particuliers peuvent survenir :

- emploi saisonnier

Lorsque l'emploi convenable est saisonnier, il faut pour en déterminer le revenu, considérer le nombre de mois habituels de travail des travailleurs de même catégorie occupant un emploi semblable dans le même établissement ou la même région et les revenus d'autres sources, tels un second emploi prévisible ou l'assurance-emploi.

- emploi non salarié

Dans le cas où le travailleur est réadapté dans un emploi non salarié (agriculteur, commerçant, artisan, travailleur rémunéré à la commission, propriétaire d'entreprise) (voir la politique 4.11 *Les subventions*), le revenu anticipé peut difficilement s'appuyer uniquement sur la parité relative avec d'autres travailleurs du même domaine. Le revenu de ce genre de travailleurs est ainsi fonction d'autres facteurs, tels la productivité (capacité physique, motivation), la capacité de production (outillage, petite ou grande échelle) et le marché (concurrence, offre et demande). C'est donc sur la base d'une étude particulière et approfondie à laquelle participe le travailleur qu'est déterminé le revenu anticipé de l'emploi convenable dans ces cas.

6. CAS PARTICULIERS

6.1 Emploi convenable saisonnier, à durée déterminée, ou non salarié

Quelles qu'aient été les caractéristiques de l'emploi occupé au moment de la lésion, il est possible de déterminer un emploi convenable dont les conditions sont différentes de celles d'un emploi occupé par un salarié à plein temps ayant un contrat de travail à durée indéterminée. En effet, dans certains emplois, il est courant que des périodes de travail alternent avec le chômage en raison du climat, des nécessités de production ou des variations de l'activité économique. À titre d'exemple, les travailleurs de la pêche, du bois et du commerce connaissent bien cette réalité liée à la profession et non à la capacité du travailleur. **Le travailleur doit néanmoins être capable d'exercer l'emploi convenable à plein temps.**

L'emploi convenable peut aussi être déterminé en fonction d'une activité professionnelle autonome. C'est le cas, entre autres, lorsque la Commission verse une subvention au

travailleur pour créer et gérer une entreprise qui constitue un emploi convenable (voir la politique 4.11 *Les subventions*).

6.2 Travailleur sans emploi

Un des objectifs de la loi est de sauvegarder la capacité de gains du travailleur victime d'une lésion professionnelle.

Dans le cas du travailleur prestataire de l'*assurance-emploi* ou de *la sécurité du revenu* et qui est victime d'une aggravation avec augmentation de l'atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique, il importe d'évaluer si cette aggravation influence sa capacité de réinsertion professionnelle. Le conseiller en réadaptation considère le dernier emploi habituel que le travailleur a occupé avant l'aggravation *ou l'emploi convenable qui lui a déjà été déterminé* et vérifie si celle-ci limite la capacité du travailleur d'exercer à nouveau cet emploi. Dans l'affirmative, il met en oeuvre un plan individualisé de réadaptation pour l'aider à réintégrer cet emploi ou pour déterminer un emploi convenable qu'il pourrait exercer.

6.3 Travailleur visé par l'article 53

L'article 53 accorde au travailleur le droit de recevoir une pleine indemnité de remplacement du revenu, tant qu'il n'occupe pas un nouvel emploi ou un emploi convenable disponible chez son employeur ou refuse sans raison valable d'occuper cet emploi convenable.

Cet article s'applique au travailleur qui satisfait aux trois (3) conditions suivantes :

- 1° il est victime d'une maladie professionnelle alors qu'il est âgé d'au moins 55 ans ou d'une autre lésion professionnelle alors qu'il est âgé d'au moins 60 ans;
- 2° il subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique en raison de cette maladie ou de cette autre lésion;
et
- 3° il est décidé par la Commission qu'il est incapable d'exercer son emploi prélésionnel en raison de cette atteinte permanente.

Lorsque le travailleur satisfait à ces trois (3) conditions, la Commission vérifie d'abord si l'employeur a un emploi convenable disponible pour le travailleur. Dans la négative, la Commission évalue l'intérêt et la motivation du travailleur à reprendre un emploi rémunéré ailleurs sur le marché du travail et dans ce cas, elle lui offre les services de réadaptation.

Cependant, l'article 53 n'oblige pas le travailleur visé par cet article à occuper un emploi qui pourrait lui être proposé autre qu'un emploi convenable disponible chez l'employeur.

Le travailleur garde le droit de recevoir son indemnité de remplacement du revenu tant qu'il n'occupe pas un emploi convenable disponible chez son employeur ou refuse sans raison valable de l'occuper, ou tant qu'il n'occupe pas un nouvel emploi. Lorsqu'il occupe un emploi convenable chez son employeur ou refuse sans raison valable de l'occuper, il a droit à une indemnité réduite du revenu net retenu qu'il tire ou qu'il pourrait tirer de cet emploi convenable, déterminé conformément à l'article 50; lorsqu'il occupe un nouvel emploi, son indemnité de remplacement du revenu est réduite en vertu de l'article 52.

Lorsque ce travailleur occupe un emploi convenable disponible chez son employeur et que ce dernier met fin à cet emploi (manque de travail, fermeture d'usine, faillite, etc.) dans les deux ans suivant la date où le travailleur a commencé à l'exercer, celui-ci récupère son droit à l'indemnité de remplacement du revenu prévu par l'article 45 et aux autres prestations prévues par la loi.

La mise à pied «temporaire» (grève, lock-out, etc.) n'est pas visée ici, car le lien d'emploi n'est pas rompu. Lorsque le travailleur met lui-même fin à son lien d'emploi (par exemple, il démissionne), la disposition prévue au précédent paragraphe ne s'applique pas.

6.4 Travailleur retraité ou préretraité

Dans le cas du travailleur retraité ou préretraité qui n'est pas visé par l'article 53, le conseiller doit décider de son admission en réadaptation (voir la politique 4.01 *L'admissibilité en réadaptation*). S'il est admis, le conseiller élabore un plan individualisé de réadaptation (voir la politique 4.02 *Le plan individualisé de réadaptation*). Si le travailleur omet ou refuse de se prévaloir des mesures de réadaptation que prévoit le plan, la Commission peut réduire ou suspendre le paiement de son indemnité de remplacement du revenu (voir la politique 2.03 *La réduction, la suspension et la cessation de l'indemnité de remplacement du revenu*).

6.5 Emploi convenable à temps partiel

Un emploi à temps partiel peut être considéré comme un emploi convenable, lorsque le travailleur au moment de sa lésion professionnelle occupait déjà un emploi à temps partiel, qu'il désire continuer d'occuper un emploi à temps partiel et si :

1. Le travailleur est capable d'exercer l'emploi convenable à plein temps (c'est-à-dire avoir retrouvé une pleine capacité de travail), et
2. Cet emploi respecte les conditions de travail antérieures à la lésion professionnelle, c'est-à-dire :
 - a) s'il correspond au minimum, au même nombre de jours de travail que le travailleur effectuait au moment de sa lésion professionnelle, ou au même nombre de jours de disponibilité pour le travailleur sur appel;
 - b) s'il traduit la capacité de gains qu'avait le travailleur au moment de sa lésion.
3. Cet emploi respecte l'ensemble des critères de l'emploi convenable (article 2).

Par exemple, un travailleur qui, par choix, travaille depuis plusieurs années trois (3) jours par semaine, pourra se voir déterminer un emploi convenable à temps partiel trois (3) jours semaine, de sorte qu'il pourra continuer de travailler à temps partiel comme il l'a toujours désiré.

7. DÉCISION

Dès que le conseiller en réadaptation estime que le travailleur est devenu capable d'exercer à plein temps un emploi convenable, il doit rendre à cet effet, une décision écrite, motivée et notifiée aux intéressés.

Cette décision doit indiquer la nature de l'emploi convenable que le travailleur est devenu capable d'exercer à plein temps, la date à laquelle il est devenu capable de l'exercer, ainsi que le revenu net retenu qu'il pourrait en tirer (voir la politique 2.04 *Le revenu de l'emploi convenable*). Si cet emploi convenable n'est pas disponible, la décision doit préciser que le travailleur a droit à l'indemnité de remplacement du revenu prévue à l'article 45 jusqu'à ce qu'il occupe cet emploi ou jusqu'à ce qu'il le refuse sans raison valable, mais pendant au plus un an à compter de la date où il devient capable de l'exercer.

Numéro	3.06
Thème	RÉINSERTION PROFESSIONNELLE
Objet	L'assignation temporaire
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

L'assignation temporaire permet à l'employeur d'assigner temporairement un travail à un travailleur, même si sa lésion n'est pas consolidée en attendant qu'il redevienne capable d'exercer son emploi ou qu'il devienne capable d'exercer un emploi convenable et ce, dans la mesure où le médecin qui a charge y consent.

L'assignation temporaire est donc un moyen qui doit favoriser la réadaptation du travailleur en réduisant la durée d'absence de son milieu de travail. La présente politique précise le rôle des responsables, la nature de l'assignation temporaire et ses modalités d'application.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 52, 142 (2°), 179, 180, 184 (5°), 253, 268, 278 et 354.
- . Loi sur la santé et la sécurité du travail, articles 37 à 37.3.

Public cible :

- Le travailleur dont la lésion n'est pas encore consolidée, mais qui peut remplir d'autres fonctions chez son employeur.
- Le travailleur dont la lésion est consolidée, mais qui est toujours incapable d'exercer son emploi, ou qui n'est pas encore capable d'exercer un emploi convenable.

Énoncé de la politique :

- La mise en oeuvre d'une assignation temporaire est le fait de l'employeur, du travailleur, et du médecin qui a charge de ce dernier.
- La Commission fournit aux responsables l'information nécessaire pour qu'ils procèdent correctement à l'assignation, et elle s'assure, lorsque saisie d'une demande, que cette assignation respecte les conditions édictées dans la loi. En cas de désaccord de la part du travailleur, la Commission peut être amenée à rendre une décision.

Développement :

L'assignation temporaire est un droit que la loi confère à l'employeur.

1. NATURE DU TRAVAIL ASSIGNÉ TEMPORAIREMENT

Dans tous les cas, le travail assigné doit être une activité productive qui concourt directement aux fins de l'entreprise.

Le travail assigné doit être différent du travail exécuté au moment de la lésion.

Il peut s'agir du même emploi temporairement modifié, c'est-à-dire que le travailleur exécute le même travail, à l'exception de certaines tâches déterminées par le médecin qui en a charge ou

avec un horaire adapté. La charge, le rythme, l'intensité du travail peuvent également être réduits, selon l'avis du médecin qui a charge du travailleur.

Le travail assigné peut également être tout autre, y compris la possibilité que soit offert au travailleur un ensemble de tâches normalement exécutées à différents postes.

Le travail assigné peut être accompli à plein temps ou à temps partiel.

2. APPLICATION

2.1 Conditions préalables

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

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

2.2 Accord du médecin qui a charge du travailleur

L'accord du médecin qui a charge du travailleur est **préalable et obligatoire** pour que l'employeur assigne temporairement un travail à un travailleur.

Les échanges d'information entre l'employeur et le médecin qui a charge du travailleur peuvent être verbaux mais, à des fins de preuve, la Commission met à leur disposition un formulaire d'assignation temporaire.

Par ailleurs, la loi ne prévoit aucun recours lorsque le médecin qui a charge néglige ou refuse de se prononcer sur l'assignation temporaire, de même que l'employeur et la Commission ne peuvent contester l'opinion du médecin qui a charge à ce sujet.

2.3 Salaire et avantages

Que le travail temporairement assigné s'accomplisse à plein temps ou à temps partiel, l'employeur doit verser le salaire et les avantages liés à l'emploi que le travailleur occupait lorsque s'est manifestée sa lésion professionnelle et **dont il bénéficierait s'il avait continué à l'occuper.**

Si le salaire et les avantages de son emploi habituel sont modifiés pendant que le travailleur est en assignation temporaire, il bénéficie de ces changements comme s'il occupait normalement son emploi.

2.4 Avis à la Commission

Lorsque l'employeur procède à l'assignation temporaire, il avise la Commission de la date du début et de la durée de cette assignation. Ceci permet à la Commission de réduire l'indemnité de remplacement du revenu du travailleur considérant que l'employeur est tenu de verser le plein salaire au travailleur temporairement assigné à un travail. La Commission cesse alors d'imputer les coûts de l'indemnité de remplacement du revenu à l'employeur, puisqu'aucune indemnité de remplacement du revenu ne sera versée tant que le travailleur

sera temporairement assigné. Le travailleur transmet également ces renseignements à la Commission.

Par ailleurs, soulignons que l'employeur est obligé d'inscrire au registre des accidents, tout fait accidentel qui n'a pas fait l'objet d'un *Avis de l'employeur et demande de remboursement* à la CSST.

3. DÉSACCORD DU TRAVAILLEUR

Lorsque, malgré l'avis du médecin qui en a charge, un travailleur est en désaccord avec l'assignation temporaire projetée, il peut se prévaloir des modalités de contestation prévues aux articles 37 à 37.3 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

3.1 Si le travailleur se prévaut des modalités de contestation prévues

Dans ce cas, le travailleur n'est pas tenu de faire le travail que lui assigne l'employeur, tant que le rapport du médecin qui en a charge n'est pas confirmé par une décision finale.

Les étapes prévues par la Loi sur la santé et la sécurité du travail sont les suivantes :

- le travailleur demande au comité de santé et de sécurité de l'établissement, formé en vertu de la loi, ou à défaut de comité, au représentant à la prévention et à l'employeur, d'examiner et de décider de la question.

Ces personnes doivent prendre avis auprès du médecin responsable des services de santé de l'établissement choisi et nommé selon l'article 117 et suivants de la Loi sur la santé et la sécurité du travail ou, à défaut de celui-ci, avec le chef du département de santé communautaire du territoire où se trouve l'établissement;

- en l'absence d'un comité de santé et de sécurité et d'un représentant à la prévention, le travailleur peut adresser directement sa demande au bureau de la Commission de la région où est situé son domicile, et celle-ci rend sa décision dans les 20 jours de la demande du travailleur;
- si le travailleur ou l'employeur se croit lésé par la décision du comité de santé et de sécurité ou, à défaut, par celle du représentant à la prévention et de l'employeur ou, à défaut, par celle de la Commission, il peut, dans les 10 jours de la notification de cette décision, en demander la révision.

La Commission étudie **d'urgence** la demande;

- le travailleur ou l'employeur qui se croit lésé par une décision rendue par la Commission conformément aux articles 358.1, 358.2, 358.3, 358.4 et 358.5 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles concernant l'assignation temporaire d'un travail peut dans les 10 jours de sa notification, en interjeter appel devant la Commission des lésions professionnelles.

Au cas où la **décision finale** de la Commission ou de la Commission des lésions professionnelles confirme l'avis du médecin qui a charge, le travailleur doit faire le **travail qui lui est assigné**. Dans ce cas, le travailleur n'a pas à rembourser l'indemnité de remplacement du revenu reçue pour la période entre son refus et la décision finale (voir la politique 2.05 *Le recouvrement des prestations versées en trop au travailleur ou à ses bénéficiaires*). S'il refuse sans raison valable, la Commission peut suspendre son indemnité

de remplacement du revenu (voir la politique 2.03 *La réduction, la suspension et la cessation de l'indemnité de remplacement du revenu*).

3.2 Si le travailleur omet ou refuse l'assignation temporaire et ne se prévaut pas des modalités de contestation prévues

Lorsque le travailleur omet ou refuse d'occuper le poste qui lui est temporairement assigné par son employeur, la Commission doit examiner l'opportunité de suspendre l'indemnité de remplacement du revenu en vertu de l'article 142 (2^o) de la loi. À cette fin, elle doit s'assurer que l'assignation temporaire a été valablement faite, et si tel est le cas, s'assurer que le travailleur l'a contestée. S'il ne l'a pas contestée, elle doit vérifier si le travailleur a des motifs raisonnables justifiant son omission ou son refus. S'il y a lieu, elle rend une décision écrite, motivée et notifiée, pour suspendre l'indemnité de remplacement du revenu du travailleur. S'il y a suspension, elle s'applique immédiatement, jusqu'à la date où le travailleur se prévaudra des modalités de contestation prévues à l'article 37 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, ou jusqu'à ce qu'il occupe l'emploi.

4. L'ASSIGNATION TEMPORAIRE ET LE DROIT AU RETOUR AU TRAVAIL

L'assignation temporaire n'interrompt pas la période d'absence continue du travailleur des suites de sa lésion, eu égard à l'application du droit au retour au travail. En effet, au sens de l'application de ce droit, la période d'absence du travailleur se poursuit tant qu'il n'est pas de retour dans son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent ou dans un emploi convenable chez son employeur, ce qui n'est pas le cas lors de l'assignation temporaire d'un travail.

Numéro	3.07
Thème	RÉINSERTION PROFESSIONNELLE
Objet	La limite des responsabilités de la CSST par rapport aux conditions extrinsèques à la lésion professionnelle
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique précise la limite des responsabilités de la Commission en matière de réadaptation relativement aux aléas du marché du travail, à un choix personnel du travailleur, à une condition personnelle et à une caractéristique personnelle.

Cadre juridique et références :

. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 1, 2, 44, 49, 142, 145, 183.

Public cible :

- Le travailleur admis en réadaptation.

Énoncé de la politique :

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles a pour objet la réparation des conséquences de la lésion professionnelle.

Il n'appartient cependant pas à la Commission de compenser ou de réparer les conséquences dues :

- aux aléas du marché du travail (une récession, une hausse du taux de chômage provinciale ou régionale, des mises à pied massives, etc.);
- aux conditions extrinsèques à la lésion (une condition, une caractéristique et un choix personnels).

La Commission a toutefois la responsabilité de s'assurer que l'emploi déterminé répond aux caractéristiques de l'emploi convenable dont le respect des limitations fonctionnelles liées à la lésion professionnelle, la capacité de gains du travailleur et une possibilité raisonnable d'embauche qui se situe à la limite, au niveau provincial.

Développement :

1. LES ALÉAS DU MARCHÉ DU TRAVAIL

Les aléas du marché du travail affectent l'ensemble de la main-d'oeuvre québécoise et non seulement les travailleurs ayant subi une lésion professionnelle. Il n'appartient donc pas à la Commission de compenser leurs effets.

Toutefois, la Commission a la responsabilité de s'assurer que l'emploi convenable retenu présente une possibilité raisonnable d'embauche.

La LATMP ne précise aucunement la portée de la caractéristique "possibilité raisonnable d'embauche". Il est toutefois raisonnable de croire que cette caractéristique n'a pas pour objet la discrimination positive des travailleurs ayant subi une lésion professionnelle par rapport à l'ensemble de la main-d'oeuvre.

Aussi la Commission considère-t-elle que :

- La possibilité raisonnable d'embauche se situe à la limite, au niveau provincial.

Cela signifie que la Commission évalue d'abord si l'emploi potentiellement convenable présente une possibilité raisonnable d'embauche dans la localité du travailleur. Si toutefois, le seul emploi potentiellement convenable ne présente pas une possibilité raisonnable d'embauche dans sa localité mais en présente une à l'échelle régionale ou provinciale, cet emploi sera l'emploi qui sera retenu comme convenable. Si le travailleur décide de ne pas effectuer de recherche d'emploi là où l'emploi présente une possibilité raisonnable d'embauche, il s'agit là d'un choix personnel que le travailleur doit assumer comme tout autre travailleur québécois.

- Les raisons pouvant mener à la conclusion que l'emploi envisagé ne présente pas une possibilité raisonnable d'embauche sont que:
- l'emploi présente une mauvaise perspective d'emploi, la Commission s'en réfère aux définitions et aux études produites par les Ministères de l'emploi et de la solidarité (MES) et du Développement des ressources humaines du Canada (DRHC).

Ainsi, lorsque le MES indique que l'emploi présente à court terme une mauvaise perspective d'emploi aux niveaux local, régional et provincial et que le DRHC considère que l'emploi présente une très faible possibilité d'emploi aux niveaux local, régional et provincial, la Commission conclut que l'emploi n'a pas une possibilité raisonnable d'embauche.

- l'emploi est désuet, c'est-à-dire qu'à cause des changements technologiques (robotisation, informatisation et autres), cet emploi est en voie de disparition.
- l'emploi est contingenté, lorsque l'émission des cartes de compétence est restreinte par l'organisme responsable. Cette information est disponible à la Commission de la construction du Québec.

2. LE CHOIX DU TRAVAILLEUR

La réadaptation rendue nécessaire suite à une lésion professionnelle doit être considérée aussi sérieusement et impliquer aussi assidûment la participation du travailleur que s'il était en emploi.

Il peut toutefois se présenter des situations où le travailleur décide malgré tout d'effectuer des choix personnels (voyages, vacances prolongées, retraite, etc.), et ce, au moment où débute la mise en oeuvre du plan individualisé de réadaptation.

Lorsque le choix du travailleur n'entrave en aucune manière la mise en oeuvre du PIR et n'entraîne aucun délai sur la prise de décision, la Commission n'intervient pas.

Lorsque les choix personnels du travailleur retardent la réalisation du PIR, sans pour autant compromettre sa réalisation, la Commission suspend l'indemnité de remplacement du revenu (article 142) le temps où le travailleur exerce ses choix personnels.

Ultimement, si les choix personnels du travailleur compromettent la réalisation du PIR, la Commission statue, si c'est possible, sur un emploi convenable que le travailleur pourrait exercer dans l'immédiat, c'est-à-dire qui ne nécessite pas l'application de mesures. Dans ces cas, les articles 49.1 ou 49.2 s'appliquent selon que l'emploi est disponible ou non.

S'il est impossible de déterminer un emploi convenable que le travailleur peut exercer dans l'immédiat et ce, dans le respect de la solution appropriée la plus économique, la Commission

élabore seule le PIR, si ce n'est déjà fait. Dans ce cas, si le travailleur omet ou refuse de se prévaloir d'une mesure prévue à son plan, la Commission suspend l'IRR.

3. LA CONDITION PERSONNELLE

En matière de réadaptation, le principe de base est à l'effet de considérer l'état du travailleur au moment de la lésion professionnelle, c'est-à-dire au point de départ de la démarche de compensation des conséquences de la lésion.

Ainsi, lors de la détermination de l'emploi convenable, la Commission tient compte de la condition globale du travailleur telle qu'elle se présentait, **au moment de la lésion professionnelle**, avec toutes les limitations fonctionnelles qui y sont associées. Donc, il peut s'agir autant des limitations fonctionnelles découlant d'une condition personnelle préexistante, d'une maladie intercurrente dont l'apparition ou l'exacerbation est liée à la lésion ou à son aggravation, que celles découlant de la lésion professionnelle.

Exemple

- *Une travailleuse paraplégique ne peut plus exercer son emploi de téléphoniste-réceptionniste en raison de la lésion professionnelle alors, la Commission tient compte de la condition personnelle préexistante, soit la paraplégie.*

Par ailleurs, il n'appartient pas à la Commission de réparer les conséquences d'une condition personnelle qui se présenterait une fois amorcée la mise en oeuvre du plan individualisé de réadaptation. En pareille circonstance, l'emploi convenable n'aurait donc pas à tenir compte de ces nouvelles limitations fonctionnelles non reliées aux conséquences de la lésion professionnelle.

Exemple

- *Pendant la mise en oeuvre du PIR, un travailleur est victime d'une crise cardiaque non reliée à la lésion qui le rend incapable d'exercer l'emploi convenable qui avait été retenu. La Commission maintient alors sa décision sur cet emploi convenable déjà retenu.*

Ainsi, compte tenu de la multitude de situations complexes que peut engendrer la combinaison de limitations fonctionnelles dues à la lésion professionnelle avec celles découlant d'une condition personnelle, la Commission se doit d'apprécier chaque cas au mérite et en toute équité. À cet effet, un comité multidisciplinaire est formé afin d'analyser et de faire des recommandations spécifiques à ces situations complexes.

4. LES CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES

Plusieurs caractéristiques personnelles peuvent avoir un impact sur la détermination d'un emploi convenable et la période de réadaptation. Parmi les plus importantes, notons l'analphabétisme et le fait d'être allophone.

Ici encore la Commission n'a pas à se substituer à d'autres ministères et organismes en compensant pour les caractéristiques personnelles. Toutefois, lors de la détermination d'un emploi convenable, la Commission a la responsabilité de s'assurer notamment que cet emploi est approprié, en ce sens qu'il tient compte, dans la mesure du possible, de la réalité du travailleur, c'est-à-dire de ses caractéristiques personnelles, des conditions de travail acquises et de sa capacité de gains (voir la politique 3.05 *La détermination de l'emploi convenable*).

Ainsi en règle générale, la Commission tente de déterminer en premier lieu, sans modifier les caractéristiques personnelles du travailleur, un emploi convenable qu'il est capable d'exercer.

Exemple

- . *Un travailleur unilingue italien occupait un poste où il n'avait aucunement besoin de lire, d'écrire, ou encore de parler français. Dans ce cas, la Commission détermine autant que possible, un emploi convenable qu'il peut exercer dans son milieu d'appartenance et qui ne nécessite pas pour lui l'utilisation d'une autre langue.*

Par ailleurs, si la Commission est incapable de déterminer un emploi convenable qui tienne compte des caractéristiques personnelles du travailleur tout en respectant sa capacité de gains, elle doit déterminer avec le travailleur un emploi convenable, le plus près possible de l'emploi prélésionnel dans le respect de la solution appropriée la plus économique. Elle met ensuite en oeuvre les mesures de réadaptation visant à rendre le travailleur apte à exercer l'emploi retenu.

Numéro	4.01
Thème	RÉADAPTATION DU TRAVAILLEUR
Objet	L'admissibilité en réadaptation
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

Pour être admis en réadaptation, le travailleur doit répondre à certaines conditions que la présente politique précise.

La politique précise aussi, brièvement, la démarche que le conseiller en réadaptation applique pour décider de l'admission d'un travailleur en réadaptation.

Cadre juridique et références :

. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles , articles 145 à 147, 184.4.

Public cible :

- Le travailleur qui, en raison de la lésion professionnelle dont il est victime, subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique et dont l'état peut exiger de la réadaptation pour lui permettre de retrouver son autonomie.
- Le conjoint du travailleur décédé.

Énoncé de la politique :

- Afin de permettre l'exercice du droit à la réadaptation physique, sociale et professionnelle, la Commission fait de l'intervention en réadaptation la pièce maîtresse du traitement à accorder au travailleur. À cette fin elle privilégie
 - une intervention axée sur la réinsertion sociale et professionnelle du travailleur;
 - une intervention rapide et au moment opportun, qui fait appel à la collaboration des parties;
 - une intervention dont l'une des préoccupations majeures demeure l'exercice par le travailleur de son droit au retour au travail.

Développement :

Une approche rigoureuse axée sur la réinsertion socio-professionnelle

L'admission des travailleurs référés en réadaptation représente une décision importante. Elle confirme la nécessité de l'intervention de la Commission et la mise en oeuvre de mesures concrètes et efficaces pour assurer la réintégration sociale et professionnelle du travailleur. Elle doit donc s'appuyer sur une étude rigoureuse des besoins aux plans physique, social et professionnel en toute équité pour les clientèles desservies, et se justifier aux plans juridique, médical et professionnel.

Il s'agit de vérifier, par une collecte de renseignements appropriés, en quoi les conséquences de la lésion vont nuire à la réinsertion sociale du travailleur et à son retour au travail.

Les travailleurs admis en réadaptation ont droit aux programmes de réadaptation que requiert leur état. Ces programmes peuvent comprendre des mesures de réadaptation physique, sociale et professionnelle. Toutefois, compte tenu du type de lésion professionnelle, l'évaluation des besoins pourra démontrer que seules les mesures de réadaptation professionnelle s'avèrent nécessaires.

Pour admettre un travailleur en réadaptation il faut avoir la certitude

- 1° que le travailleur est ou sera atteint d'une façon permanente,
- et**
- 2° que les conséquences physiques ou psychologiques de sa lésion compromettent sa réinsertion socio-professionnelle, et notamment le retour à l'emploi qu'il occupait ou qu'il effectuait normalement au moment de la lésion.

Ce n'est que lorsque le travailleur répond à ces deux critères d'admissibilité en réadaptation, à savoir la présence d'une atteinte permanente et de besoins de réadaptation, que la Commission procède à son admission en réadaptation.

Ainsi, on comprend que **l'admissibilité** réfère aux critères permettant de statuer sur le droit à la réadaptation (la possibilité d'être admis), alors que **l'admission** confirme ce droit (le fait d'être admis). L'admission constitue une décision de la Commission. Cette décision doit donc être écrite, motivée et notifiée aux intéressés.

Le retour au travail dans le respect de l'exercice du droit au retour au travail du travailleur demeure une préoccupation constante de la Commission. La décision d'admission et l'intervention de réadaptation doivent traduire cette préoccupation.

Dans ce contexte, l'intervention de réadaptation devrait commencer en période de consolidation médicale afin d'optimiser les capacités fonctionnelles du travailleur, de maximiser les solutions de rechange et d'associer le médecin qui a charge au processus de réadaptation.

Ainsi, la Commission prend contact très tôt dans le processus avec l'employeur afin de l'informer de ses obligations, du droit au retour au travail et d'étudier avec lui les différents programmes pouvant faciliter la réinsertion professionnelle du travailleur. Le conseiller en réadaptation est le lien entre le travailleur, son représentant et l'employeur dans la recherche de solutions, l'intervention auprès de l'employeur constitue une action prioritaire liée à l'exercice par le travailleur de son droit au retour au travail.

La recherche de solutions doit, par ailleurs, favoriser celles clairement énoncées dans la loi et être conforme à la notion de solution appropriée la plus économique parmi celles qui permettent d'atteindre l'objectif recherché.

Conjoint survivant

La Commission effectue, dans tous les cas, une évaluation rigoureuse des besoins du conjoint survivant et elle prend, s'il y a lieu, toute mesure qu'elle estime utile pour favoriser la réinsertion professionnelle du conjoint d'un travailleur décédé en raison d'une lésion professionnelle. Elle rend une décision écrite, motivée et notifiée aux intéressés dans les plus brefs délais.

Numéro	4.02
Thème	RÉADAPTATION DU TRAVAILLEUR
Objet	Le plan individualisé de réadaptation
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

Pour assurer au travailleur l'exercice de son droit à la réadaptation, la Commission prépare et met en oeuvre, avec la collaboration de celui-ci, un plan individualisé de réadaptation. Ce plan peut comprendre, selon les besoins du travailleur, un programme de réadaptation physique, sociale et professionnelle.

La présente politique précise les différents programmes prévus dans le cadre du plan individualisé de réadaptation.

Cadre juridique et références :

. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 142, 145 à 178, 181 à 187, 354, 361 et 362.

Public cible :

- Le travailleur admis en réadaptation.

Énoncé de la politique :

- Le plan individualisé de réadaptation, ainsi que les modifications qui y sont éventuellement apportées, constituent la décision de la Commission face à toute mesure prise en regard de la réadaptation.

Il représente la concrétisation de l'exercice du droit à la réadaptation. Cette décision, qui engage la Commission, autant sur le plan des services que sur celui des frais, doit traduire la démarche rigoureuse et équitable suivie par le conseiller en réadaptation. Le plan individualisé de réadaptation ainsi que les modifications éventuelles doivent être écrits, motivés et notifiés aux intéressés.

Développement :

1. ÉLABORATION DU PLAN INDIVIDUALISÉ DE RÉADAPTATION

C'est le conseiller en réadaptation qui est responsable de l'élaboration, de la mise en oeuvre et du suivi du plan individualisé de réadaptation. Toutefois, la production du plan individualisé de réadaptation se fait avec la collaboration du travailleur, tout en favorisant la participation de son représentant et de l'employeur particulièrement en ce qui a trait à la réadaptation professionnelle. Le plan individualisé de réadaptation représente un effort commun des parties pour prévoir et articuler les actions qui favoriseront la réinsertion sociale et professionnelle du travailleur. Cependant, dans le cas où le travailleur refuse ou néglige de fournir à la Commission les informations nécessaires à l'élaboration du plan individualisé de réadaptation, la Commission peut suspendre l'indemnité de remplacement du revenu, après en avoir avisé le travailleur par écrit (voir la politique 2.03 *La réduction, la suspension et la cessation de l'indemnité de remplacement du revenu*).

Le conseiller en réadaptation doit utiliser tous les moyens possibles pour s'assurer de la collaboration du travailleur dans l'élaboration de son plan individualisé de réadaptation. Par ailleurs, après la cueillette des informations nécessaires à l'élaboration de la phase initiale du plan individualisé de réadaptation, si le travailleur ne collabore pas, le conseiller en réadaptation tente

d'établir avec lui un consensus en lui demandant de démontrer que la solution qu'il privilégie est plus adéquate que celle proposée par le conseiller en réadaptation.

Pour sa part, le conseiller voit à obtenir de la documentation, des rapports d'expertise, à utiliser des données d'informations et, le cas échéant, à fixer des objectifs à très court terme qui vont permettre au travailleur de confronter la réalité et de l'amener à réviser son choix.

Si un consensus ne peut être établi, le conseiller en réadaptation peut, après avoir avisé le travailleur, élaborer seul le plan individualisé de réadaptation.

Le plan individualisé de réadaptation comprend les étapes suivantes :

- **Évaluation des besoins**
- **Élaboration du PIR**
 - . détermination des objectifs
 - . choix des moyens d'action
- **Mise en oeuvre du PIR**
 - . décisions
 - . application des moyens d'action
 - . suivi
 - . modification
- **Fin du PIR**

NOTE: Les frais de la réadaptation étant acquittés par la Commission, celle-ci paie dans la mise en oeuvre d'un plan individualisé de réadaptation, le coût de la solution appropriée la plus économique parmi celles qui permettent d'atteindre l'objectif recherché.

2. LES PROGRAMMES DE RÉADAPTATION

Les programmes de réadaptation prévus à la loi ont pour objectif d'éliminer ou d'atténuer l'incapacité physique ou psychique résultant d'une lésion et de favoriser la réinsertion sociale et professionnelle du travailleur. Les programmes peuvent être mis en oeuvre de façon séquentielle ou simultanée selon le cas.

Les programmes prévus à la loi sont

- la réadaptation physique;
- la réadaptation sociale;
- la réadaptation professionnelle.

Chaque programme est composé d'une ou de plusieurs mesures ayant des objectifs précis qui s'expriment comme suit :

A. La réadaptation physique (articles 148 à 150)

Elle a pour but d'éliminer ou d'atténuer l'incapacité physique du travailleur et de lui permettre de développer sa capacité résiduelle afin de pallier les limitations fonctionnelles qui résultent de sa lésion professionnelle.

C'est le médecin qui a charge du travailleur qui évalue ses besoins en matière de réadaptation physique. Il détermine les traitements, les soins médicaux ou autres lorsqu'ils sont nécessaires.

B. La réadaptation sociale (articles 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164 et 165)

Elle a pour but d'aider le travailleur à surmonter dans la mesure du possible les conséquences personnelles et sociales de sa lésion professionnelle, à s'adapter à la nouvelle situation qui découle de sa lésion et à redevenir autonome dans l'accomplissement de ses activités habituelles.

La réadaptation sociale, principalement par le biais des services professionnels d'intervention psychosociale, joue également un rôle de support pendant toute la démarche de réadaptation physique et professionnelle. Cette intervention peut être faite par le conseiller en réadaptation ou par un professionnel spécialisé.

La réadaptation sociale vise aussi à ce que le travailleur soit le plus autonome possible dans ses activités quotidiennes. Des mesures telles que l'adaptation du domicile, l'adaptation du véhicule principal, l'aide personnelle à domicile et le remboursement des frais de garde d'enfants et d'entretien du domicile sont prévues principalement à cet effet.

C. La réadaptation professionnelle (articles 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177 et 178)

Elle a pour but de faciliter la réintégration du travailleur dans son emploi ou, s'il n'existe plus, dans un emploi équivalent ou, si ce but ne peut être atteint, l'accès à un emploi convenable, d'abord chez son employeur et ensuite ailleurs sur le marché du travail, si cela n'est pas possible chez son employeur.

Différentes mesures peuvent favoriser la réinsertion professionnelle du travailleur. Ces mesures sont notamment le recyclage, l'adaptation d'un poste de travail, la subvention à l'employeur, l'évaluation des possibilités professionnelles, la formation, le support en recherche d'emploi et le paiement de certains frais reliés à l'exploration du marché du travail ou à un déménagement nécessité par l'emploi trouvé, la subvention au travailleur pour la création et la gestion d'une entreprise.

3. EFFET IMMÉDIAT

Conformément à l'application des articles 361 et 362 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, toute mesure de réadaptation comprise dans le plan individualisé de réadaptation a effet immédiatement malgré une demande de révision. Une décision rendue en vertu de l'article 358.3 a effet immédiatement malgré qu'elle soit contestée devant la Commission des lésions professionnelles même si c'est le bénéficiaire qui conteste.

4. MODIFICATION DU PLAN INDIVIDUALISÉ DE RÉADAPTATION

Le plan individualisé de réadaptation peut être modifié, avec la collaboration du travailleur, en vertu des articles 146 et 147 de la loi, jusqu'à ce que la décision sur la capacité de travail soit rendue, pour tenir compte de circonstances nouvelles, si elles sont considérées comme des raisons valables. Une circonstance nouvelle est considérée comme raison valable lorsqu'elle est un événement ou une particularité caractérisant un fait qui a pour conséquence :

- de rendre inadéquates les mesures de réadaptation prévues au PIR afin d'atteindre l'objectif de retour à l'autonomie du travailleur et son retour en emploi; ou

- d'entraver l'atteinte de l'objectif ultime de retour au travail.

Par ailleurs, dans tous les cas lorsque le travailleur omet ou refuse de se prévaloir d'une mesure prévue au plan individualisé de réadaptation, le conseiller tente d'en cerner les raisons. S'il les juge valables, il peut modifier le plan en y apportant les justifications nécessaires et en avise les intéressés; dans le cas contraire, il peut réduire ou suspendre le paiement de l'indemnité de remplacement du revenu (voir la politique 2.03 *La réduction, la suspension, la cessation de l'indemnité de remplacement du revenu*).

Chaque modification apportée au plan individualisé de réadaptation constitue une nouvelle décision de la Commission. Cependant, si après avoir analysé la circonstance nouvelle, la Commission conclut qu'il n'y a pas lieu de modifier le PIR, la Commission ne rend pas de décision sur le fait qu'elle ne modifie pas le PIR. A cet effet, la Commission informe verbalement les parties et inscrit le tout aux notes évolutives.

Exemple

Dans le cadre du PIR, la Commission accorde au travailleur un programme de formation visant à le rendre apte à exercer un emploi convenable ailleurs sur le marché du travail. Pendant la formation, l'employeur du travailleur informe la Commission qu'il a un emploi convenable disponible à offrir à ce travailleur et ce, à l'intérieur du délai d'exercice de son droit au retour au travail.

Après examen des deux solutions d'emploi convenable, en collaboration avec le travailleur, la Commission conclut que l'emploi convenable disponible chez l'employeur constitue la meilleure solution et en conséquence elle modifie le PIR.

Exemple

*La mesure d'adaptation du véhicule du travailleur a été refusée par la Commission car la SAAQ n'accordait pas de permis de conduire au travailleur. La SAAQ, suite à une évaluation médicale, décide, quelque temps plus tard, d'accorder au travailleur un permis de conduire avec des restrictions précises concernant le handicap dû à la lésion professionnelle et ce, **avant que la décision sur la capacité de travail ait été rendue.***

Dès lors, la Commission révisera le PIR avec le travailleur et verra à modifier en vertu de 146 et 147, la décision sur l'attribution de la mesure d'adaptation du véhicule.

Exemple

L'emploi convenable de livreur a été retenu par la Commission et les mesures de réadaptation nécessaires pour que le travailleur soit capable d'exercer cet emploi convenable. Au cours de la mise en application des mesures de réadaptation ne nécessitant pas l'utilisation du permis de conduire, le travailleur perd son permis de conduire pour une période de six (6) mois. Les mesures de réadaptation prévues au PIR afin que le travailleur puisse exercer cet emploi convenable ne se termineront pas avant huit (8) mois.

Par conséquent, la Commission ne modifiera pas le PIR du travailleur. Il est à noter que dans ce cas, la Commission ne rend aucune nouvelle décision.

Il faut noter que pendant le PIR, la reconsidération s'applique pour corriger toute erreur ne faisant pas appel à la connaissance d'un fait essentiel et ce, conformément à la politique 6.01 *La reconsidération*. De plus, pour les décisions sur l'admission et sur la capacité de travail, **seule** la reconsidération peut s'appliquer et ce, conformément à la politique 6.01 *La reconsidération*.

5. DÉCISION DE LA COMMISSION

Dans tous les cas, une décision écrite, motivée et notifiée aux intéressés est rendue sur le contenu du plan individualisé de réadaptation.

Numéro	4.03
Thème	RÉADAPTATION DU TRAVAILLEUR
Objet	La fin de la phase principale du processus de réadaptation
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour objet d'expliquer à quel moment se termine la phase principale du processus de réadaptation.

Cadre juridique et références :

. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles , articles 49, 50, 142, 173 à 177, 183, 354, 358, 361 et 362.

Public cible :

- Le travailleur qui bénéficie d'un plan individualisé de réadaptation.

Énoncé de la politique :

- La phase principale du processus de réadaptation se termine lorsque le travailleur redevient capable d'exercer son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent, ou lorsqu'il devient capable d'exercer à plein temps un emploi convenable, même si certaines mesures de réadaptation peuvent continuer par la suite.

Développement :

1. FIN DE LA PHASE PRINCIPALE DU PROCESSUS DE RÉADAPTATION

Le processus de réadaptation vise à aider le travailleur à surmonter les conséquences de sa lésion et ainsi faciliter sa réinsertion sociale et professionnelle. La Commission se préoccupe donc de la réadaptation physique, sociale et professionnelle du travailleur, l'objectif ultime étant de le rendre apte à exercer son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent ou si cela s'avère impossible, à exercer un emploi convenable.

La phase principale du processus de réadaptation prend fin au moment où la Commission détermine que le travailleur est devenu capable d'exercer à plein temps son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent, ou si ce but ne peut être atteint, un emploi convenable et qu'elle rend une décision à cet effet (articles 49 et 50) et non pas lorsque le travailleur accède effectivement à cet emploi. Cette décision, motivée et notifiée aux intéressés, est indépendante du plan individualisé de réadaptation et elle doit préciser l'emploi identifié, le revenu net retenu qui y est rattaché ainsi que la date à laquelle le travailleur devient capable de l'exercer. C'est cette décision qui clôt la phase principale du processus de réadaptation, car elle ne peut être modifiée qu'à la suite d'une demande de révision ou d'une contestation de l'une ou l'autre des parties.

Une fois cette phase achevée, il appartient ensuite au travailleur de faire sa recherche d'emploi s'il y a lieu. Il peut bénéficier à cet effet des services de support en recherche d'emploi ainsi que des différentes mesures prévues à la loi (articles 173 et 177). Pendant ce temps, toutes les mesures qui sont offertes ont pour but de favoriser un retour à l'autonomie et au travail. Le rôle du conseiller en réadaptation de la Commission est alors de suivre de près la situation du travailleur.

2. RÉVISION ET CONTESTATION

D'autre part, bien que le modèle d'intervention fasse appel à la collaboration des intéressés, ceux-ci peuvent contester une décision de la Commission en matière de réadaptation. Dans ce cas, l'une ou l'autre des parties peut demander la révision de la décision en vertu de l'article 358.

Une décision de la Commission a effet immédiatement, malgré une demande de révision (article 361). Une décision rendue en vertu de l'article 358.3 a aussi effet immédiatement, malgré la contestation à la Commission des lésions professionnelles (article 362) (voir la politique 6.02 *La révision et la contestation devant la Commission des lésions professionnelles*).

Numéro	4.04
Thème	RÉADAPTATION DU TRAVAILLEUR
Objet	Les frais de réadaptation
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

Pour assurer au travailleur son droit à la réadaptation, la Commission met en oeuvre un plan individualisé de réadaptation, plan qui peut contenir un programme de réadaptation physique, sociale et professionnelle dont elle acquitte les frais.

La présente politique précise les frais payés ou remboursés ainsi que les règles devant s'appliquer.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 118, 148 à 165, 167 à 169, 171, 172, 175 à 178, 181 et 182;
- . L'annexe V : Frais de garde d'enfants.
Normes et barèmes de l'aide personnelle à domicile, publiés à la Gazette officielle du Québec, G.O.Q. 1997-12-03, page 7365.
- . Normes et montants de frais de déplacement et de séjour, publiés à la Gazette officielle du Québec, G.O.Q. 1987-10-07, page 5943.

Public cible :

- Le travailleur qui engage les frais nécessaires à sa réadaptation physique ou à sa réinsertion sociale et professionnelle.
- Toute personne ou organisme qui engage des frais de réparation de la lésion professionnelle du travailleur ou de la travailleuse.

Énoncé de la politique :

La Commission paie ou rembourse les frais de services ou de biens, dans le cadre de la réparation des lésions professionnelles.

Le paiement ou le remboursement des frais s'effectue dans la mesure où ils **résultent de la lésion professionnelle** et dans la mesure où ils ont été **réellement acquittés**.

Développement :

1. FRAIS DE RÉADAPTATION PHYSIQUE, SOCIALE ET PROFESSIONNELLE

Les frais liés à la réadaptation du travailleur s'inscrivent dans la perspective globale de la réadaptation. À ce titre, ils doivent être **prévus et planifiés par la Commission, en collaboration avec le travailleur, lors de l'élaboration du plan individualisé de réadaptation**. Les frais ainsi déterminés s'appuient donc sur le degré d'autonomie et sur la réalité propres à chaque travailleur.

Dans la mise en oeuvre du plan individualisé de réadaptation, la Commission acquitte le coût de la **solution appropriée la plus économique** parmi celles qui permettent d'atteindre l'objectif recherché.

La Commission donne elle-même les services professionnels prévus dans le cadre d'un plan individualisé de réadaptation ou dirige le travailleur vers les personnes ou services appropriés lorsqu'elle ne peut les assurer.

1.1 Réadaptation physique

La réadaptation physique a pour but **d'éliminer ou d'atténuer l'incapacité physique du travailleur et de lui permettre de développer sa capacité résiduelle afin de pallier les limitations fonctionnelles résultant de sa lésion professionnelle.**

Un programme de réadaptation physique peut comprendre notamment des soins médicaux et infirmiers, des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie, des exercices d'adaptation à une prothèse ou une orthèse et tous autres soins et traitements jugés nécessaires par le médecin qui a charge du travailleur.

Consulter les politiques de la section 5 *Assistance médicale* pour plus de détails.

1.2 Réadaptation sociale

La réadaptation sociale a pour but d'aider le travailleur à surmonter dans la mesure du possible les conséquences personnelles et sociales de sa lésion professionnelle, à s'adapter à la nouvelle situation qui découle de sa lésion et à **redevenir autonome dans l'accomplissement de ses activités habituelles.**

Les frais découlant d'un programme de réadaptation sociale sont notamment reliés:

- aux services professionnels d'intervention psychosociale;
- à l'adaptation du véhicule principal ou du domicile;
- à l'aide personnelle à domicile;
- à la garde d'enfants;
- aux travaux d'entretien courant du domicile;
- à l'adaptation d'équipements de loisirs.

1.2.1 Services professionnels d'intervention psychosociale

La Commission peut acquitter les honoraires d'un thérapeute, d'un psychologue, d'un travailleur social ou d'un autre professionnel reconnu en la matière, lorsque les besoins du travailleur le nécessitent et lorsqu'elle ne peut assurer elle-même ces services d'intervention (voir la politique 4.05 *Les services professionnels en réadaptation*).

1.2.2 Adaptation du domicile ou du véhicule principal (articles 153, 154, 155, 156 et 157)

La Commission acquitte les frais des travaux d'adaptation du domicile ou du véhicule principal du travailleur **ayant subi une atteinte permanente grave** (la gravité est fonction de la perte d'autonomie - voir lexique du Recueil des politiques). Elle paie également les frais supplémentaires d'assurance et d'entretien du domicile ou du véhicule principal qu'entraîne cette adaptation. Les frais des travaux peuvent comprendre des services conseils professionnels.

Lorsque le domicile ne peut être adapté, la Commission peut rembourser au travailleur les frais qu'il engage, jusqu'à concurrence du maximum autorisé pour déménager dans un nouveau domicile adapté ou qui peut l'être. Ces frais comprennent le déménagement et l'entreposage, s'il y a lieu. Les conditions exigées pour ces adaptations sont consignées aux politiques 4.06 *L'adaptation du domicile* et 4.07 *L'adaptation du véhicule principal*.

1.2.3 Aide personnelle à domicile (articles 158, 159, 160, 161, 162, 163 et 164)

L'aide personnelle à domicile comprend les frais d'engagement d'une personne pour aider le travailleur à prendre soin de lui-même et pour exécuter les tâches domestiques qu'il ferait normalement lui-même si ce n'était de sa lésion.

Les normes et barèmes de l'aide personnelle à domicile sont déterminés par règlement, dans lequel se trouve définie la grille d'évaluation des besoins d'aide personnelle à domicile (voir la politique 4.12 *L'Aide personnelle à domicile*).

1.2.4 Frais de garde d'enfants (article 164)

Le travailleur qui reçoit de l'aide personnelle à domicile, qui accomplit une activité dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation ou qui, en raison de sa lésion professionnelle, est hébergé dans un centre d'accueil ou hospitalisé, peut être remboursé des frais de garde d'enfants jusqu'à concurrence des montants mentionnés à l'annexe V de la loi et revalorisés annuellement s'il y a lieu, si

- ce travailleur assume seul la garde de ses enfants;
- le conjoint du travailleur est incapable, pour cause de maladie ou d'infirmité, de prendre soin des enfants vivant sous leur toit; ou
- le conjoint doit s'absenter du domicile pour se rendre auprès du travailleur lorsque celui-ci est hébergé dans un centre d'accueil ou hospitalisé, ou pour accompagner le travailleur à une activité que celui-ci accomplit dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation.

Ce remboursement des frais de garde **ne comprend pas** les frais de garde d'une personne autre qu'un enfant dont le travailleur aurait la charge (ex.: une personne âgée impotente). On entend par enfant, un enfant mineur ou un enfant majeur présentant un déficit physique ou intellectuel.

Il revient aux parents de décider, selon la maturité de l'enfant, si des services de garde sont nécessaires.

D'autre part, il n'est pas nécessaire que la présence du conjoint auprès du travailleur hospitalisé ou hébergé dans un établissement de santé soit prescrite, par le médecin qui a charge, pour que s'applique cette mesure. De plus, il n'y a pas de limite indiquée concernant la durée ou la fréquence de l'absence du domicile. A cet effet, la Commission apprécie chaque cas.

Il est à noter que dans le cas de visites du conjoint auprès du travailleur hospitalisé ou hébergé dans un établissement de santé, les frais de déplacement et de séjour du conjoint ne sont pas remboursés par la Commission.

1.2.5 Frais d'entretien courant du domicile (article 165)

Le travailleur qui a subi une **atteinte permanente grave** (la gravité est fonction de la perte d'autonomie - voir lexique) à son intégrité physique en raison d'une lésion professionnelle, et qui est incapable d'exécuter les travaux courants d'entretien de son domicile qu'il exécuterait normalement lui-même si ce n'était de sa lésion, peut être remboursé des frais qu'il engage pour faire exécuter des travaux, jusqu'à concurrence du montant prévu à la loi. Ce montant prévu à la loi est revalorisé annuellement.

La Commission assume le remboursement des frais d'entretien courant du domicile sur présentation de pièces justificatives pourvu que cette mesure soit **prévue au plan individualisé de réadaptation**.

Les travaux d'entretien courant du domicile, couverts par cette mesure et dont les frais peuvent être remboursés selon l'évaluation des besoins du travailleur, sont les travaux habituels de maintenance c'est-à-dire ceux qui doivent être faits périodiquement ou selon les saisons. A titre d'exemple, les travaux d'entretien courant du domicile comprennent la tonte du gazon, le déneigement, la peinture, etc.

Les frais remboursés comprennent seulement ceux de la main-d'oeuvre pour l'exécution des travaux et ne couvrent donc pas le coût des matériaux.

L'évaluation des besoins du travailleur qui a subi une atteinte permanente grave à son intégrité physique, se fait en considérant sa capacité et sa responsabilité dans la réalisation des travaux d'entretien courant du domicile. La capacité est évaluée en regard de l'aspect sécuritaire pour la santé du travailleur.

Les travaux de réparation c'est-à-dire ceux rendus nécessaires en raison d'un bris ou d'une défectuosité (ex.: bris de conduite d'eau), les travaux de rénovation (ex.: remise à neuf de la toiture) et les travaux de construction (ex.: construction d'un patio) ne sont pas considérés comme des travaux d'entretien courant du domicile.

1.2.6 Frais d'adaptation d'équipements de loisirs

La Commission peut rembourser au travailleur admis en réadaptation, les frais d'adaptation d'équipements de loisirs dans le but de permettre au travailleur d'accomplir à nouveau les activités de loisirs qu'il pratiquait avant la lésion. Les équipements pouvant être adaptés sont notamment: bicyclette, appareil-photo, canne à pêche, outillage de bricolage, articles de chasse, etc. La Commission n'accorde aucune aide particulière pour l'acquisition de nouveaux équipements de loisirs.

Les frais d'adaptation d'équipements de loisirs qu'assume la Commission ne peuvent excéder 1000,00 \$ et ce, pour l'ensemble des équipements de loisirs qu'utilisait le travailleur avant la lésion.

Dans le cas où les frais d'adaptation d'équipements de loisirs excèdent 300,00 \$, le travailleur doit fournir à la Commission deux estimations de fournisseurs indépendants et portant sur les mêmes spécifications. La Commission assume alors le coût de la solution appropriée la plus économique parmi celles qui permettent d'atteindre l'objectif recherché.

La Commission assume le remboursement des frais d'adaptation d'équipements de loisirs pourvu que le travailleur en soit autorisé préalablement par la Commission et que les conditions suivantes soient respectées :

- 1° Le travailleur présente une atteinte permanente grave à son intégrité physique en raison de la lésion, qui a nécessité :
 - l'adaptation de son domicile ou de son véhicule principal
ou
 - le port d'une orthèse ou d'une prothèse à un membre supérieur ou inférieur;
- 2° L'adaptation d'équipements de loisirs ait été rendu nécessaire en raison de limitations fonctionnelles résultant de la lésion professionnelle;

3° Le travailleur accomplissait ces activités de loisirs avant la lésion et possédait les équipements qu'il veut faire adapter;

4° L'ergothérapeute a recommandé la mesure.

1.3 La réadaptation professionnelle

La réadaptation professionnelle a pour objectif premier de réintégrer le travailleur chez son employeur, dans l'emploi qu'il occupait au moment de la lésion ou, s'il n'existe plus, dans un emploi équivalent. Si cet objectif ne peut être atteint, l'accès à un emploi convenable prioritairement chez le même employeur ou ensuite ailleurs sur le marché du travail, sera envisagé.

Toutes les mesures mises en oeuvre sont consignées au plan individualisé de réadaptation. La Commission favorise la solution appropriée la plus économique parmi celles qui permettent d'atteindre l'objectif recherché. De plus, la Commission assure elle-même les services professionnels prévus dans le cadre du plan individualisé de réadaptation ou fait appel aux personnes ou services compétents.

Les frais découlant d'un programme de réadaptation professionnelle sont notamment reliés

- à un programme de recyclage;
- à des services d'évaluation des possibilités professionnelles;
- à la formation professionnelle;
- à l'adaptation d'un poste de travail;
- à l'exploration du marché d'emploi ou au déménagement.

1.3.1 Frais d'un programme de recyclage (article 168)

La Commission acquitte les frais relatifs à un programme de recyclage.

Les frais de transport et de séjour pour suivre ce programme sont remboursés selon les normes et montants de frais de déplacement et de séjour, publiés à la Gazette officielle du Québec (voir la politique 4.09 *Le programme de recyclage*).

1.3.2 Frais des services d'évaluation des possibilités professionnelles (article 171)

La Commission acquitte les frais encourus pour des services d'évaluation des possibilités professionnelles, lorsqu'elle ne peut assurer elle-même les services d'évaluation nécessaires (voir la politique 4.05 *Les services professionnels en réadaptation*).

1.3.3 Frais de formation professionnelle (article 172)

La Commission acquitte les frais relatifs à un programme de formation professionnelle. Les frais de transport et de séjour pour suivre ce programme sont remboursés selon les normes et montants de frais de déplacement et de séjour, publiés à la Gazette officielle du Québec (voir la politique 4.10 *Le programme de formation professionnelle*).

1.3.4 Frais d'adaptation d'un poste de travail (article 176)

La Commission peut rembourser les frais d'adaptation d'un poste de travail. Ces frais comprennent l'achat et l'installation des matériaux et équipements nécessaires à l'adaptation du poste de travail. Ils ne peuvent être remboursés qu'à la personne qui les a engagés après avoir obtenu l'autorisation préalable de la Commission.

Ces frais peuvent également comprendre les services conseils professionnels nécessaires (voir la politique 4.08 *L'adaptation d'un poste de travail*).

1.3.5 Frais d'exploration du marché d'emploi ou de déménagement (article 177)

Le travailleur qui, à la suite d'une lésion professionnelle, redevient capable d'exercer son emploi ou devient capable d'exercer un emploi convenable peut être remboursé des frais qu'il engage jusqu'à concurrence du montant prévu à la loi s'il y a lieu, pour :

- 1° explorer un marché d'emplois à plus de 50 km de son domicile, s'il ne trouve pas d'emploi près de chez lui;
- 2° déménager dans un nouveau domicile, s'il obtient un emploi dans un rayon de plus de 50 km de son domicile actuel, si la distance entre les deux domiciles est d'au moins 50 km et si son nouveau domicile est situé à moins de 50 km de son nouveau lieu de travail.

Les frais de déménagement que la Commission acquitte consistent en :

- les frais de transport des meubles meublant et effets personnels du travailleur, de son conjoint et de ses enfants à charge;
- les frais d'emballage, de déballage desdits meubles et effets personnels;
- les frais d'entreposage en attendant la prise de possession du nouveau domicile, s'il y a lieu;
- le coût de la prime d'assurance pour le déménagement et l'entreposage, s'il y a lieu.

Le travailleur doit fournir à la Commission au moins deux estimations détaillées. À noter que le montant prévu à la loi est revalorisé annuellement.

La Commission assume le remboursement des frais de déménagement selon la solution appropriée la plus économique et sur présentation de pièces justificatives pourvu que le travailleur en soit autorisé préalablement par la Commission.

Numéro	4.05
Thème	RÉADAPTATION DU TRAVAILLEUR
Objet	Les services professionnels en réadaptation
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles prévoit que certains services professionnels peuvent être fournis dans le cadre de la réadaptation.

La présente politique précise la nature des services professionnels, ainsi que leurs conditions et modalités d'application.

Cadre juridique et références :

. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 147, 151, 152 (1°), 167 (2°) et (4°), 171, 173, 174, 182, 186 et 354.

Public cible :

- Le travailleur ainsi que l'employeur, dans le cadre d'un programme de réadaptation.

Énoncé de la politique :

- La Commission offre au travailleur et à l'employeur des services destinés à favoriser la réadaptation sociale et professionnelle du travailleur.
- La Commission assume elle-même les services professionnels lorsqu'elle a les ressources appropriées pour le faire.
- La Commission fait appel à des ressources externes pour donner les services professionnels, lorsqu'elle n'a pas le personnel approprié pour le faire, ou lorsque les ressources internes disponibles ne peuvent répondre aux besoins identifiés.

Développement :

1. LA NATURE DES SERVICES PROFESSIONNELLES

Parmi les services offerts par la Commission, on trouve notamment:

1.1 Les services professionnels d'intervention psychosociale (article 152 (1°)) qui visent à apporter au travailleur tout l'appui voulu pour surmonter les conséquences de sa lésion et s'adapter aux changements qui en découlent.

Le type de service offert peut, selon les besoins du travailleur, comprendre une relation d'aide, une évaluation psychologique, une thérapie ainsi qu'une référence à des organismes ou à des associations du milieu.

La durée des services d'intervention psychosociale doit être limitée dans le temps. Dans le cas où une psychothérapie est nécessaire, dans toute la mesure du possible, une thérapie brève ne dépassant pas un délai approximatif de trois (3) mois sera choisie. Si cette thérapie doit se poursuivre au-delà de ces trois mois, elle devra être aménagée pour permettre la mise en oeuvre des autres mesures prévues au plan individualisé de réadaptation.

- 1.2 Les services d'évaluation des possibilités professionnelles (articles 167 (2°) et 171)** qui visent à déterminer quel emploi convenable un travailleur incapable de retourner chez son employeur est en mesure d'exercer sur le marché du travail.
- 1.3 Les services de support en recherche d'emploi (article 173)** qui visent à aider le travailleur dans sa démarche de recherche d'emploi et d'exploration du marché du travail, en vue de son retour au travail. Il est à noter que ces services sont également accessibles aux travailleurs aptes à exercer leur emploi, mais dont le droit au retour au travail est expiré et qui ne sont pas réintégrés chez leur employeur.
- 1.4 Les services de consultation professionnelle aux employeurs (article 186)** qui désirent créer des emplois à caractère permanent, adaptés à des travailleurs qui ont subi une atteinte permanente à leur intégrité physique ou psychique en raison d'une lésion professionnelle. Ces services permettent notamment de déterminer des emplois appropriés en tenant compte de la production projetée par l'employeur et de ses moyens de production. D'autre part, ces services peuvent également permettre de déterminer les équipements et les conditions d'exercice susceptibles de permettre à un travailleur d'exercer en toute sécurité un emploi et d'être pleinement productif. Il est à noter que ces services ne font pas partie d'un plan individualisé de réadaptation.

2. PRESTATION DES SERVICES

Dans toute la mesure du possible, les services sont donnés par le personnel de la Commission. Lorsque ses ressources internes ne peuvent répondre aux besoins du travailleur, la Commission peut faire appel aux services de ressources externes et elle en acquitte les frais. Toutefois, le conseiller en réadaptation demeure responsable du suivi de l'intervention et vérifie si elle répond aux objectifs fixés dans le plan individualisé de réadaptation du travailleur. Il peut donc évaluer en tout temps la pertinence de poursuivre un traitement avec la ressource externe retenue.

Lorsqu'elle a recours à des ressources externes, la Commission fait prioritairement appel aux services offerts par les organismes publics. Ce n'est que lorsqu'aucun partenaire du réseau public ne peut offrir les services demandés dans les délais prévus qu'elle peut faire appel au secteur privé.

D'autre part, le conseiller en réadaptation s'assure que l'organisme ou le professionnel auquel il adresse (réfère) un travailleur est bien informé des objectifs poursuivis. Il s'entend également avec son interlocuteur sur l'échéancier et sur les moyens de contrôle de la démarche et il informe le travailleur des ententes prises.

Dans cet esprit, un contrat stipulant les obligations de chacune des parties s'avère approprié. Ce contrat peut faciliter le contrôle et l'évaluation *a posteriori* des services rendus.

3. DÉCISION DE LA COMMISSION

Les services professionnels prévus au plan individualisé de réadaptation font l'objet d'une décision de la Commission. Cette décision doit être écrite, motivée et notifiée aux intéressés.

Numéro	4.06
Thème	RÉADAPTATION DU TRAVAILLEUR
Objet	L'adaptation du domicile
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour but de décrire les conditions et les modalités d'application pour l'adaptation du domicile d'un travailleur.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 118, 147, 151, 152 (2°), 153, 154, 156, 157, 181, 182 et 354.
- . Normes et barèmes de l'aide personnelle à domicile, publiés à la Gazette officielle du Québec, G.O.Q 1991-01-30, page 911.

Public cible :

- Le travailleur ayant subi une **atteinte permanente grave**. (La gravité est fonction de la perte d'autonomie - voir lexique) à son intégrité physique en raison de sa lésion professionnelle.

Énoncé de la politique :

- Pour autoriser l'adaptation du domicile d'un travailleur, la Commission doit s'assurer que:
- le travailleur a subi une atteinte permanente grave;
- l'adaptation est nécessaire du fait de la lésion;
- l'adaptation constitue la solution appropriée pour permettre au travailleur d'entrer dans son domicile et d'en sortir de façon autonome et d'utiliser les biens et commodités de ce dernier;
- le travailleur s'engage à habiter au moins trois ans son domicile;
- le travailleur respecte les autres conditions d'application de la mesure.

Développement :

1. ÉVALUATION DES BESOINS

L'évaluation des besoins du travailleur est une étape essentielle qui doit tenir compte de ce qu'est le travailleur, considérant l'atteinte permanente grave ayant résulté de la lésion. Il faut donc considérer **uniquement** les besoins reliés à la lésion afin d'apporter les solutions les plus efficaces.

Le conseiller en réadaptation peut, au besoin, appuyer son évaluation sur l'avis de spécialistes tels le médecin, l'ergothérapeute, l'architecte, l'ingénieur, l'entrepreneur spécialisé ainsi que sur la documentation disponible sur le sujet.

2. CONDITIONS D'ACCEPTATION DES FRAIS

2.1 Caractéristiques du domicile

La mesure d'adaptation du domicile s'applique uniquement au domicile principal du travailleur c'est-à-dire son lieu ordinaire d'habitation. Aussi l'adaptation d'une résidence secondaire tels un chalet ou une roulotte ne peut faire l'objet de cette mesure.

D'autre part, le domicile à adapter doit pouvoir recevoir les modifications et équipements rendus nécessaires en raison de la lésion professionnelle. Si le domicile ne peut être adapté convenablement, le travailleur peut être remboursé des frais qu'il engage jusqu'à concurrence du montant prévu à la loi, pour déménager dans un nouveau domicile déjà adapté aux limitations fonctionnelles découlant de sa lésion, ou qui peut être adapté. Le montant prévu à la loi est revalorisé annuellement.

Il est à noter que la Commission ne défraie pas les coûts supplémentaires de loyer ou d'acquisition d'une nouvelle propriété lorsque le domicile ne peut être convenablement adapté et que le travailleur doit déménager dans un nouveau domicile.

2.2 Stabilité domiciliaire ou locative

Le travailleur doit s'engager à habiter au moins trois ans son domicile. S'il est locataire, il doit produire à la Commission un bail d'une durée minimale de trois ans.

Cette stabilité est obligatoire puisque l'adaptation du domicile au sens de la loi implique des modifications à l'immeuble (ex. : élargissement de porte, ascenseur).

Par contre, lorsque les installations envisagées n'affectent pas la structure de l'immeuble et qu'elles sont récupérables ou transférables lors d'un éventuel déménagement (ex. : serrure de porte actionnée par une seule main, interphone, rhéostat pour l'eau), cette stabilité n'est pas obligatoire puisqu'il ne s'agit pas d'une adaptation du domicile au sens de la loi.

Lors d'un éventuel déménagement, le remplacement des éléments récupérables se fait aux frais de la Commission.

2.3 Estimations détaillées

La Commission exige du travailleur qu'il lui produise au moins deux estimations détaillées, faites par des entrepreneurs spécialisés, des travaux à exécuter. Les estimations doivent porter sur des travaux préalablement approuvés par le conseiller en réadaptation.

NOTE : Lorsque le domicile ne peut être adapté et que le travailleur doit déménager dans un domicile adapté à sa capacité résiduelle ou qui peut l'être, deux estimations, préparées par des déménageurs, doivent être fournies préalablement au déménagement.

2.4 Permis et autorisations

Le travailleur doit obtenir les permis municipaux pour l'exécution des travaux.

S'il n'est pas propriétaire de son domicile, il doit obtenir l'autorisation écrite de son propriétaire préalablement à l'exécution des travaux.

Il doit transmettre à la Commission les permis et, s'il y a lieu, l'autorisation du propriétaire.

3. AUTORISATION DE LA COMMISSION

Le conseiller en réadaptation étudie avec le travailleur les estimations en fonction de la conformité aux besoins et des frais.

Il remet ensuite au travailleur une décision écrite qui fait partie du plan individualisé de réadaptation. Cette décision tient lieu d'autorisation préalable aux travaux décrits dans l'une des estimations détaillées fournies par le travailleur (voir le point 2.2), sans laquelle aucune somme ne peut être déboursée.

4. CONCLUSION DU CONTRAT POUR L'ADAPTATION

En règle générale, c'est au travailleur que revient la charge de signer le contrat pour l'adaptation de son propre domicile, de surveiller l'exécution des travaux et d'intervenir directement auprès de l'entrepreneur qui réalise l'adaptation. Cependant, pour les cas exceptionnels où le conseiller en réadaptation juge que la situation du travailleur le nécessite, la Commission peut le faire à sa place.

5. REMBOURSEMENT DE CERTAINS FRAIS

Les frais reliés à l'adaptation du domicile que la Commission acquitte consistent en ce qui suit :

- les frais engagés pour les estimations détaillées, les autorisations et les permis exigés;
- les frais annuels supplémentaires d'assurance et d'entretien du domicile qu'entraîne une adaptation autorisée par la Commission;
- les frais de déménagement que le travailleur engage pour déménager dans un domicile adapté à sa capacité résiduelle ou qui peut l'être sont :
 - . les frais de transport des meubles meublants et effets personnels du travailleur, de son conjoint et de ses enfants à charge;
 - . les frais d'emballage, de déballage desdits meubles et effets personnels;
 - . les frais d'entreposage en attendant la prise de possession du nouveau domicile, s'il y a lieu;
 - . le coût de la prime d'assurance pour le déménagement et l'entreposage, s'il y a lieu.

Le travailleur doit fournir à la Commission au moins deux estimations détaillées.

La Commission assume le coût de la solution appropriée la plus économique et sur présentation de pièces justificatives pourvu que cette mesure soit prévue au plan individualisé de réadaptation.

6. DÉCISION DE LA COMMISSION

Les mesures d'adaptation du domicile font l'objet d'une décision de la Commission. Cette décision doit être écrite, motivée et notifiée aux intéressés.

Numéro	4.07
Thème	RÉADAPTATION DU TRAVAILLEUR
Objet	L'adaptation du véhicule principal
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour but de décrire les conditions et les modalités d'application pour l'adaptation du véhicule principal d'un travailleur.

Cadre juridique et références :

. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 147, 151, 152 (2°), 155, 156, 157, 181, 182 et 354.

Public cible :

- Le travailleur ayant subi une **atteinte permanente grave** (la gravité est fonction de la perte d'autonomie - voir lexique) à son intégrité physique en raison de sa lésion professionnelle.

Énoncé de la politique :

- Pour autoriser l'adaptation du véhicule principal d'un travailleur, la Commission doit s'assurer que:
 - le travailleur a subi une atteinte permanente grave;
 - l'adaptation est nécessaire du fait de la lésion;
 - l'adaptation constitue la solution appropriée pour permettre au travailleur de conduire lui-même son véhicule ou pour lui permettre d'y avoir accès et d'en sortir de façon autonome;
 - le travailleur respecte les autres conditions d'application de la mesure.

Développement :

1. ÉVALUATION DES BESOINS

L'évaluation des besoins du travailleur est une étape essentielle, qui doit tenir compte de ce qu'est le travailleur, considérant l'atteinte permanente grave ayant résulté de la lésion. Il faut donc considérer **uniquement** les besoins reliés à la lésion afin d'apporter les solutions les plus efficaces.

Le conseiller en réadaptation peut, au besoin, appuyer son évaluation d'avis de spécialistes tels l'ergothérapeute, l'ingénieur, l'entrepreneur spécialisé, ainsi que de documentation disponible sur le sujet. Dans les cas où l'adaptation excède un coût total de 300 \$, l'évaluation des besoins par un spécialiste est obligatoire. De plus, certains centres de réadaptation offrent les services d'évaluation des capacités de conduite, de recommandation du type d'équipement nécessaire et d'aide à l'obtention du permis de conduire.

Lors d'une adaptation de véhicule pour **conducteur** :

- . le travailleur doit en être le propriétaire ou le locataire à long terme;
- . le travailleur doit être le principal conducteur du véhicule;
- . l'adaptation du véhicule doit alors permettre au travailleur d'utiliser son véhicule de façon complètement autonome, c'est-à-dire d'y avoir accès et d'en sortir sans assistance, de le conduire lui-même, de façon sécuritaire et de l'utiliser comme passager, si ce besoin est manifeste.

Lorsque le travailleur ne peut, compte tenu de ses limitations fonctionnelles, obtenir un permis de conduire, une adaptation pour **passager** peut être effectuée. Dans ce cas :

- . le véhicule à adapter doit être la propriété soit du travailleur, soit du conjoint ou d'un parent dont il est financièrement à la charge ou avec qui il réside. S'il s'agit d'une location à long terme, le contrat de location sera signé par le conjoint ou le parent concerné;
- . l'adaptation du véhicule doit permettre au travailleur l'accès au véhicule par lui-même ou assisté du conducteur. Cette adaptation doit aussi permettre d'assurer la sécurité du travailleur, et s'il y a lieu, de la personne qui lui prête assistance. La solution appropriée la plus économique sera privilégiée.

2. CONDITIONS D'ACCEPTATION DES FRAIS

2.1 Caractéristiques du véhicule principal

L'adaptation s'applique au véhicule utilisé pour les déplacements courants, habituellement une voiture de tourisme ou une camionnette.

Que ce soit pour un conducteur ou un passager,

une **voiture de tourisme** est adaptée pour :

- . le travailleur, principal conducteur, pouvant y accéder de façon autonome et sécuritaire;
- ou
- . le travailleur, passager, pouvant y accéder par lui-même ou au besoin, assisté du conducteur et ce, de façon sécuritaire pour l'un et l'autre.

une **camionnette** peut être adaptée lorsque :

- . le travailleur possède la camionnette au moment de la lésion professionnelle et s'en sert comme véhicule principal, dans ses déplacements courants;
- ou
- . le travailleur, principal conducteur, ne peut accéder de façon autonome et sécuritaire à une voiture de tourisme;
- ou
- . le travailleur, passager, ne peut accéder à une voiture de tourisme, de façon sécuritaire pour lui-même et le conducteur, lorsqu'assisté de celui-ci.

Pour l'adaptation d'un **véhicule de travail**, tels le tracteur, le camion, etc. :

- . le véhicule peut être la propriété de l'employeur ou loué à long terme par celui-ci;
- . le travailleur doit être le principal conducteur du véhicule de travail.

Les **véhicules récréatifs et sportifs** sont exclus de la mesure.

D'autre part, avant l'adaptation, tout véhicule, sauf le véhicule neuf, doit subir une **vérification mécanique** et présenter une **durée d'utilisation** d'au moins 5 ans

lorsque cette adaptation comporte la modification du dispositif de freinage, de la direction, de la suspension ou de l'accélération, l'installation d'un ascenseur ou d'un climatiseur. De plus, le véhicule doit pouvoir recevoir les modifications et équipements nécessaires.

Après l'adaptation, tout véhicule doit également subir une vérification mécanique lorsque des modifications ont été apportées au dispositif de freinage, à la direction, à la suspension ou à l'accélération.

Toute la vérification mécanique est effectuée par un mandataire de la SAAQ.

Aucune aide particulière n'est prévue lorsque le véhicule appartenant au travailleur (ou loué à long terme) ne peut être convenablement adapté et que ce dernier doit le changer avant de pouvoir l'adapter.

2.2 Permis de conduire

Avant toute adaptation, il faut s'assurer de l'obtention du permis de conduire auprès de la Société de l'assurance-automobile du Québec (SAAQ). Le travailleur doit faire remplir un formulaire de la SAAQ par son médecin. La SAAQ délivrera un permis avec, s'il y a lieu, des restrictions précises. Dans tous les cas, une photocopie du permis de conduire doit être jointe au dossier du travailleur.

2.3 Estimations détaillées

La Commission exige du travailleur qu'il lui produise au moins deux estimations détaillées, faites par des entrepreneurs spécialisés indépendants, des travaux à exécuter (modifications à apporter, équipements à installer), le temps prévu pour leur exécution et les garanties offertes.

3. AUTORISATION DE LA COMMISSION

Le conseiller en réadaptation étudie avec le travailleur les estimations en fonction de la conformité aux besoins et des frais.

Il remet ensuite au travailleur une décision écrite qui fait partie du plan individualisé de réadaptation. Cette décision tient lieu d'autorisation préalable aux travaux décrits dans l'une des estimations détaillées fournies par le travailleur (voir le point 2.3), sans laquelle aucune somme ne peut être déboursée.

4. Conclusion du contrat pour l'adaptation

En règle générale, c'est au travailleur que revient la charge de signer le contrat pour l'adaptation de son propre véhicule principal, de surveiller l'exécution des travaux et d'intervenir directement auprès de l'entrepreneur qui réalise l'adaptation. Cependant, pour les cas exceptionnels où le conseiller en réadaptation juge que la situation du travailleur le nécessite, la Commission peut le faire à sa place.

5. Remboursement de certains frais

La Commission acquitte :

- . les frais engagés pour une évaluation professionnelle, deux estimations détaillées et une vérification mécanique;
- . les frais de transport et de séjour occasionnés par l'adaptation du véhicule;
- . les frais pour la main-d'oeuvre et les équipements.

Équipements

- les équipements optionnels et adaptés : les équipements requis afin de compenser les limitations fonctionnelles et rendre le véhicule accessible et la conduite sécuritaire;
- les équipements optionnels :
 - . lorsque le véhicule du travailleur, au moment de la lésion, n'était pas muni de ces équipements
 - ou
 - . si le travailleur ne possédait pas de véhicule au moment de la lésion.
- les équipements adaptés : ces équipements sont exemptés de la taxe de vente.

Frais

- les frais de transfert d'équipement : le coût de réinstallation des équipements transférés de l'ancien véhicule au véhicule de remplacement est couvert, sauf si ce coût est supérieur à l'achat et à l'installation de nouveaux équipements. Les frais encourus pour la remise à l'état original du précédent véhicule ne sont pas couverts;
- les frais annuels supplémentaires d'assurance qu'entraîne une adaptation de véhicule;
- les frais d'entretien, de réparation et de remplacement des équipements adaptés et optionnels détériorés lors d'un usage normal. Les équipements optionnels sont ceux desquels la Commission a préalablement autorisé l'acquisition. Aucune aide financière n'est octroyée en cas de négligence de leur entretien ou d'une mauvaise utilisation par le travailleur;
- les frais encourus pour un cours de conduite : lorsque celui-ci est recommandé par la ressource professionnelle qui a procédé à l'évaluation fonctionnelle sur l'aptitude physique et mentale à conduire un véhicule routier et que ce cours est nécessaire afin d'améliorer la technique de conduite modifiée par la présence de séquelles physiques ou neuro-psychologiques dues à la lésion professionnelle;
- les frais d'acquisition d'une vignette de stationnement, délivrée par la SAAQ.

6. Renouvellement de la mesure d'adaptation du véhicule principal

La Commission voit à l'adaptation du véhicule de remplacement lorsqu'un délai d'au moins 5 ans s'est écoulé depuis la dernière adaptation, après s'être assurée toutefois de récupérer et transférer les équipements d'adaptation si possible, sauf si le coût de réinstallation de ces équipements sur le véhicule de remplacement est supérieur à l'achat et l'installation de nouveaux équipements.

7. **Décision de la Commission**

L'adaptation du véhicule principal fait l'objet d'une décision de la Commission. Cette décision doit être écrite, motivée et notifiée aux intéressés.

Numéro	4.08
Thème	RÉADAPTATION DU TRAVAILLEUR
Objet	L'adaptation d'un poste de travail
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour but de décrire les conditions et les modalités d'application de l'adaptation d'un poste de travail.

Cadre juridique et références :

. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 166, 167 (6°), 176, 181 et 182, 354.

Public cible :

- Le travailleur ayant subi une atteinte permanente à son intégrité physique en raison de sa lésion professionnelle.

Énoncé de la politique :

- L'adaptation d'un poste de travail doit permettre au travailleur d'exercer son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent ou un emploi convenable.
- Tout projet d'adaptation d'un poste de travail doit répondre aux normes de sécurité en vigueur.

Développement :

1. ÉVALUATION DES BESOINS

L'évaluation des besoins est une étape essentielle, qui doit tenir compte des limitations fonctionnelles du travailleur, considérant l'atteinte permanente ayant résulté de la lésion. Il faut donc considérer **uniquement** les besoins reliés à la lésion afin d'apporter les solutions les plus efficaces dans le but de faciliter la réintégration professionnelle du travailleur.

De plus, le conseiller en réadaptation peut, au besoin, consulter le médecin qui a charge du travailleur, un architecte, un ergonome, un ingénieur, un inspecteur de la Commission ou tout autre spécialiste.

2. AUTORISATION DE LA COMMISSION

Puisqu'elle acquitte les frais de l'adaptation d'un poste de travail, la Commission doit autoriser cette adaptation. L'autorisation doit être accordée préalablement par écrit au début des travaux, afin de s'assurer que l'adaptation répondra réellement aux besoins du travailleur.

Une fois que la Commission a autorisé l'adaptation, la mesure doit faire partie du plan individualisé de réadaptation.

La décision de la Commission doit notamment préciser le montant maximal que la Commission consent à acquitter pour l'adaptation, selon ce qui a été soumis par l'employeur. Elle comprend

également une description sommaire de l'adaptation. Sans cette décision écrite de la Commission, aucun remboursement ne peut être réclamé.

D'autre part, tout projet d'adaptation doit répondre aux normes de sécurité en vigueur.

3. REMBOURSEMENT DES FRAIS

La Commission rembourse à la personne qui les a engagés les frais relatifs à l'achat et à l'installation des matériaux et équipements nécessaires, ainsi que les frais de modifications ou de réglage. Les frais d'entretien et de réparation éventuels sont à la charge du propriétaire de l'équipement (employeur en usine ou le travailleur s'il doit fournir ses outils).

La Commission peut acquitter directement les frais de services professionnels reliés aux études préalables en matière d'ergonomie, d'ingénierie, de faisabilité afin de pouvoir autoriser (grâce au plan individualisé de réadaptation) les travaux et les achats nécessaires.

4. DÉCISION DE LA COMMISSION

L'adaptation d'un poste de travail fait l'objet d'une décision de la Commission. Cette décision doit être écrite, motivée et notifiée aux intéressés.

Numéro	4.09
Thème	RÉADAPTATION DU TRAVAILLEUR
Objet	Le programme de recyclage
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique précise les conditions et les modalités d'application d'une mesure de réadaptation professionnelle: le programme de recyclage.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 115, 166, 167 (1°), 168 et 354.
- . Règlement sur les normes et montants de frais de déplacement et de séjour, G.O.Q. 07/10/87, page 5943.

Public cible :

- Le travailleur atteint d'une façon permanente et qui a besoin de mettre à jour ses connaissances pour redevenir capable d'exercer son emploi ou, s'il n'existe plus, un emploi équivalent.

Énoncé de la politique :

- Un programme de recyclage doit être réalisé autant que possible au Québec, dans l'industrie ou dans une institution d'enseignement.
- La Commission s'assure que tous les intervenants concernés discutent des modalités d'application du programme de recyclage, mais c'est elle qui décide des modalités d'application.

Développement :

1. RÈGLE GÉNÉRALE

Le programme de recyclage peut être suivi en milieu industriel ou dans une institution d'enseignement, de préférence au Québec.

2. LE RECYCLAGE EN MILIEU INDUSTRIEL

Le recyclage peut se faire en milieu industriel, dans un des établissements de l'employeur ou dans toute autre entreprise située de préférence au Québec. Le stage peut être de durée variable. Cependant, **avant que ne débute un programme de recyclage en industrie**, le travailleur et son représentant, l'employeur, le conseiller en réadaptation et si y a lieu, un représentant de l'entreprise formatrice précisent les buts, le contenu, l'échéancier et le type de supervision offert durant le stage.

Le choix du ou des superviseurs ainsi que les mesures de contrôle de la démarche d'apprentissage sont également discutés par toutes les parties.

Le recyclage en milieu industriel est assujéti à un suivi périodique du conseiller en réadaptation afin d'en assurer la réussite; il porte notamment sur l'assiduité et les aptitudes du travailleur.

C'est à la Commission que reviennent toutes les décisions quant aux sujets qui viennent d'être mentionnés.

Les frais acquittés par la Commission sont précisés à la section 4 de la présente politique.

3. LE RECYCLAGE DANS UNE INSTITUTION D'ENSEIGNEMENT

Le recyclage peut se faire dans une institution d'enseignement située autant que possible au Québec. Le recyclage peut être de durée variable. Toutefois avant que ne débute le recyclage, le conseiller en réadaptation s'assure avec le travailleur et l'employeur de la pertinence du programme de cours. De plus, le conseiller précise, avec le représentant de l'institution d'enseignement, les buts, le contenu, l'échéancier et le type de supervision offert.

Le recyclage dans une institution d'enseignement est assujéti à un suivi périodique par le conseiller en réadaptation afin d'en assurer la réussite; il porte notamment sur l'assiduité et les aptitudes du travailleur.

Le choix de l'institution d'enseignement doit respecter les critères suivants :

- être située autant que possible au Québec;
- exiger des frais de recyclage comparables à ceux des autres institutions du genre;
- axer le recyclage sur l'acquisition des connaissances requises pour exercer l'emploi visé.

C'est à la Commission que reviennent toutes les décisions quant aux sujets qui viennent d'être mentionnés.

Les frais acquittés par la Commission sont précisés à la section 4 de la présente politique.

4. LES FRAIS ACQUITTÉS PAR LA COMMISSION

En plus de l'indemnité de remplacement de revenu, les frais acquittés par la Commission concernent :

- les services de personnes ressources,
- la scolarité,
- les déplacements, les repas et l'hébergement,
- les manuels et fournitures obligatoires,
- les équipements nécessités en raison des limitations fonctionnelles.

4.1 Conditions générales d'application

La Commission assume les frais relatifs au programme de recyclage sur présentation de pièces justificatives pourvu qu'ils aient été prévus au plan individualisé de réadaptation du travailleur.

4.2 Les services de personnes ressources

La Commission peut recourir à des personnes ressources (internes ou externes à l'entreprise) afin d'organiser et de dispenser un programme de recyclage en milieu industriel.

4.3 La scolarité

La Commission peut assumer les frais de scolarité du travailleur dont le programme de recyclage est dispensé en institution d'enseignement.

4.4 Les déplacements, les repas et l'hébergement

La Commission peut rembourser les frais de déplacement, de repas et d'hébergement du travailleur engagés dans le cadre des activités du programme de recyclage, selon les normes et montants prévus au règlement sur les normes et montants de frais de déplacement et de séjour, publiés à la Gazette officielle du Québec.

4.5 Les manuels et fournitures obligatoires

La Commission peut assumer le coût de location ou d'achat des manuels et fournitures obligatoires selon la solution appropriée la plus économique. La liste des manuels et fournitures obligatoires doit être fournie à la Commission par l'entreprise ou l'institution d'enseignement.

La Commission ne rembourse aucun frais de location ou d'achat de fournitures dont le travailleur souhaiterait disposer à son domicile pour faciliter ses apprentissages, à moins qu'ils ne soient rendus nécessaires en raison de la lésion.

Les manuels obligatoires sont ceux dont doit disposer l'ensemble des étudiants inscrits au programme de recyclage auquel participe le travailleur.

Les manuels de référence (ex. : les dictionnaires) qui sont généralement des compléments aux manuels obligatoires ou des ouvrages que les étudiants consultent occasionnellement ou lors de travaux particuliers, ne sont pas remboursés par la Commission.

Les fournitures obligatoires incluent les matières premières, les effets scolaires usuels et les équipements et outils dont doit disposer l'ensemble des étudiants inscrits au programme de recyclage auquel participe le travailleur.

Les matières premières (bois de menuiserie, matériaux d'art, articles de couture, etc.) sont généralement fournies par l'entreprise ou par l'institution d'enseignement qui en inclut le coût dans les frais de scolarité. Cependant, il arrive que l'étudiant doive se procurer ces matériaux. Dans ce cas, la Commission rembourse le coût des matériaux qui ont été portés sur la liste des fournitures qui doivent être obligatoirement acquises par l'ensemble des étudiants.

Les effets scolaires usuels d'usage courant (papier, crayon...) doivent faire l'objet d'achats. La Commission peut allouer à cet effet un montant forfaitaire de 10,00 \$ par mois de recyclage.

Les équipements et outils essentiels à des apprentissages particuliers (micro-ordinateur, table à dessin, outils) sont généralement mis à la disposition des étudiants par l'entreprise ou par l'institution d'enseignement et ce, pendant ou hors des périodes de cours.

Toutefois, il arrive que les étudiants doivent obligatoirement se procurer certains équipements ou outils. Dans ce cas, la Commission acquitte les frais de location ou d'achat des équipements qui ont été portés par l'entreprise ou l'institution d'enseignement sur la liste des fournitures qui doivent être obligatoirement mises à la disposition de l'ensemble des étudiants.

Pour tout équipement ou outil d'un coût supérieur à 300,00 \$, la Commission évalue laquelle des solutions, l'achat ou la location, constitue la solution appropriée la plus économique. À cet effet, elle demande au travailleur de lui fournir deux (2) estimations de location et deux (2) estimations d'achat.

La Commission ne rembourse pas les frais d'entretien ou de réparation des équipements et des outils acquis par le travailleur.

4.6 Les équipements nécessités en raison de la lésion professionnelle

L'usage de certains équipements (micro-ordinateur, dactylographe en braille, magnétophone, loupe, etc) peuvent, dans certains cas, permettre de compenser les limitations fonctionnelles du travailleur et de maximiser son autonomie dans le cadre des activités de recyclage.

La Commission étant tenue de réparer les conséquences de la lésion peut rembourser les frais relatifs à l'achat d'équipements rendus nécessaires en raison des limitations fonctionnelles dues à la lésion professionnelle. Il revient à la Commission d'évaluer, en tenant compte de la gravité de la lésion, la nécessité pour le travailleur de disposer de tels équipements. Au besoin, la Commission peut avoir recours à une évaluation en ergothérapie pour déterminer les équipements nécessaires.

Exemple

. *Un travailleur qui ne peut autrement écrire du fait de sa lésion, peut être autorisé à louer ou à acquérir un micro-ordinateur.*

Pour tout équipement ou outil d'un coût supérieur à 300,00 \$, la Commission évalue laquelle des solutions, l'achat ou la location, constitue la solution appropriée la plus économique. À cet effet, elle demande au travailleur de lui fournir deux (2) estimations de location et deux (2) estimations d'achat.

La Commission ne rembourse pas les frais d'entretien ou de réparation des équipements et des outils acquis par le travailleur.

5. DÉCISION DE LA COMMISSION

Le programme de recyclage fait l'objet d'une décision de la Commission. Cette décision doit être écrite, motivée et notifiée aux intéressés.

Numéro	4.10
Thème	RÉADAPTATION DU TRAVAILLEUR
Objet	Le programme de formation professionnelle
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique précise les conditions et les modalités d'application d'une mesure de réadaptation professionnelle: le programme de formation professionnelle.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 147,166, 167 (3°), 170, 171, 172 et 354.
- . Règlement sur les normes et montants de frais de déplacement et de séjour, G.O.Q. 07/10/87, page 5943.

Public cible :

- Le travailleur atteint d'une façon permanente et qui ne peut accéder **autrement** à un emploi convenable chez son employeur ou ailleurs sur le marché du travail.

Énoncé de la politique :

- Un programme de formation professionnelle doit être réalisé autant que possible au Québec, en milieu industriel ou dans une institution d'enseignement.
- Le programme de formation professionnelle doit être axé sur l'acquisition et le développement des connaissances et des habiletés requises pour exercer un emploi convenable afin de favoriser le retour au travail.
- La Commission s'assure que tous les intervenants concernés discutent des modalités d'application du programme de formation professionnelle, mais c'est elle qui décide des modalités d'application.

Un programme de formation professionnelle peut être projeté lorsque l'employeur a un emploi convenable disponible et que le travailleur a besoin de formation professionnelle pour devenir capable de l'exercer et ce, même à l'intérieur du délai d'exercice du droit au retour au travail.

- Un programme de formation professionnelle peut également être projeté lorsque l'évaluation des possibilités professionnelles du travailleur permet d'établir qu'il lui est impossible d'accéder autrement à un emploi convenable.

Développement :

1. RÈGLE GÉNÉRALE

Le programme de formation professionnelle est projeté s'il est impossible d'accéder autrement à un emploi convenable.

Le programme de formation professionnelle peut être suivi en milieu industriel ou dans une institution d'enseignement, situé de préférence au Québec. Dans certains cas, une évaluation

préalable des aptitudes du travailleur à suivre la formation envisagée ou à exercer l'emploi convenable visé peut être nécessaire.

2. LA FORMATION PROFESSIONNELLE EN MILIEU INDUSTRIEL

La formation professionnelle peut se faire en milieu industriel, dans un des établissements de l'employeur ou dans toute autre entreprise située de préférence au Québec. Le stage peut être de durée variable. Cependant, avant que ne débute un programme de formation professionnelle en milieu industriel, le travailleur et son représentant, l'employeur, le conseiller en réadaptation et s'il y a lieu, un représentant de l'entreprise formatrice précisent les buts, le contenu, l'échéancier et le type de supervision offert durant le stage.

Le choix du ou des superviseurs ainsi que les mesures de contrôle de la démarche d'apprentissage sont également discutés par toutes les parties.

La formation professionnelle en milieu industriel est assujettie à un suivi périodique du conseiller en réadaptation afin d'en assurer la réussite; il porte notamment sur l'assiduité et les aptitudes du travailleur.

C'est à la Commission que reviennent toutes les décisions quant aux sujets qui viennent d'être mentionnés.

Les frais acquittés par la Commission sont précisés à la section 4 de la présente politique.

3. LA FORMATION PROFESSIONNELLE DANS UNE INSTITUTION D'ENSEIGNEMENT

La formation professionnelle peut se faire dans une institution d'enseignement située autant que possible au Québec. La durée de la formation peut correspondre à celle d'un programme scolaire régulier. Toutefois avant que ne débute la formation professionnelle, le conseiller en réadaptation discute avec le travailleur du genre de formation à suivre, de l'institution choisie, de l'échéancier et des mesures de contrôle. De plus, le conseiller précise, avec le représentant de l'institution d'enseignement, les buts, le contenu, l'échéancier et le type de supervision offerts.

La formation professionnelle dans une institution d'enseignement est assujettie à un suivi périodique du conseiller en réadaptation afin d'en assurer la réussite; il porte sur l'assiduité et les aptitudes du travailleur.

Le choix de l'institution d'enseignement doit respecter les critères suivants :

- être située autant que possible au Québec;
- exiger des frais de formation comparables à ceux des autres institutions du genre;
- axer la formation sur l'acquisition et le développement des connaissances et des habiletés requises pour exercer un emploi convenable afin de favoriser le retour au travail.

C'est à la Commission que reviennent toutes les décisions quant aux sujets qui viennent d'être mentionnés.

Les frais acquittés par la Commission sont précisés à la section 4 de la présente politique.

4. LES FRAIS ACQUITTÉS PAR LA COMMISSION

En plus de l'indemnité de remplacement de revenu, les frais acquittés par la Commission concernent :

- les services de personnes ressources,
- la scolarité,
- les déplacements, les repas et l'hébergement,
- les manuels et fournitures obligatoires,
- les équipements nécessités en raison des limitations fonctionnelles.

4.1 Conditions générales d'application

La Commission assume les frais relatifs au programme de formation professionnelle sur présentation de pièces justificatives pourvu qu'ils aient été prévus au plan individualisé de réadaptation.

4.2 Les services de personnes ressources

La Commission peut recourir à des personnes ressources (internes ou externes à l'entreprise) afin d'organiser et de dispenser un programme de formation professionnelle en milieu industriel.

4.3 La scolarité

La Commission peut assumer les frais de scolarité du travailleur dont le programme de formation professionnelle est dispensé en institution d'enseignement.

4.4 Les déplacements, les repas et l'hébergement

La Commission peut rembourser les frais de déplacement, de repas et d'hébergement du travailleur, engagés dans le cadre des activités du programme de formation professionnelle, selon les normes et montants prévus au règlement sur les normes et montants de frais de déplacement et de séjour, publiés à la Gazette officielle du Québec.

4.5 Les manuels et fournitures obligatoires

La Commission peut assumer le coût de location ou d'achat des manuels et fournitures obligatoires selon la solution appropriée la plus économique. La liste des manuels et fournitures obligatoires doit être fournie à la Commission par l'entreprise ou l'institution d'enseignement.

La Commission ne rembourse aucun frais de location ou d'achat de fournitures dont le travailleur souhaiterait disposer à son domicile pour faciliter ses apprentissages, à moins qu'ils ne soient rendus nécessaires en raison de la lésion.

Les manuels obligatoires sont ceux dont doit disposer l'ensemble des étudiants inscrits au programme de formation professionnelle auquel participe le travailleur.

Les manuels de référence (ex : les dictionnaires) qui sont généralement des compléments aux manuels obligatoires ou des ouvrages que les étudiants consultent occasionnellement ou lors de travaux particuliers, ne sont pas remboursés par la Commission.

Les fournitures obligatoires incluent les matières premières, les effets scolaires usuels et les équipements et outils dont doit disposer l'ensemble des étudiants inscrits au programme de formation professionnelle auquel participe le travailleur.

Les matières premières (bois de menuiserie, matériaux d'art, articles de couture, etc.) sont généralement fournies par l'entreprise ou par l'institution d'enseignement qui en inclut le coût dans les frais de scolarité. Cependant, il arrive que l'étudiant doive se procurer ces matériaux. Dans ce cas, la Commission rembourse le coût des matériaux qui ont été portés sur la liste des fournitures qui doivent être obligatoirement acquises par l'ensemble des étudiants.

Les effets scolaires usuels d'usage courant (papier, crayon...) doivent faire l'objet d'achats. La Commission peut allouer à cet effet un montant forfaitaire de 10,00 \$ par mois de formation professionnelle.

Les équipements et outils essentiels à des apprentissages particuliers (micro-ordinateur, table à dessin, outils) sont généralement mis à la disposition des étudiants par l'entreprise ou par l'institution d'enseignement et ce, pendant ou hors des périodes de cours.

Toutefois, il arrive que les étudiants doivent obligatoirement se procurer certains équipements ou outils. Dans ce cas, la Commission acquitte les frais de location ou d'achat des équipements qui ont été portés par l'entreprise ou l'institution d'enseignement sur la liste des fournitures qui doivent être obligatoirement mis à la disposition de l'ensemble des étudiants.

Pour tout équipement ou outil d'un coût supérieur à 300,00 \$, la Commission évalue laquelle des solutions, l'achat ou la location, constitue la solution appropriée la plus économique. À cet effet, elle demande au travailleur de lui fournir deux (2) estimations de location et deux (2) estimations d'achat.

La Commission ne rembourse pas les frais d'entretien ou de réparation des équipements et des outils acquis par le travailleur.

4.6 Les équipements nécessités en raison de la lésion professionnelle

L'usage de certains équipements (micro-ordinateur, dactylographe en braille, magnétophone, loupe, etc) peuvent, dans certains cas, permettre de compenser les limitations fonctionnelles du travailleur et de maximiser son autonomie dans le cadre des activités de son programme de formation professionnelle.

La Commission étant tenu de réparer les conséquences de la lésion peut rembourser les frais relatifs à l'achat d'équipements rendus nécessaires en raison des limitations fonctionnelles dues à la lésion professionnelle. Il revient à la Commission d'évaluer, en tenant compte de la gravité de la lésion, la nécessité pour le travailleur de disposer de tels équipements. Au besoin, la Commission peut avoir recours à une évaluation en ergothérapie pour déterminer les équipements nécessaires.

Exemple

. *Un travailleur qui ne peut autrement écrire du fait de sa lésion, peut être autorisé à louer ou à acquérir un micro-ordinateur.*

Pour tout équipement ou outil d'un coût supérieur à 300,00 \$, la Commission évalue laquelle des solutions, l'achat ou la location, constitue la solution appropriée la plus économique. À cet effet, elle demande au travailleur de lui fournir deux (2) estimations de location et deux (2) estimations d'achat.

La Commission ne rembourse pas les frais d'entretien ou de réparation des équipements et des outils acquis par le travailleur.

5. DÉCISION DE LA COMMISSION

Le programme de formation professionnelle fait l'objet d'une décision de la Commission. Cette décision doit être écrite, motivée et notifiée aux intéressés.

Numéro	4.11
Thème	RÉADAPTATION DU TRAVAILLEUR
Objet	Les subventions
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique précise la nature, les conditions et les modalités d'application des différents programmes de subvention de la Commission.

Cadre juridique et références :

. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 67, 118, 147, 167 (5° et 8°), 175, 178, 186, 187 et 354.

. Conditions pour l'octroi d'une subvention à un employeur qui embauche un travailleur victime d'une lésion professionnelle, publiées à la Gazette officielle du Québec, G.O.Q. 1986-05-21, pages 1438 et suivantes.

Public cible :

- L'employeur ainsi que le travailleur dont l'intégrité physique ou psychique est atteinte d'une façon permanente.

Énoncé de la politique :

- La Commission, dans le but de stimuler l'embauche de travailleurs victimes de lésions professionnelles et d'encourager la créativité des travailleurs, offre des programmes de subventions:

- 1° pour la réadaptation du travailleur à son emploi, pour son adaptation à un nouvel emploi ou pour lui permettre d'acquérir une nouvelle compétence professionnelle;
- 2° pour la création d'emploi;
- 3° pour l'acquisition d'une entreprise qui constitue un emploi convenable pour le travailleur.

Développement :

1. SUBVENTIONS À L'EMPLOYEUR

Avant d'accorder une subvention, le conseiller en réadaptation consulte les dossiers de la Commission sur l'employeur, tant sous l'aspect financier que sous l'aspect prévention-inspection. Il doit s'assurer que le dossier ne présente pas d'éléments négatifs, tels un retard dans le paiement de la cotisation ou des poursuites judiciaires intentées par la Commission. Dans de tels cas, la subvention pourrait être remise en question.

1.1 Subvention pour embauche (article 175)

La subvention pour embauche couvre une période ne pouvant excéder un an pendant laquelle le travailleur embauché ne peut satisfaire aux exigences normales de l'emploi; cette subvention ne peut excéder 80 % du salaire versé au travailleur et elle ne doit pas dépasser le maximum annuel assurable.

Elle a pour but d'assurer au travailleur une période de réadaptation à son emploi, d'adaptation à son nouvel emploi ou de lui permettre d'acquérir une nouvelle compétence professionnelle.

Les conditions régissant l'octroi de cette subvention sont déterminées par la Commission et publiées à la Gazette officielle du Québec.

1.2 Subvention pour création d'emploi (article 186)

Lorsqu'un employeur crée un ou des emplois à caractère permanent pour des travailleurs qui ont subi une atteinte permanente à leur intégrité physique ou psychique en raison de leur lésion professionnelle, la Commission peut octroyer une subvention pour chaque emploi créé. Les emplois créés doivent être réservés aux travailleurs qui ont subi une atteinte permanente à leur intégrité physique ou psychique. Il importe d'avoir déjà identifié un (ou des) dossier(s) de travailleur(s) avant d'accorder cette subvention.

De plus la Commission peut offrir à l'employeur des services de consultation professionnelle et technique quant aux postes créés. Lorsqu'elle ne peut assurer elle-même ces services, elle rembourse les honoraires et les dépenses des professionnels qui les assurent.

Cette subvention n'est pas renouvelable, et elle ne fait pas partie du plan individualisé de réadaptation. Le montant maximum de la subvention est prévu à l'article 186 de la loi. Ce montant prévu à la loi est revalorisé à chaque année. Le coût des honoraires et des dépenses pour services de consultation professionnelle, s'il y a lieu, s'ajoute au montant prévu de la subvention.

Avant de verser la subvention, la Commission s'assure du caractère permanent du ou des postes créés, de la fiabilité et de la solvabilité de l'employeur ainsi que de l'investissement nécessaire à l'employeur pour la création du ou des postes.

Il est possible pour un même employeur de cumuler une subvention pour création d'emploi (article 186) et une subvention pour embauche (article 175), en autant qu'il satisfasse à la fois aux conditions d'octroi prévues pour l'une et l'autre des subventions.

La Commission impute le coût de la subvention pour création d'emploi (article 186) de même que celui des honoraires et des dépenses pour services de consultation professionnelle à l'ensemble des employeurs.

2. SUBVENTION AU TRAVAILLEUR

2.1 Règles générales

Cette subvention octroyée pour la création et la gestion d'une entreprise couvre aussi bien l'acquisition que la mise sur pied intégrale d'une nouvelle entité commerciale ou industrielle.

Cette subvention a pour but de permettre au travailleur d'acquérir une entreprise qui constitue pour lui un emploi convenable.

Cette mesure a un caractère exceptionnel. Il s'agit d'un dernier recours dans le processus de retour en emploi et elle doit être considérée après toutes les autres possibilités décrites au processus de détermination de l'emploi convenable (voir la politique 3.05 *La détermination de l'emploi convenable*).

Le montant maximal de la subvention ne peut dépasser le maximum annuel assurable de l'année en cours.

2.2 Conditions d'octroi de la subvention

La subvention est octroyée après évaluation positive des chances de succès du projet d'acquisition ou de création de l'entreprise.

À cet effet, le travailleur doit faire exécuter, par un spécialiste en la matière (firme comptable, établissement bancaire, B.F.D.), une étude de faisabilité et de rentabilité de son projet.

L'étude, produite à la Commission par le travailleur, doit conclure:

- . que le projet est réalisable,
- . que le projet sera rentable à moyen terme, c'est-à-dire dans une période allant de 3 à 7 ans.

Les frais de l'étude sont acquittés par le travailleur, et la Commission les lui rembourse seulement si le projet est accepté. Ce remboursement s'ajoute au montant de la subvention.

En outre, le travailleur doit démontrer à la Commission sa capacité d'exploiter l'entreprise projetée.

Même si l'entreprise peut devenir rentable à moyen terme, il reste qu'elle doit constituer **dès le départ**, un emploi convenable pour le travailleur.

Or, conformément à la politique 2.04 *Le revenu de l'emploi convenable*, un emploi convenable, au sens de la loi, est un emploi qui doit générer un revenu au moins égal au salaire minimum en vigueur.

En conséquence, l'étude de rentabilité doit prévoir un revenu au travailleur dès le début de l'entreprise; ce revenu ne doit pas être inférieur au salaire minimum en vigueur et il doit tendre à se rapprocher le plus possible du salaire que le travailleur aurait retiré de son emploi n'eut été sa lésion.

C'est pourquoi l'étude de rentabilité devrait faire état des besoins minimaux du travailleur quant au coût de la vie, et devrait indiquer le salaire du travailleur avant sa lésion. Ces deux éléments permettront au conseiller en réadaptation de mieux apprécier le salaire évalué dans l'étude de rentabilité de l'entreprise.

De plus, l'étude de rentabilité doit prévoir la progression du salaire du travailleur pendant la période d'atteinte de la rentabilité. Le salaire anticipé devrait progresser proportionnellement à l'enrichissement de l'entreprise, enrichissement également estimé dans l'étude de rentabilité.

2.3 Calcul de l'indemnité de remplacement du revenu réduite et révision

Le salaire annuel brut établi dans l'étude de rentabilité servira au calcul de l'indemnité réduite de remplacement du revenu qui peut être versée au travailleur en vertu de l'article 50 de la loi.

La révision de l'indemnité de remplacement du revenu réduite se fait conformément à la politique 2.03 *La réduction, la suspension et la cessation de l'indemnité de remplacement du revenu*. Le revenu annuel brut du travailleur aux fins du calcul du revenu prévu à l'article 50, inclura alors le salaire annuel brut évalué dans l'étude de rentabilité, plus le profit net de l'entreprise après soustraction des frais d'exploitation et du montant d'enrichissement normal réinvesti dans l'entreprise. L'enrichissement normal est, quant à lui, un pourcentage des bénéfices à réinvestir pour la bonne santé de l'entreprise. Il peut être défini dans l'étude de faisabilité et de rentabilité ou lors du suivi financier par l'expert en financement et comptabilité.

Cependant, lorsque le travailleur peut démontrer, par une preuve prépondérante, qu'en raison de circonstances imprévues, le revenu qu'il retire réellement de son entreprise est inférieur à celui évalué lors de l'étude de rentabilité, la Commission révisé alors son indemnité de remplacement du revenu en utilisant ce revenu tel que démontré par le travailleur.

2.4 Suivi de la gestion de l'entreprise

Afin de maximiser les chances de réussite du travailleur, un suivi et un encadrement financier doivent obligatoirement être assurés par une firme spécialisée pendant les trois premiers mois et, par la suite, selon les recommandations justifiées de cette firme, durant les trois premières années. Ces suivis devraient en principe s'espacer au fur et à mesure que le travailleur acquiert de l'expérience.

De plus, la Commission recommande que le nouvel entrepreneur incorpore son entreprise. Cette incorporation protège les biens du travailleur d'une éventuelle faillite.

3. RECOUVREMENT

En vertu de la loi, la Commission a l'obligation de recouvrer, en tout ou en partie, les sommes qui n'ont pas été utilisées aux fins pour lesquelles elles ont été octroyées.

Les fins pour lesquelles est octroyée la subvention consistant à acquérir une entreprise, la subvention ne sera pas recouvrée, à moins que la Commission constate qu'elle n'a pas été utilisée à ces fins. Aussi, en cas de vente de l'entreprise, pendant la période d'atteinte du seuil de rentabilité prévue dans l'étude de rentabilité, la Commission récupère partie de la subvention au prorata des années qui restent avant la fin de cette période.

4. DÉCISION DE LA COMMISSION

Les programmes de subvention font l'objet d'une décision de la Commission. Cette décision doit être écrite, motivée et notifiée aux intéressés.

Politique 4.12

L'aide personnelle à domicile

Objectif

Préciser les conditions d'admissibilité et d'application à la mesure d'aide personnelle à domicile.

Cadre juridique

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), articles 118, 145, 151, 158 à 163, 278, 354 et 361.

Règlement sur le barème des dommages corporels.

Règlement sur les normes et barèmes de l'aide personnelle à domicile.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitres S-5 et S-4.2).

Résumé de la politique

L'aide personnelle à domicile est une mesure de réadaptation sociale qui vise à maintenir ou à retourner à domicile un travailleur qui a subi une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique. Cette aide peut être octroyée à un travailleur incapable de prendre soin de lui-même et incapable d'effectuer sans aide les tâches domestiques qu'il effectuerait normalement. De l'aide peut également être accordée pour combler un besoin de surveillance.

Pour recevoir de l'aide personnelle à domicile, le travailleur doit répondre aux conditions d'admissibilité de la mesure.

Énoncés de la politique

1. Admissibilité à l'aide personnelle à domicile

L'aide personnelle à domicile est octroyée dans le cadre de la réadaptation sociale qui a pour but d'aider le travailleur à surmonter, dans la mesure du possible, les conséquences personnelles et sociales de sa lésion professionnelle, à s'adapter à la nouvelle situation qui découle de sa lésion et à redevenir autonome dans l'accomplissement de ses activités habituelles.

[LATMP, article 151](#)

L'aide personnelle peut être accordée :

- À un travailleur admis à la réadaptation qui, en raison de la lésion professionnelle dont il a été victime, a subi une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique.

Une atteinte permanente doit se traduire par un pourcentage de déficit anatomo-physiologique selon le Règlement sur le barème des dommages corporels.

[LATMP, article 145](#)

[Voir politique 4.01 L'admissibilité en réadaptation](#)

et

- À un travailleur qui satisfait aux trois conditions suivantes :
 - o est incapable de prendre soin de lui-même; et
 - o est incapable d'effectuer sans aide les tâches domestiques qu'il effectuerait normalement; et
 - o cette aide doit s'avérer nécessaire à son maintien ou à son retour à domicile.

[LATMP, article 158](#)

2. Évaluation des besoins du travailleur

L'évaluation des besoins d'aide personnelle à domicile détermine si le travailleur présente ou non des besoins d'assistance personnelle et domestique. Cette évaluation précise également si les besoins d'assistance sont partiels ou complets.

Par ailleurs, pour les travailleurs qui présentent une atteinte permanente entraînant des séquelles neurologiques ou psychiques, l'évaluation détermine si le travailleur présente ou non un besoin de surveillance. Cette évaluation précise s'il s'agit d'un besoin de surveillance modéré ou marqué.

Cette évaluation des besoins se fait dans le milieu de vie du travailleur en utilisant la grille d'évaluation des besoins d'aide personnelle annexée au Règlement sur les normes et barèmes de l'aide personnelle à domicile.

[Règlement sur les normes et barèmes de l'aide personnelle à domicile](#)

3. Détermination et versement du montant de l'aide personnelle

Le montant de l'aide personnelle à domicile est établi sur une base mensuelle selon le pointage obtenu à la grille d'évaluation annexée au Règlement sur les normes et barèmes de l'aide personnelle à domicile. Il est versé au travailleur une fois par deux semaines.

[LATMP, article 163](#)

Le montant maximum mensuel est déterminé selon les normes et barèmes que la CSST adopte par Règlement. Le montant est revalorisé le 1^{er} janvier de chaque année.

[LATMP, article 118](#)

[LATMP, article 160](#)

L'aide personnelle comprend les frais d'engagement d'une personne pour aider le travailleur à prendre soin de lui-même et pour effectuer les tâches domestiques qu'il effectuerait normalement lui-même si ce n'était de sa lésion professionnelle.

Même si l'aide est apportée par un membre de la famille, la CSST verse les montants prévus au travailleur.

[LATMP, article 159](#)

4. Réévaluation des besoins du travailleur

Les circonstances donnant lieu à une réévaluation des besoins d'aide personnelle à domicile sont les suivantes :

- l'évolution de l'état de santé du travailleur en lien avec sa lésion professionnelle;
[LATMP, article 161](#)
- lorsque le proche qui accomplissait l'activité n'est plus disponible, notamment pour cause de maladie, séparation, décès;
- un changement de domicile du travailleur.

Le travailleur doit informer, sans délai, la CSST de tout changement dans sa situation qui peut influencer sur son droit à recevoir de l'aide personnelle à domicile ou sur le montant qui lui est accordé.

[LATMP, article 278](#)

5. Cessation du versement

La CSST cesse de verser le montant d'aide personnelle lorsque :

- le travailleur redevient capable de prendre soin de lui-même ou d'effectuer sans aide les tâches domestiques qu'il ne pouvait effectuer en raison de sa lésion professionnelle; ou
- le travailleur est hébergé ou hospitalisé dans une installation maintenue par un établissement visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., chapitre S-4.2) ou par un

établissement visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris et inuit (L.R.Q., chapitre S-5); ou
[LATMP, article 162](#)

- le travailleur décède.

6. Décision de la CSST

L'aide personnelle à domicile fait l'objet d'une décision de la CSST. Cette décision est écrite, motivée et notifiée aux intéressés dans les plus brefs délais. Lorsque l'aide personnelle est accordée, la décision doit indiquer notamment le montant alloué ainsi que la durée prévisible de l'aide personnelle.

[LATMP, article 354](#)

Les ajustements faits lors d'une réévaluation et de la cessation de l'aide personnelle à domicile font l'objet d'une nouvelle décision de la CSST.

Une décision de la CSST a effet immédiatement, malgré une demande de révision.

[LATMP, article 361](#)

Numéro	5.01
Thème	ASSISTANCE MÉDICALE
Objet	Les services de professionnels de la santé
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique vise à préciser la nature des services de professionnels de la santé prévus à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles ainsi que les principes servant à leur paiement et à leur remboursement.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 2, 8, 8.1, 188, 189 (1°), 192, 194, 196, 197, 198, 332, 341 et 586.
- . Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q., c.A-29), articles 1, 3, 19, 22 à 25, 31, 36.
- . Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie et ses modifications, articles 22, 31 et 34.

Public cible :

- Le travailleur victime d'une lésion professionnelle et dont la condition nécessite les services de professionnels de la santé.

Énoncé de la politique :

- La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles accorde au travailleur victime d'une lésion professionnelle le droit à l'assistance médicale qu'exige son état en raison de cette lésion. Les services de professionnels de la santé font partie de l'assistance médicale. Les frais de l'assistance médicale étant à la charge de la Commission, celle-ci acquitte les services des professionnels de la santé.

- La loi reconnaît aussi au travailleur le droit aux soins du professionnel de la santé de son choix.

Développement :

1. LIBRE CHOIX DU TRAVAILLEUR QUANT AUX SOINS DU PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ

La loi accorde au travailleur victime d'une lésion professionnelle le droit aux soins du professionnel de la santé de son choix.

Par professionnel de la santé on entend les médecins, les dentistes, les optométristes et les pharmaciens, tel que défini à l'article 2 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles en regard de la Loi sur l'assurance-maladie.

2. LES SERVICES DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles accorde au travailleur victime d'une lésion professionnelle le droit aux services de professionnels de la santé lorsqu'ils sont requis par l'état de ce dernier en raison de sa lésion professionnelle. Ces services comprennent les services assurés par la Loi sur l'assurance-maladie, les services qui ne sont pas considérés comme

assurés ou ceux qui ne sont pas déterminés comme assurés par le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie.

En vertu de la Loi sur l'assurance-maladie, ces professionnels de la santé sont identifiés comme suit :

- le "**professionnel soumis à l'application d'une entente**": c'est-à-dire celui qui exerce sa profession dans le cadre du régime institué par la Loi sur l'assurance-maladie, qui est rémunéré suivant le tarif prévu à l'entente et dont le montant des honoraires lui est payé directement par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.
- le "**professionnel désengagé**": c'est-à-dire celui (autre qu'un pharmacien) qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime institué par la Loi sur l'assurance-maladie mais qui accepte d'être rémunéré suivant le tarif prévu à l'entente et dont le montant des honoraires lui est payé directement par la Commission.
- le "**professionnel non participant**": c'est-à-dire celui qui exerce sa profession en dehors des cadres du régime institué par la Loi sur l'assurance-maladie mais qui n'accepte pas d'être rémunéré suivant le tarif prévu à l'entente et dont le montant des honoraires lui est payé directement par la Commission.

La Loi sur l'assurance-maladie prévoit que les professionnels de la santé qui exercent dans le cadre du régime d'assurance-maladie rendent des services assurés. Ces professionnels sont alors soumis à l'entente entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et leurs fédérations ou associations professionnelles. Ces services assurés sont acquittés directement à ces professionnels par la Régie de l'assurance-maladie du Québec tel que prévu à l'article 196 de la Loi sur les accidents du travail et des maladies professionnelles. Par la suite, la Commission les rembourse à la Régie (articles 197 et 198). Par contre présentement, **seuls les services médicaux assurés tarifés sont acquittés directement aux médecins par la Régie** de l'assurance-maladie du Québec.

Pour ce qui est des services qui ne sont pas considérés ou non déterminés comme assurés et rendus par les professionnels qui exercent dans le cadre du régime, la Commission les acquitte directement aux professionnels de la santé dans le cadre d'ententes.

Ce mode de paiement est également applicable aux professionnels non participants pour **tous** les services qu'ils rendent.

Quant aux professionnels désengagés, la Commission utilise ce même mode de paiement pour les services qui ne sont pas considérés ou non déterminés comme assurés. En ce qui a trait aux services assurés tarifés, la Commission les acquitte directement à ces professionnels selon le tarif administré par la Régie de l'assurance-maladie tandis que les services assurés non tarifés sont acquittés dès qu'ils deviennent tarifés.

2.1 Services assurés par la Loi sur l'assurance-maladie

2.1.1 Services médicaux assurés rendus par les médecins soumis à l'application d'une entente

Tous les services que rendent les médecins et qui sont requis au point de vue médical sont des services assurés dans le cadre du régime de l'assurance-maladie du Québec (Loi sur l'assurance-maladie, c.A.29. art. 1 a) à moins qu'ils ne soient pas considérés comme assurés par le Règlement d'application de cette loi. Ces services sont rendus par les médecins spécialistes ou omnipraticiens dans les établissements de santé ou à domicile. Les services médicaux assurés comprennent, notamment les examens, les consultations,

les soins psychiatriques, les actes diagnostiques et thérapeutiques, la chirurgie, l'anesthésie et la radiologie.

Font aussi partie des services médicaux, les services médico-administratifs visés par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles remboursés conformément aux ententes conclues entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et les fédérations des médecins spécialistes et omnipraticiens.

Modalités de paiement des services médicaux assurés

Les services médicaux assurés sont acquittés directement aux médecins par la Régie de l'assurance-maladie du Québec et la Commission les rembourse à la Régie.

Services médicaux assurés tarifés

Les services médicaux assurés sont dits "tarifés" lorsque le tarif applicable à ceux-ci est prévu à une entente entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et les fédérations des médecins spécialistes et omnipraticiens. La Régie de l'assurance-maladie du Québec assume alors le coût des services médicaux assurés selon ces tarifs.

Ce principe de paiement des services médicaux assurés s'applique donc pour les travailleurs, victimes d'une lésion professionnelle, lorsque les conditions suivantes sont réunies :

- les services médicaux sont requis par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle;
- les services sont requis au point de vue médical;
- les services sont rendus par un médecin soumis à l'application d'une entente conclue dans le cadre du régime d'assurance-maladie du Québec;
- les services sont **tarifés** à une telle entente.

Services médicaux assurés non tarifés

Le principe de paiement est le même que celui des services médicaux assurés tarifés, à l'exception que les services ne sont pas tarifés à l'entente.

Ces services médicaux assurés sont dits "non tarifés" lorsque le tarif de ceux-ci n'est pas fixé à l'entente entre le ministre de la Santé et des Services sociaux et les fédérations des médecins spécialistes et omnipraticiens.

Ces services étant assurés au sens de la Loi sur l'assurance-maladie et n'étant pas considérés comme non assurés par règlement adopté sous cette loi, ils sont donc assurés par le régime d'assurance-maladie même s'ils ne sont pas tarifés. Le médecin qui rend un tel service assuré non tarifé doit donc diriger sa réclamation à la Régie de l'assurance-maladie du Québec aux fins d'établir la tarification de ces services médicaux selon les mécanismes prévus à l'entente entre sa fédération et le ministre de la Santé et des Services sociaux.

La Commission ne peut donc assumer directement le coût de ces services médicaux assurés non tarifés. Lorsque le service sera tarifé, la Régie de l'assurance-maladie du Québec l'acquittera au médecin et la Commission les remboursera à la Régie tel que prévu aux articles 197 et 198 de la loi.

2.1.2 Services de chirurgie buccale et services dentaires assurés rendus par les dentistes

Services de chirurgie buccale

Les services de chirurgie buccale sont considérés comme des services assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie lorsqu'ils sont déterminés par le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie à l'article 31, qu'ils sont requis au point de vue dentaire et qu'ils sont rendus dans un centre hospitalier du Québec par les dentistes autorisés à les rendre dans ce centre.

Services dentaires

Également, l'article 35 de ce règlement précise que certains services dentaires sont assurés lorsqu'ils sont fournis à des enfants de moins de 10 ans. Toutefois, l'article 22, paragraphe K.1. du Règlement d'application de la loi sur l'assurance-maladie désassure certains services dentaires qui sont rendus plus d'une fois par période de 12 mois. Ces services comprennent notamment des services de diagnostic, de radiographie, d'anesthésie de restauration, d'endodontie et de chirurgie.

Modalités de paiement des services de chirurgie buccale assurés

À défaut d'entente dans le cadre du régime d'assurance-maladie relativement aux services rendus à des travailleurs, la Commission acquitte directement aux dentistes (ou encore appelés chirurgiens-dentistes), les services de chirurgie buccale considérés comme assurés lorsqu'ils sont requis au point de vue dentaire et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle (article 586).

Modalité de paiement des services dentaires assurés

Les articles 332 et 341 de la Loi sur les accidents du travail et des maladies professionnelles prévoient que dans certains cas, l'employeur d'un travailleur est tenu personnellement au paiement des prestations que la Commission accorde. Ainsi, dans le cas d'un camelot âgé de moins de 10 ans pour lequel les services sont requis au point de vue dentaire et par son état en raison de sa lésion professionnelle, la Commission réclamera à l'employeur le coût de l'assistance médicale.

2.1.3 Services optométriques assurés

Les services optométriques sont considérés comme assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie lorsqu'ils sont déterminés à l'article 34 et 34.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie, pour les personnes âgées de moins de 18 ans ou de 65 ans et plus (les services aux personnes de 18 à 64 ans inclusivement ne sont donc pas assurés sauf pour ceux qui détiennent depuis au moins 12 mois consécutifs un carnet de réclamation délivré par le ministre de la Sécurité du revenu à une personne de 60 ans et plus selon l'article 71 de la Loi sur l'assurance-maladie ou à une personne bénéficiant d'un programme visé à l'article 71.1 de cette dernière loi). Toutefois, l'article 22, paragraphe j du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie désassure certains services optométriques rendus plus d'une fois par période de 24 mois. Ces services comprennent notamment les examens des yeux, l'analyse de leurs fonctions, l'étude des problèmes visuels et l'ordonnance du traitement.

Modalités de paiement des services optométriques assurés

À défaut d'une entente couvrant les services fournis à des travailleurs, la Commission acquitte directement aux optométristes ces services considérés comme assurés lorsqu'ils

sont requis au point de vue optométrique et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle (article 586).

Il est à noter que la Commission n'assume pas les coûts des services optométriques assurés rendus aux travailleurs en vertu de l'application de l'article 113 (voir la politique 2.08 *Les frais divers*).

2.2 Services non assurés par la Loi sur l'assurance-maladie

2.2.1 Services médicaux non assurés rendus par un médecin soumis à l'application d'une entente

Les services médicaux ne sont pas considérés comme assurés lorsqu'il s'agit des services qui sont nommément identifiés à l'article 22 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie.

Certains de ces services ne sont pas considérés comme assurés quelque soit l'endroit où ils sont rendus.

À titre d'exemple :

- "la psychanalyse sous toutes ses formes à moins que tel service ne soit rendu dans une institution autorisée à cette fin par le ministre des Affaires sociales";
- "tout service dispensé à des fins purement esthétiques(...)", notamment toute correction localisée ailleurs qu'à la face ou au cou et qui ne provoque pas d'interférence fonctionnelle(...);
- "toute visite faite dans le seul but d'obtenir le renouvellement d'une ordonnance";
- "tous les actes **d'acupuncture**".

Par ailleurs, d'autres services ne sont pas considérés comme assurés lorsqu'ils sont rendus ailleurs que dans un centre hospitalier.

À titre d'exemple :

- "l'injection de substances sclérosantes et l'examen dispensé à cette occasion(...)";
- "l'usage des radionucléides in vivo chez l'humain" (aussi appelé "médecine nucléaire");
- "l'ultrasonographie" (aussi appelée "échographie");
- "la tomодensitométrie" (aussi appelée "SCAN ou TACO");
- "l'imagerie par résonance magnétique" ;
- toute ablation d'une dent par un médecin.

Modalités de paiement des services médicaux non assurés

Les services médicaux qui ne sont pas considérés comme assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie ne peuvent pas être payés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. La Commission acquitte ces services directement aux médecins lorsqu'ils sont requis au point de vue médical et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle.

Cependant, elle n'est pas tenue de payer automatiquement le montant réclamé par le médecin. Elle doit plutôt chercher à conclure une entente avec celui-ci, aux fins d'établir une tarification juste et raisonnable.

À défaut d'entente, la Commission acquitte le montant qu'elle croit juste et raisonnable et elle informe le médecin qu'aucune somme supplémentaire ne lui sera versée pour ces services.

2.2.2 Services de chirurgie buccale et services dentaires non assurés rendus par les dentistes

Les services de chirurgie buccale rendus hors d'un centre hospitalier et les services dentaires des personnes de 10 ans et plus, non déterminés comme assurés par le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie sont considérés comme des services non assurés. L'article 22, paragraphe k.1 du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie désassure certains services dentaires qui sont rendus plus d'une fois par période de 12 mois. Ces services comprennent notamment des services de diagnostics, de radiographie, d'anesthésie, de restauration, d'endodontie et de chirurgie.

Modalités de paiement des services de chirurgie buccale et des services dentaires non assurés

Les services qui ne sont pas considérés comme assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie ne peuvent être payés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. La Commission les acquitte directement aux dentistes (chirurgiens-dentistes) lorsqu'ils sont requis au point de vue dentaire et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle.

Cependant, elle n'est pas tenue de payer automatiquement le montant réclamé par le dentiste. Elle doit plutôt chercher à conclure une entente avec celui-ci, aux fins d'établir une tarification juste et raisonnable.

À défaut d'entente, la Commission acquitte le montant qu'elle croit juste et raisonnable et elle informe le dentiste qu'aucune somme supplémentaire ne lui sera versée pour ces services.

À noter que la Commission acquitte le coût d'achat et les frais d'ajustement, de réparation, de renouvellement des prothèses devenues nécessaires par suite d'une lésion professionnelle (voir la politique 5.04 *Les prothèses et orthèses*).

2.2.3 Services optométriques non assurés

Tous les services optométriques rendus aux personnes âgées de 18 à 64 ans (sous réserve des personnes qui détiennent un carnet de réclamation visé à l'article 71 ou 71.1 de la Loi sur l'assurance-maladie) inclusivement sont des services considérés comme non assurés par le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie. Ces services comprennent notamment les examens des yeux, l'analyse de leurs fonctions, l'étude des problèmes visuels et l'ordonnance d'un traitement approprié. L'article 22 paragraphe j du Règlement d'application de la Loi sur l'assurance-maladie désassure certains services optométriques qui sont rendus plus d'une fois par période de 24 mois.

Modalités de paiement des services optométriques non assurés

Les services optométriques qui ne sont pas considérés comme assurés en vertu de la Loi sur l'assurance-maladie ne peuvent être payés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec.

La Commission acquitte ces services directement aux optométristes lorsqu'ils sont requis au point de vue optométrique et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle.

Cependant, elle n'est pas tenue de payer automatiquement le montant réclamé par l'optométriste. Elle doit plutôt chercher à conclure une entente avec celui-ci, aux fins d'établir une tarification juste et raisonnable.

À défaut d'entente, la Commission acquitte le montant qu'elle croit juste et raisonnable et elle informe l'optométriste qu'aucune somme supplémentaire ne lui sera versée pour ces services.

Il est à noter que la Commission n'assume pas les coûts des services optométriques non assurés rendus aux travailleurs en vertu de l'application de l'article 113 (voir la politique 2.08 *Les frais divers*).

3. SERVICES MÉDICAUX RENDUS PAR LES MÉDECINS DÉSENGAGÉS OU NON PARTICIPANTS

Le coût de l'assistance médicale étant à la charge de la Commission, le médecin désengagé ou non participant ne peut réclamer aucun montant au travailleur pour une prestation d'assistance médicale à laquelle il a droit, en vertu de l'article 194 de la loi. Puisque ces médecins ne sont pas rémunérés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, l'article 196 de la loi ne saurait s'appliquer. Ils doivent adresser leur demande de paiement à la Commission qui l'acquitte directement à ces médecins.

Modalités de paiement des services médicaux rendus par un médecin désengagé ou non participant

Exceptionnellement, dans les cas d'urgence, les services rendus par les médecins désengagés ou non participants sont acquittés par la Régie au tarif administré par celle-ci (Loi sur l'assurance-maladie, article 36) et remboursés par la Commission (article 197).

Dans tous les autres cas, les modalités de paiement sont les suivantes :

MÉDECIN DÉSENGAGÉ

Services médicaux tarifés

Le médecin désengagé qui rend des services médicaux assurés tarifés, dans le cadre du régime d'assurance-maladie, à un travailleur victime d'une lésion professionnelle, doit en réclamer le paiement à la Commission. Celle-ci acquitte ces services directement au médecin désengagé selon le tarif administré par la Régie de l'assurance-maladie du Québec lorsqu'ils sont requis au point de vue médical et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle.

Services médicaux non tarifés

Le médecin désengagé qui rend des services médicaux non tarifés dans le cadre du régime devra faire parvenir sa demande d'honoraires à la Commission. Celle-ci acquittera le paiement des honoraires du médecin dès que les services seront tarifés s'ils sont requis au point de vue médical et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle.

Services qui ne sont pas considérés comme assurés

Le médecin désengagé qui rend des services médicaux qui ne sont pas considérés comme assurés, doit en faire la demande de paiement à la Commission. Celle-ci acquitte le montant de

ces services directement au médecin désengagé lorsqu'ils sont requis au point de vue médical et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle.

Cependant, elle n'est pas tenue de payer automatiquement le montant réclamé par le médecin. Elle doit plutôt chercher à conclure des ententes avec celui-ci, aux fins d'établir une tarification juste et raisonnable.

À défaut d'entente, la Commission acquitte au médecin désengagé, le montant des honoraires qu'elle croit juste et raisonnable et l'informe qu'aucune somme supplémentaire ne lui sera versée pour ces services.

MÉDECIN NON PARTICIPANT

Services médicaux tarifés, les non tarifés et ceux qui ne sont pas considérés comme assurés dans le cadre du régime d'assurance-maladie

Le médecin non participant qui rend soit l'un ou l'autre de ces services doit en faire la demande de paiement à la Commission. Celle-ci acquitte le coût de ces services directement au médecin non participant lorsqu'ils sont requis au point de vue médical et par l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle.

Cependant, elle n'est pas tenue de payer automatiquement le montant réclamé par le médecin. Elle doit plutôt chercher à conclure des ententes avec celui-ci, aux fins d'établir une tarification juste et raisonnable.

À défaut d'entente, la Commission acquitte au médecin non participant, le montant des honoraires qu'elle croit juste et raisonnable et elle l'informe qu'aucune somme supplémentaire ne lui sera versée pour ces services.

4. SERVICES DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ HORS QUÉBEC

L'assistance médicale comprend les services des professionnels de la santé au Québec. Il y a cependant des exceptions. Lorsqu'un travailleur est victime d'une lésion professionnelle hors du Québec et que les conditions d'admissibilité énoncées à l'article 8 de la loi sont remplies, la Commission assume les coûts des services des professionnels de la santé au tarif réel.

Par ailleurs, en ce qui concerne les soins non disponibles au Québec, alors que la lésion est survenue au Québec, c'est le règlement d'application de la Loi sur l'assurance-hospitalisation qui trouve application.

Politique 5.02

Les soins et les traitements fournis par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Objectif

Énoncer les normes de paiement des frais relatifs aux soins ou aux traitements fournis par un établissement visé par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c.S-4.2) ou la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c-S-5).

Cadre juridique

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), articles 188, 189(2), 193, 194, 195, 196, 197.

Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c.S-4.2).

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c.S-5).

Résumé de la politique

Dans le cadre de l'assistance médicale, les soins ou traitements fournis par les établissements visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris sont offerts au travailleur ayant subi une lésion professionnelle. Des ententes sont négociées à chaque année avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour la tarification des soins rendus dans les établissements du réseau public. Les soins et traitements fournis en cabinet privé ne font pas l'objet de la présente politique.

Énoncés de la politique

1. Établissements du réseau public de la santé et des services sociaux

Dans le cadre de l'assistance médicale, le travailleur ayant subi une lésion professionnelle a droit à l'assistance médicale que requiert son état en raison de sa lésion professionnelle, ce qui comprend les soins et traitements fournis par l'établissement de santé de son choix parmi les établissements visés par la Loi sur les services de santé et les services sociaux ou la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris.

[LATMP, article 188](#)

[LATMP, article 189\(2\)](#)

[LATMP, article 193](#)

[Loi sur les services de santé et les services sociaux](#)

[Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris](#)

Ces établissements comprennent les centres suivants :

- centre local de services communautaires (CLSC);
- centre hospitalier (CH);
- centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (CPEJ);
- centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- centre de réadaptation (CR).

Les soins et traitements fournis en **cabinet privé** ne font pas l'objet de la présente politique.

[Voir politique 5.01 Les services des professionnels de la santé](#)

Dans l'intérêt du travailleur, si la CSST estime que les soins requis par l'état de ce dernier ne peuvent être fournis dans un délai raisonnable par l'établissement qu'il a choisi, ce travailleur peut, si le médecin qui en a charge est d'accord, se rendre dans l'établissement que lui indique la CSST pour y recevoir plus rapidement les soins requis.

[LATMP, article 193](#)

Les frais de l'assistance médicale étant à la charge de la CSST, celle-ci acquitte les soins ou traitements dispensés au travailleur dans les établissements; aucun montant ne peut être réclamé au travailleur pour une prestation d'assistance médicale à laquelle il a droit en vertu de la LATMP.

[LATMP, article 194](#)

2. Soins ou traitements dispensés dans les établissements du réseau public

2.1 Soins et traitements dispensés à l'externe

Il s'agit des soins et traitements dispensés lorsque le **travailleur n'est pas hospitalisé ou hébergé** dans un établissement. Par exemple :

- traitements de physiothérapie fournis par le service de physiothérapie d'un centre hospitalier, d'un CHSLD ou d'un centre de réadaptation pour les travailleurs se présentant en externe;
- suivi de soins à la clinique externe du département de chirurgie d'un centre hospitalier;
- intervention chirurgicale mineure nécessitant une journée dans un centre hospitalier.

2.2 Soins et traitements dispensés à l'interne dans un centre hospitalier ou dans un centre de réadaptation

Il s'agit de soins et traitements dispensés lorsque le **travailleur est hospitalisé ou admis** dans un établissement. Par exemple :

- intervention chirurgicale au dos d'un travailleur hospitalisé dans un centre hospitalier;
- traitements de physiothérapie fournis par le service de physiothérapie à un travailleur hospitalisé dans un centre hospitalier;
- traitements d'ergothérapie fournis par le service d'ergothérapie à un travailleur admis dans un centre de réadaptation à la suite d'une amputation d'un membre supérieur.

2.3 Soins et traitements fournis par un CHSLD ou dans un service de soins de longue durée d'un centre hospitalier

Il s'agit de soins et traitements fournis par un CHSLD ou dans les lits de soins de longue durée d'un centre hospitalier lorsque le **travailleur est hébergé**. Par exemple :

- prise en charge d'un travailleur quadriplégique à la suite d'une lésion professionnelle, dans un milieu substitut. On entend par milieu substitut, un milieu de vie reconnu par le réseau du ministère de la Santé et des Services sociaux et agréé pour héberger des personnes en perte d'autonomie.

3. Ententes et normes de paiement

Aux fins d'assumer le coût des soins ou des traitements fournis par les établissements du réseau public de la santé et des services sociaux, la CSST conclut une entente-type avec le ministre de la Santé et des Services sociaux à ce sujet. Cette entente concerne la dispensation de ces soins ou de ces traitements et précise notamment les montants payables par la CSST, les délais applicables et les rapports qui doivent être produits à la CSST.

[LATMP, article 195](#)

Par la suite, la CSST conclut avec chaque agence instituée par la Loi sur les services de santé et les services sociaux et avec chaque conseil régional institué par la Loi sur les services de santé et les

services sociaux pour les autochtones cris, une entente spécifique qui vise à assurer la mise en application de l'entente-type sur leur territoire. Cette entente spécifique doit être conforme aux termes et conditions de l'entente-type.

De plus, un établissement est réputé accepter de se conformer à l'entente spécifique, à moins d'exprimer son refus à la CSST et à l'agence (ou au conseil régional, selon le cas), dans le délai prévu à cette entente spécifique, au moyen d'une résolution de son conseil d'administration; dans ce dernier cas, cet établissement est rémunéré selon ce qui est prévu par l'entente-type.

[LATMP, article 195](#)

3.1 Normes de paiement des services dispensés dans les établissements du réseau public

3.1.1 Honoraires des professionnels de la santé

Les honoraires des professionnels de la santé (médecins, dentistes, pharmaciens et optométristes) qui offrent des services dans les établissements sont payés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), qui est par la suite remboursée par la CSST.

[LATMP, article 196](#)

[LATMP, article 197](#)

[Voir politique 5.01 Les services des professionnels de la santé](#)

3.1.2 Services dispensés à l'externe (lorsque le travailleur n'est pas hospitalisé ou hébergé)

La CSST paie à l'établissement le coût des soins et traitements dispensés à l'externe, qui comprend notamment le salaire du personnel autre que celui des professionnels de la santé, les appareils, les instruments et le plateau de chirurgie, sur la base de la grille tarifaire de la Circulaire émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Sur cette même base tarifaire, elle défraie aussi les honoraires professionnels des intervenants de la santé qui pratiquent dans le réseau public (physiothérapeutes, ergothérapeutes, audiologistes, etc.).

3.1.3 Services dispensés à l'interne (lorsque le travailleur est hospitalisé ou admis dans un établissement)

La CSST paie à l'établissement (centre hospitalier, CHSLD et centre de réadaptation) les coûts d'hébergement selon le prix de journée (per diem) convenu à l'entente entre la CSST et le MSSS. Ce prix de journée pour une salle ou une chambre de trois lits ou plus comprend les coûts du logement, des repas ainsi que ceux des soins ou des traitements.

En centre de réadaptation et en CHSLD, comme la CSST assume le prix de journée, elle n'a pas à acquitter en surplus la contribution normalement réclamée au bénéficiaire dans le cadre du régime public.

4. Frais des appels interurbains

Les frais d'appels téléphoniques interurbains faits par un travailleur hospitalisé dans un centre hospitalier, admis dans un centre de réadaptation ou hébergé dans un CHSLD en raison de sa lésion professionnelle, sont acquittés par la CSST jusqu'à un montant de 10 \$ par semaine tel que prévu au Règlement sur l'assistance médicale. Les autres frais, notamment de location de télévision, ne sont pas remboursables.

[Règlement sur l'assistance médicale](#)

5. Soins ou traitements en établissement hors du Québec

Pour les particularités entourant le remboursement de soins ou traitements en établissement hors du Québec :

[Voir politique 5.01 Les services des professionnels de la santé](#)

Numéro	5.03
Thème	ASSISTANCE MÉDICALE
Objet	Les médicaments et autres produits pharmaceutiques
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour but d'énoncer les principes appliqués par la Commission pour le paiement ou le remboursement du coût des médicaments et d'autres produits pharmaceutiques.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles , articles 188, 189 (3°), 194 et 212.
- . Loi sur la pharmacie (L.R.Q., c.P-10).

Public cible :

- Le travailleur victime d'une lésion professionnelle et dont la condition exige des médicaments ou d'autres produits pharmaceutiques.

Énoncé de la politique :

- La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles reconnaît au travailleur victime d'une lésion professionnelle le droit à l'assistance médicale qu'exige son état en raison de cette lésion (article 188).
- Les médicaments et autres produits pharmaceutiques font partie de l'assistance médicale (article 189 (3°)).
- Les frais de l'assistance médicale étant à la charge de la Commission, aucun montant ne peut être réclamé au travailleur (article 194).

Développement :

1. MÉDICAMENTS

Le terme médicament est défini dans la Loi sur la pharmacie comme étant :

"Toute substance ou mélange de substances pouvant être employé :

- i) au diagnostic, au traitement, à l'atténuation ou la prévention d'une maladie, d'un désordre, d'un état physique ou psychique anormal, ou de leurs symptômes, chez l'homme (...)***
- ii) en vue de restaurer, corriger ou modifier les fonctions organiques chez l'homme (...)"***.

La Commission acquitte, sur présentation de pièces justificatives, le coût des médicaments lorsqu'ils sont prescrits par le médecin qui a charge lorsqu'ils sont en relation avec la lésion professionnelle. Les médicaments font partie de la nature des soins ou des traitements administrés ou prescrits (article 212). La Commission est liée par les conclusions du médecin qui a charge à ce sujet, sous réserve d'une contestation devant le Bureau d'évaluation médicale (voir la politique 7.02 *Le Bureau d'évaluation médicale*).

2. PRODUITS PHARMACEUTIQUES

On entend par l'expression produits pharmaceutiques : tout article, instrument, appareil ou dispositif disponible en pharmacie et qui est directement relié au traitement de la lésion professionnelle ainsi qu'à l'atténuation de ses conséquences.

Dans le cadre de cette politique, nous ne considérons pas comme produits pharmaceutiques, même s'ils sont disponibles en pharmacie :

- . les aides techniques de locomotion (ex. : fauteuils roulants, marchettes, cannes, etc.);
- . les aides à la vie quotidienne (ex. : objets adaptés, appareils de salle de bain, etc.);
- . les aides à la thérapie (ex. : neurostimulateurs (T.E.N.S.), tractions cervicales, les appareils à exercice utilisés à domicile en complément à un programme de physiothérapie active suivi dans un établissement de santé tels que: sacs de sable avec attache velcro, ensemble d'haltères légers (inférieur à 5kg), etc.).

Ces différents articles sont compris dans les autres frais déterminés par la Commission (article 189 (5°)) (voir la politique 5.05 *Les autres soins ou frais déterminés par la Commission*).

Le terme produits pharmaceutiques englobe donc des instruments thérapeutiques, des articles sanitaires et d'hygiène, des dispositifs médicaux et des fournitures médicales. À titre d'exemples, des bandages, des pansements, des désinfectants sont considérés comme des produits pharmaceutiques.

Toutefois, à cause de l'impossibilité d'en donner une énumération exhaustive, toute demande de produit pharmaceutique doit être étudiée pour déterminer si le produit est relié directement au traitement de la lésion professionnelle ainsi qu'à l'atténuation de ses conséquences, lorsqu'il n'a pas été prescrit par le médecin qui a charge. Le coût des produits pharmaceutiques est remboursé par la Commission sur présentation de pièces justificatives.

Numéro	5.04
Thème	ASSISTANCE MÉDICALE
Objet	Les prothèses et orthèses
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique vise à définir ce que la Commission entend par prothèse et orthèse et à énoncer les principes de paiement et de remboursement des frais qu'elles occasionnent.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles , articles 188, 189 (4°), 194.
- . Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., c.P-35).
- . Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (R.R.Q. 1981, c. P-35, r. 1 et modifications).

Public cible :

- Le travailleur victime d'une lésion professionnelle et dont la condition nécessite une prothèse ou une orthèse.

Énoncé de la politique :

- Le coût de l'assistance médicale étant à la charge de la Commission, aucun montant ne peut être réclamé au travailleur pour des prothèses ou orthèses auxquelles il a droit en vertu de la loi (article 194).
- La Commission acquitte le coût d'achat et les frais d'ajustement, de réparation et de renouvellement des prothèses et orthèses devenues nécessaires par suite d'une lésion professionnelle.

Développement :

1. DÉFINITIONS

La Loi sur la protection de la santé publique définit une **prothèse** comme *«un appareil destiné à remplacer en tout ou en partie un organe ou un membre»*.

Une **orthèse** y est définie comme *«un appareil adapté à un être humain et destiné à préserver la fonction d'un de ses membres ou organes ou à restituer la fonction, à compenser pour les limitations ou à accroître le rendement physiologique d'un de ses membres ou organes (...)»*.

Le Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique définit une **chaussure orthopédique** comme *«toute chaussure ou l'équivalent fabriqué, transformé ou modifié pour préserver la fonction de l'un des membres ou organes d'un être humain ou à restituer la fonction, à compenser pour les limitations ou à accroître le rendement physiologique d'un des membres ou organes d'un être humain qui a perdu sa fonction, (...)»*.

Une prothèse et une orthèse comprennent les accessoires nécessaires à leur bon fonctionnement.

Ne sont pas considérées comme prothèses ou orthèses

- . les aides techniques de locomotion (ex. : fauteuils roulants, marchettes, cannes, etc.);
- . les aides à la vie quotidienne (ex. : objets adaptés, appareils de salle de bain, etc.);
- . les aides à la thérapie (ex. : neurostimulateurs (T.E.N.S.), tractions cervicales, les appareils à exercice utilisés à domicile en complément à un programme de physiothérapie active suivi dans un établissement de santé tels que: sacs de sable avec attache velcro, ensemble d'haltères légers (inférieur à 5kg), etc.).

Ces différents articles font partie de l'assistance médicale, mais ils sont compris dans les autres frais déterminés par la Commission (article 189 (5°)) (voir la politique 5.05 *Les autres soins ou frais déterminés par la Commission*).

2. PRINCIPES GÉNÉRAUX

Les prothèses ou orthèses doivent être prescrites par un professionnel de la santé.

La Commission acquitte le coût d'achat et les frais d'ajustement, de réparation et de renouvellement des prothèses et orthèses **devenues nécessaires** par suite d'une lésion professionnelle. Si un travailleur, déjà porteur d'une prothèse ou orthèse, est victime d'un accident **soit par le fait ou à l'occasion de son travail** et qu'il subit une **lésion** qui rend nécessaire une modification de la dernière ordonnance de sa prothèse ou orthèse, la réparation ou le remplacement est alors devenu nécessaire par suite d'une lésion professionnelle (voir le point 5.3 de la politique 2.08 *Les frais divers*). Le renouvellement représente l'achat ultérieur en raison de l'usure, de la défaillance ou de la désuétude d'une prothèse ou d'une orthèse devenue nécessaire par suite d'une lésion professionnelle.

Toutefois, exceptionnellement, la Commission assume également le coût de réparation ou de remplacement d'une prothèse d'un membre supérieur ou inférieur incluse dans la liste suivante, que le port de cette prothèse ait été nécessité suite à une lésion professionnelle antérieure ou non (voir politique 2.01 *Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu*).

Membre supérieur (1)

- Prothèse de la main
- Prothèse du poignet
- Prothèse cubitale
- Prothèse cubito-humérale
- Prothèse humérale
- Prothèse gléno-humérale et thoracique

Membre inférieur (1)

- Prothèse du pied
- Prothèse de la cheville
- Prothèse tibiale
- Prothèse tibio-fémorale
- Prothèse fémorale
- Prothèse coxo-fémorale et hémipelvienne

(1) Référence : Manuel du programme des prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements publié par la Régie de l'assurance-maladie.

N.B. Dans les cas où le port de la prothèse n'a pas été nécessité par une lésion professionnelle et que la lésion n'entraîne pas de modification à la dernière ordonnance médicale, la Commission n'assume pas le coût de réparation ou de remplacement ultérieur.

Lorsque les prothèses ou orthèses font partie d'un programme de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, et sont disponibles chez un fournisseur agréé par celle-ci, la Commission applique alors les tarifs en vigueur à la Régie.

Lorsque les prothèses ou les orthèses ne font pas partie d'un programme de la Régie de l'assurance-maladie du Québec, l'achat doit être préalablement autorisé par la Commission, et celle-ci se réserve le droit d'obtenir deux estimations écrites du prix d'achat ou de renouvellement des prothèses ou orthèses.

L'ajustement initial d'une prothèse ou d'une orthèse est compris dans le coût d'achat. La Commission acquitte les coûts des ajustements ultérieurs lorsque prescrits ou recommandés par un professionnel de la santé. Ces ajustements peuvent aussi être recommandés par un intervenant de la santé ayant la compétence professionnelle nécessaire.

La Commission n'assume pas le remplacement de prothèses ou d'orthèses volées ou perdues.

Pour ce qui est de la réparation ou du remplacement de prothèses ou d'orthèses endommagées involontairement lors d'un événement imprévu et soudain par le fait du travail, mais dont le port n'a pas été rendu nécessaire par suite d'une lésion professionnelle (voir la politique 2.08 *Les frais divers*).

3. PROTHÈSES ET ORTHÈSES DEVENUES NÉCESSAIRES PAR SUITE D'UNE LÉSION PROFESSIONNELLE

Les prothèses et les orthèses dont peut avoir besoin un travailleur par suite d'une lésion professionnelle se divisent en cinq grands groupes : les prothèses oculaires et les orthèses visuelles, les prothèses auditives, les prothèses dentaires, les prothèses pour le tronc et les membres ainsi que les chaussures orthopédiques et les orthèses plantaires.

3.1 Prothèses oculaires et orthèses visuelles

La Régie de l'assurance-maladie du Québec ayant un programme pour les prothèses oculaires, la Commission en suit les tarifs.

Pour ce qui est des orthèses visuelles (lunettes), il existe un montant maximal payable pour les montures (voir paramètres de la réparation) .

Si le travailleur choisit des lentilles cornéennes plutôt que des lunettes, la Commission acquitte sur présentation de pièces justificatives le montant qu'aurait coûté des lunettes (verres correcteurs + montant maximal payable pour les montures). De plus, la Commission ne rembourse pas le coût des solutions d'entretien des lentilles.

Si la condition du travailleur, suite à une lésion professionnelle, ne peut être corrigée par aucun autre moyen qu'une lentille cornéenne prescrite par un professionnel de la santé, la Commission en acquitte le coût, ainsi que le coût des solutions d'entretien pour ces lentilles.

3.2 Prothèses auditives

Pour ce qui est des prothèses auditives, la Commission applique les tarifs publiés par la Régie de l'assurance-maladie du Québec dans son *Manuel du programme des aides auditives*. En plus d'une ordonnance par un médecin, un audiogramme datant de moins d'un an et signé soit par un médecin oto-rhino-laryngologiste ou par un audiologiste est aussi nécessaire. L'audioprothésiste vend, pose et procède à l'ajustement initial de la prothèse. La Commission acquitte le coût des ajustements ultérieurs au besoin.

3.3 Prothèses dentaires

Lorsqu'un travailleur a besoin de prothèses dentaires amovibles, la Commission en acquitte le coût d'achat selon les tarifs convenus avec l'Association des chirurgiens dentistes (voir le point 2.1.2 de la politique 5.01, *Les services de professionnels de la santé*) ou des denturologistes du Québec pour l'année en cours, selon le cas.

Lorsqu'un professionnel de la santé juge qu'un travailleur a besoin de prothèses fixes, il doit d'abord faire parvenir à la Commission le plan de traitement envisagé et les coûts, qui sont alors acceptés si le traitement proposé est en relation avec la lésion et s'ils sont raisonnables.

3.4 Prothèses et orthèses pour le tronc et les membres

Lorsque les prothèses ou orthèses prescrites sont prévues dans la *Liste des prothèses, appareils orthopédiques, dispositifs ou autres équipements* publiée par la Régie de l'assurance-maladie du Québec, la Commission applique les tarifs en vigueur à la Régie.

La Commission assume également le coût d'orthèses fabriquées par un physiothérapeute, un ergothérapeute ou un podiatre. Ces orthèses doivent être prescrites par un professionnel de la santé.

3.5 Chaussures orthopédiques et orthèses plantaires

(Les orthèses plantaires peuvent s'ajouter dans les catégories a) ou b)).

On retrouve quatre (4) catégories de chaussures orthopédiques :

- a) chaussures ou bottes que possède le travailleur: certaines modifications mineures peuvent y être faites sans qu'une chaussure ou botte spéciale soit nécessaire. Dans ce cas, seuls les frais de modification sont assumés par la Commission;
- b) chaussures ou bottes spécialement préfabriquées: elles sont disponibles en pointures conventionnelles mais spécialement profondes, permettant des modifications internes et externes;
- c) chaussures ou bottes sur mesure: elles sont fabriquées spécialement lorsqu'aucune chaussure ou botte préfabriquée n'est convenable pour permettre les modifications nécessaires à cause d'une déformation trop marquée du(des) pied(s) et de la(des) cheville(s);
- d) chaussures ou bottes moulées: leur fabrication nécessite l'utilisation d'un moulage à cause d'une déformation très importante du(des) pied(s) et de la(des) cheville(s).

La Commission assume les coûts des chaussures orthopédiques et orthèses plantaires lorsqu'elles sont prescrites par un médecin et qu'elles sont en relation avec la lésion professionnelle.

À moins d'une ordonnance du médecin à l'effet contraire :

- la Commission assume les coûts d'un maximum de trois (3) paires de chaussures ou bottes orthopédiques par année;
- la Commission assume les coûts d'un maximum de deux (2) paires de chaussures orthopédiques par année pour le travailleur qui ne travaille pas ou qui est à la retraite;
- la Commission assume les coûts d'un maximum d'une (1) paire de chaussures conventionnelles de transition lorsque nécessaire pour supporter temporairement la

cheville (bottines) ou pour obtenir diminution de l'oedème ou dans le cas de la fabrication d'une nouvelle orthèse. Cette paire de chaussures n'est pas renouvelable.

La Commission assume, sujet à son autorisation préalable, les coûts de renouvellement des chaussures ou bottes orthopédiques selon le maximum établi.

Lorsqu'il survient un changement dans la pathologie du travailleur (ex. : suite à une nouvelle opération, etc.) nécessitant une modification différente ou un changement de catégorie de chaussures orthopédiques, la Commission en assume les coûts lorsque prescrit par un médecin.

La Commission assume les coûts d'une (1) paire par année de couvre-chaussures spéciaux convenables pour les chaussures orthopédiques.

Politique 5.05

Les soins, les traitements, les aides techniques et les frais déterminés par la CSST

Objectif

Préciser les soins, les traitements, les aides techniques et les frais non visés aux paragraphes 1 à 4 de l'article 189 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles que la CSST détermine par règlement et qui font partie de l'assistance médicale à laquelle un travailleur peut avoir droit à la suite d'une lésion professionnelle.

Cadre juridique

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), articles 188, 189(5), 194, 212, 224.1.

Règlement sur l'assistance médicale.

Résumé de la politique

Dans le cadre de l'assistance médicale, les soins, traitements, aides techniques et frais non visés par les paragraphes 1 à 4 de l'article 189 de la LATMP auxquels a droit un travailleur ayant subi une lésion professionnelle sont encadrés par le Règlement sur l'assistance médicale. Ce règlement décrit les conditions et modalités rattachées à ces soins, traitements, aides techniques et frais.

Les soins et traitements comprennent les soins d'acupuncture, d'audiologie, de chiropraxie, d'ergothérapie, d'orthophonie, de podiatrie, de physiothérapie, de psychologie ainsi que les soins à domicile suivants : soins infirmiers, traitements de chiropratique, de physiothérapie et d'ergothérapie.

Les aides techniques comprennent les aides à la locomotion, à la vie quotidienne, à la thérapie et à la communication.

Les frais divers comprennent le coût d'utilisation des appareils de désincarcération et des appels interurbains dans le cas d'un travailleur hospitalisé.

Énoncés de la politique

1. Principes généraux

Le travailleur a droit à l'assistance médicale qu'exige son état en raison de sa lésion professionnelle.

[LATMP, article 188](#)

Dans le cadre de l'assistance médicale, le travailleur ayant subi une lésion professionnelle peut avoir besoin de soins, de traitements, d'aides techniques ou d'autres frais non visés par les paragraphes 1 à 4 de l'article 189. Ces soins, traitements, aides techniques et frais sont décrits au Règlement sur l'assistance médicale, ainsi que les conditions d'attribution et limites monétaires, tel que le prévoit le paragraphe 5 de l'article 189.

[LATMP, article 189\(5\)](#)

C'est le médecin qui a charge qui détermine notamment la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits. La CSST est liée par l'opinion du médecin qui a charge quant à ces aspects.

[LATMP, article 212\(3\)](#)

En cas de désaccord sur la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements, l'employeur ou exceptionnellement la CSST doit avoir recours au Bureau d'évaluation médicale. La CSST devient alors liée par l'avis rendu par le membre du Bureau d'évaluation médicale.

[LATMP, article 224.1](#)

[Voir politique 7.02 Le recours au Bureau d'évaluation médicale](#)

Si le médecin qui a charge du travailleur le dirige à un intervenant de la santé, celui-ci informe le médecin qui a charge de tout changement dans l'état du travailleur qui pourrait remettre en question la pertinence du traitement ou lorsque le traitement est complété. Le médecin qui a charge doit alors se prononcer sur la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements conformément à l'article 212. À l'article 1 du Règlement sur l'assistance médicale, on définit un intervenant de la santé comme une personne physique, autre qu'un professionnel de la santé au sens de la LATMP, inscrite au tableau d'un ordre professionnel régi par le Code des professions et œuvrant dans le domaine de la santé.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 1](#)

[LATMP, article 212](#)

2. Soins et traitements

La CSST assume, selon les tarifs et conditions prévus au Règlement sur l'assistance médicale, le coût des soins et des traitements mentionnés dans ce règlement.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 2](#)

[Règlement sur l'assistance médicale, article 3](#)

Les soins ou traitements prévus à l'article 6 du Règlement soit : **acupuncture, audiologie, chiropratique, ergothérapie, orthophonie, podiatrie, physiothérapie et psychologie** sont remboursables sous certaines conditions. Les soins ou traitements doivent être :

- prescrits par le médecin qui a charge avant le début des traitements; **et**
- fournis par un intervenant de la santé (membre de son ordre professionnel); **et**
- en relation avec la lésion professionnelle.

Ces soins ou traitements sont remboursés au tarif prévus au Règlement.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 6](#)

[Règlement sur l'assistance médicale, Annexe I](#)

La CSST assume également le coût des examens de laboratoire effectués dans un laboratoire de biologie médicale au tarif prévu par le MSSS, publié annuellement dans la circulaire du MSSS *Tarifs des services externes*.

Les soins à domicile suivants : **soins infirmiers, traitements de chiropratique, de physiothérapie et d'ergothérapie** sont remboursables sous certaines conditions. Ils doivent être fournis à un travailleur auquel le médecin qui a charge a attesté, avant le début des soins, de son impossibilité à se déplacer en raison de sa lésion professionnelle. Ils sont remboursés au tarif prévu à l'Annexe I du Règlement.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 7](#)

Le tarif des soins à domicile comprend les frais de déplacement, de radiographies et de fournitures.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 8](#)

La CSST assume également le coût des examens de laboratoire effectués dans un laboratoire de biologie médicale au tarif prévu par l'Annexe I du Règlement.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 6](#)

3. Aides techniques

3.1 Catégories et définitions d'aides techniques

Aides à la locomotion

Aides techniques qui facilitent les déplacements: les cannes, les béquilles, les marchettes, les fauteuils roulants à propulsion manuelle ou motorisée ainsi que leurs accessoires.

Aides à la vie quotidienne

Aides techniques qui permettent d'augmenter l'indépendance et l'autonomie dans les activités relatives à l'alimentation, l'habillement et les soins d'hygiène : les objets adaptés, les aides aux transferts, les appareils de salle de bain, les lits d'hôpitaux et accessoires.

Aides à la thérapie

Aides techniques complémentaires à un traitement et destinées à diminuer la douleur, à stimuler le processus de guérison, à contrôler l'œdème ou à améliorer la fonction. Elles comprennent les neurostimulateurs transcutanés (TENS), neurostimulateurs épiduraux et intrathalamiques et les autres aides à la thérapie dont la liste apparaît au Règlement sur l'assistance médicale (Annexe II).

Aides à la communication

Aides techniques qui compensent une déficience permanente susceptible d'entraîner des limites significatives et persistantes à la communication.

3.2 Achat, location et renouvellement des aides techniques

La CSST assume, sur présentation de pièces justificatives et selon le tarif et les conditions qui sont prévus dans le Règlement sur l'assistance médicale, le coût de location, d'achat et de renouvellement des aides techniques prévues à l'Annexe II du Règlement lorsque ces aides servent au traitement de la lésion professionnelle ou compensent les limitations fonctionnelles temporaires secondaires à celle-ci.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 18](#)

[Règlement sur l'assistance médicale, article 19](#)

[Règlement sur l'assistance médicale, Annexe II](#)

Dans certains cas, la CSST n'assume que la location d'une aide technique.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 23](#)

Les aides techniques doivent être prescrites par le médecin qui a charge du travailleur ou, dans le cas des aides à la vie quotidienne, elles peuvent également être recommandées par un physiothérapeute ou un ergothérapeute à qui le médecin qui a charge a référé le travailleur.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 18](#)

[Règlement sur l'assistance médicale, article 19](#)

La location et l'achat des neurostimulateurs transcutanés et des masqueurs d'acouphène sont soumis à des règles particulières.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 27](#)

[Règlement sur l'assistance médicale, article 28](#)

[Règlement sur l'assistance médicale, article 29](#)

[Règlement sur l'assistance médicale, article 30](#)

L'utilisation des aides à la communication déterminées par le Règlement doit être prescrite par le médecin qui a charge et recommandée par un orthophoniste ou un audiologiste selon le type d'aide prévu au Règlement à qui le médecin a référé le travailleur.

[Règlement sur l'assistance médicale, Annexe II](#)

Dans le cas de l'achat de masqueurs d'acouphènes, l'ordonnance médicale et la recommandation d'un audiologiste sont nécessaires.

Lorsque ces aides ont des caractéristiques identiques à celles prévues dans les différents programmes de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), la CSST applique le tarif en vigueur à la RAMQ.

Dans les autres cas, sauf pour les neurostimulateurs transcutanés et pour les aides prévues à un programme de la RAMQ, tout ajustement, achat ou renouvellement d'une aide technique dont le coût est de 150 \$ et plus doit être préalablement autorisé par la CSST. De plus, deux estimations doivent être fournies par le travailleur si le coût est de 300 \$ et plus.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 21](#)

[Règlement sur l'assistance médicale, article 22](#)

Lorsque la réparation d'une aide technique est évaluée à plus de 80 % de ce que coûterait son renouvellement, la CSST paie le renouvellement.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 26](#)

4. Frais

La CSST assume le coût d'utilisation des appareils de désincarcération et des appels interurbains selon le tarif et les conditions prévus au Règlement sur l'assistance médicale.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 16](#)

5. Soins, traitements, aides techniques reçus et frais encourus en région frontalière et hors du Québec

5.1 Lésion professionnelle survenue au Québec dans une région frontalière

Par région frontalière, on entend une partie du territoire du Québec incluse dans un rayon de 80 kilomètres à partir d'un point de contact avec l'Ontario, le Nouveau Brunswick ou Terre-Neuve.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 1](#)

[Voir politique 5.01 Les services des professionnels de la santé](#)

Sur autorisation préalable de la CSST, les soins, les traitements et le coût d'achat et de location des aides techniques déterminés au Règlement sur l'assistance médicale sont assumés par la CSST selon les montants prévus à ce règlement, y compris les fournitures et frais accessoires qui leur sont reliés.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 4](#)

[Voir politique 5.01 Les services des professionnels de la santé](#)

5.2 Lésion professionnelle survenue hors du Québec

La CSST assume le coût réel des soins et traitements déterminés à l'Annexe I du Règlement, y compris les fournitures et les frais accessoires qui leur sont reliés.

Dans ce cas, l'autorisation préalable de la CSST n'est pas exigée, mais il est nécessaire de fournir des pièces justificatives et l'attestation d'un médecin justifiant la nécessité de ces soins et traitements.

[Règlement sur l'assistance médicale, article 5](#)

Numéro	6.01
Thème	RECOURS ET ACCÈS AU DOSSIER DU TRAVAILLEUR
Objet	La reconsidération
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

L'article 365 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles a pour objectif d'éviter que les parties aient recours inutilement aux procédures de révision prévues par la loi. Cet article énonce les conditions qui permettent à la Commission de reconsidérer une décision qu'elle a rendue. La présente politique vise à préciser les principes et les modalités de la reconsidération.

Cadre juridique et références :

. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles: 212, 224, 224.1, 233, 352, 354, 358.1 à 358.5, 359, 359.1, 361, 363 à 366.

Public cible :

- Les bénéficiaires et les employeurs.

Énoncé de la politique :

- La loi confère à la Commission le pouvoir de reconsidérer sa décision, pour corriger toute erreur à l'intérieur d'un délai de 90 jours de la date de cette décision, si celle-ci n'a pas fait l'objet d'une décision de révision (article 358.3). Elle peut également, si sa décision a été rendue avant que soit connu un fait essentiel, reconsidérer cette décision dans les 90 jours de la connaissance d'un tel fait.

- Cette disposition vise à permettre à la Commission d'assurer aux bénéficiaires et aux employeurs que les décisions rendues sont équitables et conformes aux droits conférés par la loi.

- Dans tous les cas, avant de reconsidérer une décision, la Commission en informe les personnes à qui elle a notifié cette décision et obtient leurs commentaires.

Développement :

1. RÈGLE GÉNÉRALE

La Commission peut de sa propre initiative ou à la demande d'une partie à qui elle a notifié la décision reconsidérer sa décision pour qu'elle soit équitable et conforme aux droits conférés par la loi.

Ainsi, la Commission peut reconsidérer sa décision pour corriger toute erreur, à l'intérieur d'un délai de 90 jours de la date de cette décision, si celle-ci n'a pas fait l'objet d'une décision de révision (article 358.3). Toutefois, si sa décision a été rendue avant que soit connu un fait essentiel, elle peut reconsidérer sa décision dans les 90 jours de la connaissance de ce fait.

Avant qu'une nouvelle décision soit rendue par suite d'une reconsidération, la Commission en informe les personnes à qui elle a notifié cette décision et obtient leurs commentaires.

2. CAS OÙ LA RECONSIDÉRATION EST POSSIBLE

2.1 Pour corriger toute erreur

Le premier alinéa de l'article 365 permet à la Commission de reconsidérer sa décision pour corriger toute erreur à l'intérieur d'un délai de **90 jours de la date de cette décision**. La Commission peut donc procéder à la reconsidération de sa propre initiative, à la demande d'une partie ou d'un tiers et elle dispose d'une totale discrétion pour reconsidérer.

Toutefois, en vertu du principe qui vise à garantir aux travailleurs et aux employeurs la stabilité des décisions qui les affectent, lorsque la Commission a reconsidéré une décision afin de corriger une erreur, elle ne peut reconsidérer de nouveau cette décision à moins qu'un fait essentiel tel que défini dans cette politique, ne soit porté à sa connaissance.

Par ailleurs, la Commission doit préalablement s'assurer que cette décision n'a pas **fait l'objet d'une décision de révision (art. 358.3)**, car dans ce cas, il lui sera impossible de procéder à la reconsidération.

Par contre, même si la décision à reconsidérer fait l'objet d'une demande de révision, la Commission peut procéder à la reconsidération tant qu'elle n'a pas rendu sa décision de révision (article 358.3).

Quelle est l'interprétation donnée à « toute erreur »?

La Commission peut donc reconsidérer sa décision pour corriger toute erreur. Ainsi, il peut s'agir d'une erreur relative à l'interprétation ou à l'appréciation d'un fait, d'une erreur relative à l'application ou à l'interprétation d'une règle de droit ou d'une règle administrative ou tout autre type d'erreur.

1° Erreur relative à l'interprétation ou à l'appréciation d'un fait

Lorsque la Commission a rendu une décision en s'appuyant sur une interprétation ou une appréciation inexacte des faits rapportés, elle peut procéder à la reconsidération à l'intérieur d'un délai de 90 jours.

Exemple

En recevant son premier chèque d'indemnité de remplacement du revenu, un travailleur s'aperçoit qu'il est indemnisé comme n'ayant aucune personne à charge tel qu'indiqué par son employeur sur le formulaire «Avis de l'employeur et demande de remboursement» (ADR).

Il informe la Commission qu'il a deux enfants à sa charge tel qu'il l'avait indiqué sur le formulaire

« Réclamation du travailleur » (RTR). Étant donné que la Commission a basé sa décision sur une mauvaise appréciation des faits déjà présents au dossier, (la RTR indiquait la situation familiale réelle du travailleur), il y a ouverture à la reconsidération.

2° Erreur relative à l'application ou à l'interprétation d'une règle de droit ou d'une règle administrative

Par ailleurs, l'application ou l'interprétation erronée d'une disposition de la loi, d'une politique, d'une orientation ou d'une procédure constitue une erreur reliée à une règle de droit ou à une règle administrative pour laquelle la Commission peut reconsidérer sa décision à l'intérieur d'un délai de 90 jours.

Exemple

- . *La Commission a en sa possession lors du calcul de l'indemnité de remplacement du revenu tous les éléments lui permettant de déterminer le statut du travailleur, soit un travailleur saisonnier. Malgré ces éléments, la Commission établit la base de salaire selon les dispositions de l'article 67, alors qu'elle devrait être établie en fonction de l'article 68 (travailleur saisonnier). Ceci constitue une erreur de droit pour laquelle la Commission peut reconsidérer cette décision.*

3° Tout autre type d'erreur

Outre les types d'erreur décrites ci-dessus, la Commission peut également corriger tout autre type d'erreur. À cet effet, il est assimilé à toute erreur celle reliée à une **erreur de rédaction et de lecture ou de calcul** lesquelles peuvent être modifiées à l'intérieur d'un délai de 90 jours de la date de la décision.

Exemples

- . *Une décision octroyant une indemnité de 4,111,00 \$ pour remplacement de vêtements alors que le montant maximal mentionné dans la loi est de 411,00 \$ (article 112).*
- . *Il peut également s'agir d'une erreur dans le **calcul** de l'indemnité de remplacement du revenu. Ainsi 90% de 450,00 \$ ne peut pas objectivement donner 265,00 \$ comme résultat.*
- . *Une décision qui met fin au versement d'une indemnité de remplacement du revenu le 12 septembre alors que la date de consolidation fixée par le médecin qui a charge est le 12 août et que le travailleur était capable d'exercer son emploi le 12 août.*

2.2 Suite à la connaissance d'un fait essentiel

La Commission peut également de sa propre initiative ou à la demande d'une des parties à qui elle a notifié sa décision, reconsidérer cette décision lorsqu'un fait essentiel jusque-là inconnu est porté à sa connaissance.

Qu'est-ce qu'un fait essentiel qui n'était pas connu?

Pour qu'un fait soit considéré **essentiel**, il doit être très important, vraisemblable et susceptible d'amener la Commission à modifier sa décision.

Ainsi, il peut y avoir reconsidération si le fait présenté n'était pas connu au moment de la décision initiale. Toutefois, une telle reconsidération ne doit pas servir à réévaluer une preuve déjà présentée ou encore à présenter une preuve qui existait et que la personne intéressée ou la Commission connaissait lorsque la décision a été rendue.

Par ailleurs, il ne faut pas confondre l'exactitude des faits et leur appréciation en regard de la loi. L'application erronée d'une disposition de la loi à des faits par ailleurs exacts constitue une erreur de droit. Dans ces circonstances, la Commission ne peut procéder à la reconsidération de sa décision en s'appuyant sur la présence d'un fait essentiel nouveau.

Exemples

- . *Un travailleur subit une lésion professionnelle en juillet. Après avoir vérifié avec l'employeur, son indemnité de remplacement du revenu est basée sur un salaire de 31*

000,00 \$. Quelques mois plus tard, la Commission est informée que ce travailleur est un étudiant à temps plein qui a été blessé alors qu'il occupait un emploi d'été.

Il y a ouverture à la reconsidération car, au moment d'établir la base salariale du travailleur (et après l'avoir vérifié auprès de l'employeur) la Commission ignorait le véritable statut du travailleur. En conséquence, elle procède à l'ajustement de la base de salaire en conformité avec l'article 80.

- . Un travailleur soumet une réclamation qui, après analyse par la Commission est déclarée admissible. À la suite d'un second arrêt de travail, le travailleur subit une intervention chirurgicale en raison de sa lésion professionnelle. Quelque temps plus tard, la Commission obtient une copie du protocole opératoire. À la lumière de ce rapport, il est établi que la lésion est attribuable uniquement à une condition personnelle. En conséquence, la Commission refuse la réclamation et elle met fin au versement de l'indemnité de remplacement du revenu. Comme il s'agit d'un fait essentiel inconnu porté à la connaissance de la Commission, la reconsidération est possible.

Quel est le délai pour procéder à une reconsidération sur un fait essentiel?

- . **Lorsque la Commission reconsidère de sa propre initiative :**

La Commission dispose d'un délai de **90 jours à partir du moment où elle a pris connaissance** d'un fait essentiel pour procéder à la reconsidération de sa décision. Dans tous les cas, elle doit rendre une décision écrite, motivée et notifiée aux parties intéressées à la décision.

- . **Lorsque la reconsidération est à la demande d'une des parties à la décision :**

La personne qui est partie à la décision a **90 jours à partir du moment où elle a connaissance** d'un fait essentiel pour soumettre sa demande. La Commission disposera alors d'un délai de 90 jours à compter du moment où ce fait lui aura été soumis pour rendre sa décision même si elle décide qu'il n'y a pas ouverture à la reconsidération. Dans tous les cas, elle doit rendre une décision écrite, motivée et notifiée aux parties intéressées.

Exemple

- . La Commission a accepté une réclamation d'un travailleur relativement à un accident du travail survenu le 12 mars. L'employeur est informé six mois plus tard que les circonstances entourant l'accident pourraient être différentes de celles sur lesquelles s'appuie la décision d'acceptation de la Commission.

Suite à la connaissance de ce fait essentiel, l'employeur fait sa demande de reconsidération à la Commission deux semaines plus tard (22 septembre). Ainsi, considérant que l'employeur a soumis sa demande de reconsidération dans les 90 jours où il a pris connaissance de l'existence d'un fait essentiel, la Commission peut donc reconsidérer sa décision en conformité avec les dispositions prévues à l'article 365.

Soulignons que si le fait essentiel est soumis par une partie après le délai de 90 jours, la Commission évalue au mérite les circonstances et les motifs invoqués par les parties. Ainsi, ce délai peut être prolongé par la Commission lorsqu'une des parties démontre un motif raisonnable pour expliquer son retard.

En conséquence, le délai dans le cas d'une reconsidération suite à la connaissance d'un fait essentiel est indépendant de la date de la décision initiale contrairement à celle concernant une demande de reconsidération pour corriger toute erreur.

Cas particuliers

Lorsque la Commission est induite en erreur par suite de **fraude** ou de fausse déclaration ou lorsqu'il y a mauvaise foi ou omission volontaire des faits sur lesquels reposent la décision initiale de la Commission, celle-ci peut alors procéder à la reconsidération de sa décision initiale. A cet effet, la Commission dispose d'un délai de 90 jours à compter du moment où elle a pris connaissance de ce fait pour reconsidérer sa décision. Il s'agit dans ces cas du seul délai qui s'applique.

Exemple

. *Un travailleur soumet une réclamation qui, après analyse par la Commission est déclarée admissible. L'employeur ne conteste pas la déclaration du travailleur quant aux conséquences de l'accident déclaré. Plusieurs mois plus tard, la Commission reçoit une lettre anonyme l'informant que le travailleur ne s'était pas blessé au travail, mais en motoneige quelques jours avant de se déclarer atteint d'une lésion professionnelle. Ces faits étant par la suite confirmés, la Commission a donc rendu une décision s'appuyant sur des faits inexacts fournis par le travailleur, ce qui a pour effet de l'induire en erreur, et de donner ouverture à la reconsidération.*

3. CAS OÙ LA COMMISSION NE PEUT PROCÉDER À LA RECONSIÉDRATION

3.1 Peut-on reconsidérer une question d'ordre médical?

Non. Dans le cas des questions d'ordre médical, la Commission ne possède aucune discrétion. En effet, aux fins de rendre une décision, elle est liée par l'opinion du médecin qui a charge, par l'avis du membre du Bureau d'évaluation médicale ou le cas échéant, par le rapport qu'elle a obtenu du professionnel de la santé qu'elle a désigné (voir la politique 7.02 *Le Bureau d'évaluation médicale*). Ainsi, la Commission n'a pas de pouvoir de décider des questions d'ordre médical en vertu des articles 224 et 224.1.

Les questions d'ordre médical sur lesquelles la Commission est liée sont les suivantes :

- 1° le diagnostic;
- 2° la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
- 3° la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
- 4° l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- 5° l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

Ainsi, la Commission ne peut reconsidérer sa décision rendue sur la base d'un de ces éléments. La politique 7.02 *Le Bureau d'évaluation médicale* prévoit les modalités à suivre en cas de désaccord avec l'avis du médecin qui a charge et la Commission sera liée par l'avis du membre du Bureau d'évaluation médicale ou le cas échéant, par le professionnel de la santé désigné en vertu de l'article 224.1.

Par ailleurs, c'est la Commission qui doit décider du lien entre l'accident et la blessure ou la maladie. En conséquence, lorsque le médecin qui a charge du travailleur ou le membre du Bureau d'évaluation médicale se prononce sur la cause de la maladie ou de la blessure du travailleur, la Commission n'est pas liée par leur opinion sur ce sujet.

Cependant, si l'avis obtenu en vertu de l'article 224.1 modifie le diagnostic du médecin qui a charge, la Commission devient liée par ce nouveau diagnostic et elle rend une nouvelle décision. Il ne s'agit pas d'une reconsidération dans ces cas.

Exemple

- La Commission a établi un lien de causalité entre l'événement et le diagnostic du médecin qui a charge. Suite à un avis d'un membre du Bureau d'évaluation médicale, un nouveau diagnostic est établi. Compte tenu que la Commission est maintenant liée par ce nouveau diagnostic, elle reprend l'analyse des éléments présents au dossier pour établir le lien de causalité entre ce nouveau diagnostic et l'événement et modifiera sa décision en conséquence, s'il y a lieu.*

Il en est de même lorsqu'un nouveau rapport médical soumis à la Commission révèle un nouveau siège de lésion pour lequel le travailleur allègue que cette blessure (nouveau diagnostic) est en relation avec son accident de travail antérieur. Dans ces circonstances, puisque la Commission n'a jamais statué sur le lien de causalité entre ce nouveau siège de lésion et l'accident, elle devra considérer ce nouveau diagnostic et procéder à l'analyse des nouveaux éléments soumis. La Commission rendra par la suite une décision d'admissibilité quant à la relation de la blessure avec l'accident de travail antérieur. Par conséquent, ceci ne constitue pas une reconsidération puisque la Commission ne remet pas en question la décision d'admissibilité rendue initialement (voir la politique 1.01 *La lésion professionnelle*, section 2.2).

Exemple

- Un travailleur glisse sur le plancher, il subit une lésion professionnelle. On diagnostique une tendinite du tendon d'Achille. La Commission l'indemnise. Quelques semaines plus tard, la Commission reçoit un nouveau rapport médical qui révèle que le travailleur a subi une entorse cervicale. À la suite de ce nouveau rapport, la Commission procède à une analyse qui permet d'établir le lien entre cette blessure et son accident. La Commission rend alors une décision qui confirme l'admissibilité de ce nouveau diagnostic (siège de lésion). Il ne s'agit pas dans ce cas d'une reconsidération.*

3.2 Peut-on reconsidérer une décision portant sur une plainte faite en vertu de l'article 32?

Non. Dans le cas d'une plainte portée en vertu de l'article 32, la Commission tente de procéder à la conciliation des parties et à défaut d'entente, la décision est rendue à la suite d'une audition (processus quasi-judiciaire). Il n'y a donc pas lieu de corriger les erreurs qui auraient pu être commises à cette occasion autrement que par une contestation devant la Commission des lésions professionnelles.

En effet, le travailleur qui croit avoir été l'objet d'une sanction ou d'une mesure discriminatoire parce qu'il a été victime d'une lésion professionnelle ou à cause de l'exercice d'un droit que lui confère la loi, peut recourir, à son choix, à la procédure de griefs prévue à sa convention collective ou soumettre une plainte à la Commission conformément à l'article 253 de la loi.

4. PEUT-ON RECONSIDÉRER UNE DÉCISION RENDUE DANS LE CADRE DU PLAN INDIVIDUALISÉ DE RÉADAPTATION (PIR)?

En vertu des articles 146 et 147, **la Commission peut modifier**, en tout temps, les décisions rendues dans le cadre du PIR (voir la politique 4.02 *Le plan individualisé de réadaptation*, section 4).

En effet, lorsqu'une **circonstance nouvelle** constituant une raison valable se produit, **avant** que la décision sur la capacité de travail ait été rendue, la Commission peut modifier sa décision.

Exemple

- . *La mesure d'adaptation du véhicule du travailleur a été refusée par la Commission car la SAAQ n'accordait pas de permis de conduire au travailleur. La SAAQ, suite à une évaluation médicale, décide, quelque temps plus tard, d'accorder au travailleur un permis de conduire avec des restrictions précises concernant le handicap dû à la lésion professionnelle et ce, **avant que la décision sur la capacité de travail ait été rendue**. Dès lors, la Commission révisera le PIR avec le travailleur et verra à modifier en vertu de 146 et 147¹, la décision sur l'attribution de la mesure d'adaptation du véhicule.*

Par ailleurs, **la Commission peut reconsidérer** une décision rendue dans le cadre du PIR pour corriger toute erreur ne faisant pas appel à la connaissance d'un fait essentiel.

Exemples

- . *En collaboration avec le travailleur, la Commission décide d'accorder une mesure de réadaptation professionnelle au coût de 320,00 \$. Lors de la rédaction de la décision sur cette mesure, on écrit : « ... 32,00 \$ ». Un mois plus tard, la Commission constate son erreur alors pour la corriger, elle reconsidère la décision.*
- . *En collaboration avec le travailleur, la Commission retient comme emploi convenable «livreur» en croyant que la Société d'assurance automobile du Québec renouvellera le permis de conduire du travailleur. Après que la décision sur la capacité de travail ait été rendue par la Commission, il s'avère que le permis de conduire du travailleur n'est pas renouvelé par la SAAQ **en raison des limitations fonctionnelles** dues à la lésion professionnelle. Alors la Commission **reconsidère sa décision**.*
- . *En collaboration avec le travailleur, la Commission retient comme emploi convenable «livreur» en croyant que la Société d'assurance automobile du Québec renouvellera le permis de conduire du travailleur. Après que la décision sur la capacité de travail ait été rendue par la Commission, il s'avère que le permis de conduire du travailleur n'est pas renouvelé par la SAAQ **en raison du nombre de points d'inaptitude** accumulés par le travailleur. Dans ce cas, la Commission **ne reconsidère pas sa décision**.*

Il est à noter que les décisions sur l'admission en réadaptation et sur la capacité à exercer son emploi, ou s'il n'existe plus, un emploi équivalent ou un emploi convenable ne font pas partie du PIR et conséquemment ne peuvent être modifiées en vertu des articles 146 et 147 mais peuvent être reconsidérées conformément à la présente politique.

5. AVIS AUX PARTIES POUR UNE RECONSIDÉRATION

Lorsque la Commission envisage de reconsidérer une décision, elle doit préalablement informer les parties concernées et leur indiquer l'objet et les motifs de la reconsidération.

L'objectif de cette démarche vise à permettre à chacune des parties concernées par la décision d'avoir l'occasion d'exprimer son point de vue sur l'exactitude des faits et le bien-fondé des raisons pouvant justifier la reconsidération. Cependant, la Commission ne tient pas d'audition.

Si une des parties se croit lésée par la nouvelle décision rendue par la Commission suite à la reconsidération, elle pourra en demander la révision (voir la section 6 de la présente politique).

6. DÉCISION DE LA COMMISSION

La décision rendue en vertu de l'article 365, doit être écrite, motivée et notifiée aux intéressés et elle remplace la décision précédente. Cette nouvelle décision peut faire l'objet d'une demande de révision (voir la politique 6.02 *La révision et la contestation devant la Commission des lésions professionnelles*).

Lorsque la Commission refuse de reconsidérer sa décision, sauf dans le cas du fait essentiel, ce refus ne pourra faire l'objet d'une demande de révision.

Une décision rendue suite à une reconsidération a effet immédiatement sauf, s'il s'agit d'une décision qui accorde une indemnité pour dommages corporels ou une indemnité forfaitaire de décès prévue par les articles 98 à 100, le deuxième alinéa de l'article 102, les articles 103 à 108 et 110, auquel cas la décision a effet lorsqu'elle devient finale (article 361).

Si, une décision rendue suite à une reconsidération reconnaît à un bénéficiaire le droit à une indemnité qui lui avait d'abord été refusée, augmente le montant d'une indemnité ou entraîne un remboursement à l'employeur, la Commission paie des intérêts :

- 1° à compter de la date de la réclamation, s'il s'agit d'une indemnité payable à un bénéficiaire;
- 2° à compter de la date où il a effectué le paiement en trop, s'il s'agit d'un remboursement à l'employeur (articles 364 et 366).

Lorsque cette décision annule ou réduit le montant d'une indemnité de remplacement du revenu ou d'une indemnité de décès visée dans l'article 101 ou dans le premier alinéa de l'article 102 ou une prestation prévue dans le plan individualisé de réadaptation d'un travailleur, les prestations déjà fournies à un bénéficiaire ne peuvent être recouvrées, sauf si elles ont été obtenues par mauvaise foi ou s'il s'agit du salaire versé à titre d'indemnité (article 363).

Politique 6.02

La demande de révision et la contestation

Objectif

Distinguer le cheminement des recours prévus par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et préciser certaines règles s'appliquant à une demande de révision soumise à la CSST et à une contestation devant la Commission des lésions professionnelles.

Cadre juridique

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), articles 32, 179, 224.1, 233, 254, 258, 262, 263, 358 à 358.3, 364, 369, 429.49, 429.50, 429.56, 450.

Loi sur la santé et la sécurité au travail (LSST), articles 37 à 37.3.

Résumé de la politique

Une personne qui se croit lésée par une décision de la CSST peut en demander la révision, à l'exception d'une question d'ordre médical sur laquelle la CSST est liée, d'une décision rendue en vertu de la section III du chapitre VII de la LATMP ou du refus de reconsidérer une décision pour toute erreur.

Une personne qui se croit lésée par une décision rendue en révision peut la contester devant la Commission des lésions professionnelles (CLP) qui statue, à l'exclusion de tout autre tribunal, sur les recours en matière de prévention, d'indemnisation et de financement.

Les questions d'ordre médical, la plainte soumise en vertu de l'article 32 de la LATMP, la demande d'intervention pour l'application du droit au retour au travail, les décisions conjointes CSST-SAAQ, l'assignation temporaire et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite font l'objet d'un cheminement spécifique.

Énoncés de la politique

1. Demande de révision

Une personne qui se croit lésée par une décision de la CSST rendue en vertu de la LATMP peut, dans les 30 jours de sa notification, en demander la révision. Cette demande de révision doit être faite par écrit et exposer brièvement les motifs sur lesquels elle s'appuie ainsi que l'objet de la décision sur laquelle elle porte. Le délai prévu peut être prolongé s'il est démontré par un motif raisonnable que la demande de révision n'a pu être faite dans le délai prescrit.

[LATMP, article 358](#)

[LATMP, article 358.1](#)

Après avoir donné l'occasion aux parties de présenter leurs observations, la CSST décide sur dossier. Elle peut confirmer, infirmer ou modifier la décision et, s'il y a lieu, rendre la décision qui, à son avis, aurait dû être rendue. La décision doit être écrite, motivée et notifiée aux parties avec mention de leur droit de la contester devant la CLP et du délai pour ce faire.

[LATMP, article 358.3](#)

[LATMP, article 358.5](#)

Un refus de la CSST de reconsidérer sa décision, pour motif de toute erreur, ne peut faire l'objet d'une demande de révision. Cette décision est finale et sans appel.

[LATMP, article 358](#)

[Voir politique 6.01 La reconsidération](#)

2. Recours spécifiques

2.1 Question d'ordre médical

Une personne ne peut demander la révision d'une question d'ordre médical sur laquelle la CSST est liée (diagnostic, date ou période de consolidation, soins ou traitements prescrits, atteinte permanente, limitations fonctionnelles). Les questions d'ordre médical doivent d'abord faire l'objet d'un recours au Bureau d'évaluation médicale.

[LATMP article 358](#)

[Voir politique 7.02 Le recours au Bureau d'évaluation médicale](#)

La CSST est liée par l'avis rendu par le membre du Bureau d'évaluation médicale et par le comité spécial des présidents dans les cas de maladie professionnelle pulmonaire; elle rend une décision fondée sur cet avis.

[LATMP, article 224.1](#)

[LATMP, article 233](#)

Une personne qui se croit lésée par une décision de la CSST rendue à la suite de l'avis du membre du BEM ou du comité spécial des présidents dans les cas de maladies professionnelles pulmonaires peut en demander la révision dans les 30 jours de sa notification.

2.2 Plainte pour congédiement, suspension, déplacement ou représailles

Le travailleur qui croit avoir été congédié, suspendu, déplacé ou avoir été l'objet de représailles parce qu'il a subi une lésion professionnelle peut recourir à la procédure de griefs prévue par la convention collective qui lui est applicable ou soumettre une plainte à la CSST. Dans ce dernier cas, la CSST doit vérifier que le travailleur n'a pas cumulé les deux recours pour le même objet.

[LATMP, article 32](#)

Si le travailleur qui soumet une plainte y consent, la CSST peut tenter de concilier ce travailleur et son employeur.

[LATMP, article 254](#)

Si l'entente n'est pas possible, la CSST doit, après audience, rendre une décision écrite et motivée dans les 30 jours de la plainte qui lui est soumise. Sous réserve de l'article 263, cette décision a effet immédiatement même si elle est contestée devant la CLP.

[LATMP, article 262](#)

[LATMP, article 263](#)

Une décision ou une ordonnance rendue à la suite d'une plainte soumise en vertu de l'article 32 de la LATMP peut être contestée directement à la CLP sans révision par la CSST.

[LATMP, article 358](#)

2.3 Demande d'intervention pour l'application du droit au retour au travail

Il revient à l'employeur et au travailleur de s'entendre sur les modalités d'application du droit au retour au travail. Le rôle de la CSST est d'informer les parties de ce droit, des délais d'exercice et des modalités de mise en œuvre. Ce n'est qu'en cas de désaccord ou à la demande d'une des parties que la CSST intervient.

Lorsque la CSST est saisie d'une demande d'intervention, elle doit décider si elle a compétence avant d'y donner suite. La CSST a uniquement compétence en l'absence d'une convention collective contenant des dispositions relatives au retour au travail.

Lorsqu'elle est saisie d'une demande, la CSST s'enquiert auprès des parties des motifs de leur désaccord et tente de les concilier. Si l'entente n'est pas possible après une audience, elle rend une décision écrite et motivée dans les 30 jours de la demande d'intervention dont elle a été saisie. Cette décision a un effet immédiat même si elle est contestée à la CLP, sous réserve de l'article 263.

[LATMP, article 258](#)

[LATMP, article 262](#)

Une décision ou une ordonnance à la suite d'une demande d'intervention pour l'application du droit au retour au travail peut être contestée directement à la CLP sans révision par la CSST.

[LATMP, article 358](#)

[Voir politique 3.01 Le droit au retour au travail](#)

2.4 Décision conjointe CSST-SAAQ

Une personne qui se croit lésée par une décision rendue conjointement par la CSST et la Société d'assurance-automobile du Québec (SAAQ) peut, à son choix, la contester à la CLP ou au Tribunal administratif du Québec (TAQ). Le recours formé en vertu d'une de ces lois empêche le recours en vertu de l'autre et la décision alors rendue lie les deux organismes.

[LATMP, article 450](#)

2.5 Assignation temporaire

Lorsque, malgré l'avis de son médecin traitant, un travailleur est en désaccord avec l'assignation temporaire proposée, il peut se prévaloir de la procédure prévue aux articles 37 à 37.3 de la LSST.

[LATMP, article 179](#)

Une personne qui se croit lésée par une décision concernant l'assignation temporaire prévue à l'article 37 de la LSST peut en demander la révision dans les 10 jours de sa notification.

[LSST, article 37](#)

[LSST, article 37.1](#)

Dans ce cas, le travailleur n'est pas tenu de faire le travail que lui assigne son employeur tant que le rapport du médecin qui a charge n'est pas confirmé par une décision finale; il s'agit d'une exception au caractère exécutoire d'une décision prévu par l'article 37.2 de la LSST.

[Voir politique 3.06 L'assignation temporaire](#)

La personne qui se croit lésée par une décision rendue à la suite d'une demande faite en vertu de l'article 37.1 de la LSST peut la contester devant la CLP dans les 10 jours de sa notification.

[LSST, article 37.3](#)

2.6 Affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite

Une personne qui se croit lésée par une décision concernant le droit au programme *Pour une maternité sans danger*, le droit à une indemnité ou par une décision concernant l'affectation peut en demander la révision. Les différentes modalités prévues pour ces recours sont détaillées dans une politique spécifique sur le sujet.

[Voir politique Programme Pour une maternité sans danger – 5.00 Les recours](#)

3. Contestation à la Commission des lésions professionnelles (CLP)

Une personne qui se croit lésée :

- par une décision rendue en révision faite en vertu de l'article 358 de la LATMP;
- par une décision ou une ordonnance rendue à la suite d'une plainte soumise en vertu de l'article 32 de la LATMP ou à la suite d'une demande d'intervention pour l'application du droit au retour au travail selon l'article 258 de la LATMP; ou
- par une décision conjointe rendue en vertu de l'article 450 de la LATMP;

peut la contester devant la CLP, dans les **45 jours** de sa notification.

[LATMP, article 359](#)

[LATMP, article 359.1](#)

S'il s'agit d'une décision rendue à la suite d'une demande faite en vertu de l'article 37.1 de la LSST (assignation temporaire, affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite), la personne qui se croit lésée peut la contester devant la CLP dans les **10 jours** de sa notification.

[LSST, article 37.3](#)

La CLP statue, à l'exclusion de tout autre tribunal, sur les recours formés en vertu des articles 359, 359.1, 450 et 451 de la LATMP et sur les recours formés en vertu des articles 37.3 et 193 de la LSST.

[LATMP, article 369](#)

Toute décision de la CLP doit être écrite, motivée, signée et notifiée aux parties et à la CSST.

[LATMP, article 429.50](#)

4. Caractère exécutoire des décisions

4.1 Effet immédiat d'une décision de la CSST

Une décision de la CSST a effet immédiatement malgré une demande de révision, sauf s'il s'agit d'une décision qui accorde une indemnité pour dommages corporels ou une indemnité forfaitaire de décès prévue aux articles 98 à 100, 102(2), 103 à 108 et 110 de la LATMP, ou une décision concernant une assignation temporaire. Dans ces cas, la décision a effet seulement lorsqu'elle devient finale.

[LATMP, article 361](#)

[LATMP, article 179](#)

[LSST, article 37.2](#)

4.2 Effet immédiat d'une décision de la CSST rendue à la suite d'une demande de révision

Une décision de la CSST rendue à la suite d'une demande de révision a effet immédiatement malgré quelle soit contestée devant la CLP, sauf s'il s'agit d'une décision qui accorde une indemnité pour dommages corporels ou une indemnité forfaitaire de décès prévue aux articles 98 à 100, 102(2), 103 à 108 et 110 de la LATMP ou rendue en application des chapitres IX ou X de la LATMP en matière de financement. Dans ces cas, la décision a effet seulement lorsqu'elle devient finale.

[LATMP, article 362](#)

4.3 Décision finale de la Commission des lésions professionnelles

Une décision de la CLP est finale et sans appel et toute personne visée doit s'y conformer sans délai.

[LATMP, article 429.49](#)

La CLP peut, sur demande, réviser ou révoquer une décision, un ordre ou une ordonnance qu'elle a rendu :

1° lorsqu'est découvert un fait nouveau qui, s'il avait été connu en temps utile, aurait pu justifier une décision différente;

2° lorsqu'une partie n'a pu, pour des raisons jugées suffisantes, se faire entendre;

3° lorsqu'un vice de fond ou de procédure est de nature à invalider la décision.

Dans ce cas, la décision, l'ordre ou l'ordonnance ne peut être révisé ou révoqué par le commissaire qui l'a rendu.

[LATMP, article 429.56](#)

5. Prestations non recouvrées

Lorsque la CSST, à la suite d'une demande de révision, ou la CLP annule ou réduit le montant d'une indemnité de remplacement du revenu ou d'une indemnité de décès (visée dans l'article 101 ou dans le premier alinéa de l'article 102 de la LATMP) ou une prestation prévue dans le plan individualisé de réadaptation d'un travailleur, les prestations déjà fournies à un bénéficiaire ne peuvent être recouvrées, sauf si elle ont été obtenues de mauvaise foi ou s'il s'agit du salaire versé à titre d'indemnité en vertu de l'article 60 de la LATMP.

[LATMP, article 363](#)

[Voir politique 2.05 Le recouvrement des prestations](#)

6. Paiement des intérêts

Si une décision, rendue par la CSST à la suite d'une demande de révision ou par la CLP, reconnaît à un bénéficiaire le droit à une indemnité qui lui avait d'abord été refusée, augmente le montant d'une indemnité ou entraîne un remboursement à l'employeur, la CSST paie des intérêts à compter de la date de la réclamation s'il s'agit d'une indemnité payable à un bénéficiaire, ou de la date où a été effectué le paiement en trop s'il s'agit d'un remboursement à l'employeur.

[LATMP, article 364](#)

Numéro	6.03
Thème	RECOURS ET ACCÈS AU DOSSIER DU TRAVAILLEUR
Objet	L'accès au dossier du travailleur
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique précise les modalités de transmission et d'obtention de renseignements nominatifs concernant le travailleur pour le traitement des dossiers dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles 36 à 43, 208, 215, 219, 229, 231, 429.32, 512 et 543.
- . Loi sur la santé et la sécurité au travail, articles 174, 175.
- . Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., chapitre A-2.1)

Public cible :

Le travailleur, l'employeur, les personnes désirant consulter le dossier du travailleur ainsi que les organismes qui échangent avec la Commission des renseignements nominatifs concernant le travailleur pour l'application de leur loi respective.

Énoncé de la politique :

- La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels édicte que tous les renseignements nominatifs sont confidentiels, que la personne concernée par ces renseignements a le droit d'en recevoir communication et que ces renseignements ne peuvent être divulgués sans le consentement de la personne qu'ils concernent. À ce titre, le dossier du travailleur est confidentiel et seul le travailleur, ou son représentant, peuvent y avoir accès. La Commission doit en assurer le caractère confidentiel et ne peut donner accès au dossier du travailleur ni avoir accès au dossier détenu par d'autres organismes sans le consentement de celui-ci.
- Toutefois, malgré la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles prévoit :
- pour l'employeur, un droit d'accès au dossier que la Commission possède au sujet du travailleur sous certaines réserves,
- pour la Commission, le droit de recevoir copie du dossier que détiennent des établissements de santé en rapport avec la lésion professionnelle subie par le travailleur.
- De plus, la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles prévoit, pour la Commission et d'autres organismes gouvernementaux, la transmission de renseignements nominatifs au sujet du travailleur pour l'application de leur loi respective.

Développement :

1. ACCÈS DU TRAVAILLEUR À SON DOSSIER (article 36)

Un travailleur ou un bénéficiaire a droit d'accès, sans frais (voir le point 6.4) au dossier intégral (voir le point 6.1) que la Commission possède à son sujet ou au sujet du travailleur décédé selon le cas, de même qu'une personne qu'il autorise expressément à cette fin.

Le droit d'accès s'exerce par consultation ou par obtention d'une copie du dossier ou partie de celui-ci. Afin d'assurer le meilleur service au travailleur, la Commission inclut la communication téléphonique de « **renseignements administratifs** » dans ce droit d'accès au dossier, après s'être assuré de l'identité du travailleur. On entend par "renseignements administratifs": la date d'émission d'un chèque, le montant d'un chèque émis, l'indication de la réception d'un document, des explications sur une décision et autres.

Le travailleur a le droit de recevoir, dès leur réception, une copie des rapports que l'employeur et la Commission obtiennent à son sujet par les professionnels de la santé désignés pour l'examiner (article 215).

Dans les cas où une demande de révision ou un recours est formé, le travailleur reçoit une copie de la demande de révision ou de la requête ainsi qu'une copie du dossier transmis par la Commission, à la Commission des lésions professionnelles (article 429.25).

2. ACCÈS DE L'EMPLOYEUR AU DOSSIER DU TRAVAILLEUR (article 38)

L'employeur a droit d'accès, sans frais et sans l'autorisation du travailleur, au dossier que la Commission possède au sujet de la lésion professionnelle dont a été victime le travailleur. Les employeurs suivants ont droit d'accès au dossier du travailleur :

- l'employeur qui utilise les services d'un travailleur aux fins de son établissement lors de la survenance de la lésion;
- l'employeur du travailleur au moment de l'accident initial à qui est imputé tout ou partie des coûts des prestations lorsque ce travailleur est victime d'une rechute, récurrence ou aggravation chez un autre employeur;
- l'employeur pour qui le travailleur victime d'une maladie professionnelle a exercé un travail de nature à engendrer cette maladie et qui est imputé de tout ou partie des coûts des prestations de cette maladie;
- l'employeur tenu personnellement au paiement de tout ou partie des prestations dues en raison d'une lésion professionnelle.

L'employeur a le droit de recevoir copie de tout le dossier du travailleur concernant cette lésion cependant, **seul le professionnel de la santé désigné par l'employeur peut accéder au dossier médical et de réadaptation physique**. La Commission a l'obligation de transmettre sans délai à ce professionnel de la santé copie des rapports qu'elle obtient du médecin qui a charge ou du professionnel de la santé qu'elle a désigné pour examiner le travailleur et qui concerne la lésion professionnelle subie par ce travailleur chez cet employeur (article 215). Ce professionnel fait rapport à l'employeur sur cette partie du dossier, il peut lui en faire un résumé et lui donner un avis pour lui permettre d'exercer les droits que lui confère la loi (article 39).

L'accès de l'employeur au dossier du travailleur est strictement limité aux informations concernant la lésion dont a été victime le travailleur, il ne s'étend en aucune façon aux autres informations éventuellement détenues par la Commission concernant ce travailleur. Une lésion survenue chez un autre employeur est une information de ce type. D'autre part, ce droit est limité aux informations

présentes au dossier du travailleur et non celles qui pourraient éventuellement s'y ajouter. L'employeur ne peut exiger de la Commission qu'elle requiert une information concernant le travailleur lorsque la loi confère à la Commission la discrétion de requérir ou non telle information.

L'employeur peut autoriser expressément une personne à exercer son droit d'accès.

L'employeur ou la personne qu'il autorise ne doit pas utiliser ou communiquer les informations reçues à d'autres fins que l'exercice des droits conférés par la loi (article 38.1).

Le travailleur est avisé par la Commission lorsque l'employeur, son représentant, ou le professionnel désigné par lui, ont exercé leur droit.

3. ACCÈS DE LA COMMISSION AU DOSSIER DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ CONCERNANT LE TRAVAILLEUR (article 208)

La Commission peut requérir d'un établissement de santé où a été traité un travailleur une copie de son dossier ou de la partie de son dossier qui est en rapport avec la lésion professionnelle qu'il a subie. Ceci s'applique également aux lésions survenues par le fait ou à l'occasion de soins reçus pour une lésion professionnelle ou dans le cadre d'une activité prévue au plan individualisé de réadaptation compte tenu qu'il s'agit d'une lésion professionnelle (voir la politique 1.01 *La lésion professionnelle*).

D'autre part, la Commission ne peut requérir de l'établissement de santé d'autres informations que celles en rapport avec la lésion professionnelle seulement si elle lui fournit une autorisation écrite et signée du travailleur à cet effet.

Rappel : Toute information reçue fait partie intégrante du dossier et devient par le fait même accessible. La Commission doit donc s'assurer de requérir seulement l'information pertinente pour le traitement de la réclamation du travailleur.

4. TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS ENTRE LES ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX ET LA COMMISSION

La transmission de renseignements nominatifs entre les organismes gouvernementaux et la Commission est effectuée selon les modalités prévues par les ententes intervenues entre ces organismes et la Commission. Toute demande d'accès au dossier du travailleur provenant de ces ministères ou organismes doit être référée au responsable de l'accès à l'information.

4.1 La Régie de l'assurance-maladie du Québec (article 42)

En vertu de l'article 22.1 de la Loi sur la régie de l'assurance-maladie du Québec (L.R.Q., chapitre R-5), la Commission est tenue de fournir à la Régie tout renseignement compris dans le dossier médical ou de réadaptation physique afin de permettre à celle-ci d'apprécier la rémunération d'un professionnel de la santé pour un service rendu dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail ou des maladies professionnelles.

La Commission peut requérir de la Régie de l'assurance-maladie du Québec tout renseignement que celle-ci possède au sujet :

- de l'identification d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle;
- des coûts et des frais d'administration que la Régie récupère de la Commission.

Les modalités de transmission de ces renseignements sont déterminées par l'entente intervenue entre les deux organismes.

4.2 La Société de l'assurance-automobile du Québec (articles 449 et 450)

La Commission et la Société de l'assurance-automobile du Québec peuvent obtenir l'une de l'autre tout renseignement qu'elles possèdent au sujet du travailleur et qui peuvent leur permettre de distinguer les dommages attribuables à un accident d'automobile et ceux qui sont attribuables à une lésion professionnelle. Les renseignements à communiquer et les modalités de transmission de ces renseignements seront déterminés par l'entente à intervenir entre les deux organismes.

4.3 La Régie des rentes du Québec (article 42.1)

La Commission doit fournir à la Régie des rentes du Québec les renseignements requis par cette dernière afin qu'elle puisse déterminer l'admissibilité d'un requérant à une rente d'invalidité en vertu de la Loi sur le régime de rentes du Québec (L.R.Q. chapitre R-9).

La Commission peut obtenir de la Régie, conformément à l'entente conclue entre elles, les renseignements qui lui sont nécessaires pour l'application de la loi à l'exclusion des informations sur les gains et les contributions d'un cotisant au régime des rentes.

4.4 Le Ministre de la Solidarité sociale

La Commission transmet au Ministre de la solidarité sociale tout renseignement relatif à une indemnité ou à un paiement d'assistance médicale que la Commission verse ou est susceptible de verser à une personne et qui est nécessaire à l'application de la Loi sur la sécurité du revenu (L.R.Q. c. S-3.1.1).

Les renseignements à communiquer, les modalités de transmission de ces renseignements et les personnes autorisées à accéder aux renseignements échangés sont déterminés par l'entente intervenue entre les deux organismes.

4.5 Les ministères et organismes fédéraux

La Loi de l'impôt sur le revenu du Canada et la Loi sur l'assurance-emploi ont des dispositions qui leur permettent d'obtenir que les indemnités payables à un travailleur soient versées au Receveur général (voir point 5 de la politique 2.01 *Le droit à l'indemnité de remplacement du revenu*).

4.6 Les organismes traitant les lésions professionnelles

4.6.1 Le Comité des maladies professionnelles pulmonaires, le comité spécial et le directeur de la santé publique (articles 229 et 231)

Dans les 10 jours de la demande de la Commission, un établissement, au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant certaines dispositions législatives ou au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris et inuit selon le cas, transmet au président du comité des maladies professionnelles pulmonaires que la Commission lui indique, les radiographies des poumons du travailleur que la Commission réfère à ce comité.

Sur réception du rapport de ce comité, la Commission soumet ensuite le dossier du travailleur (comprenant le rapport du comité et toutes les pièces qui lui ont servi à établir son diagnostic et ses autres constatations) au Comité spécial.

La Commission informe le directeur de la santé publique des conclusions du comité spécial des maladies pulmonaires, lorsqu'il s'agit d'un ouvrier d'une mine ou d'une carrière, afin qu'il puisse déterminer la pertinence d'émettre le certificat de travail requis en vertu du règlement sur le certificat médical des ouvriers.

4.6.2 Le membre du Bureau d'évaluation médicale (articles 219 et 220)

À l'occasion d'une contestation portant sur l'aspect médical d'une réclamation, la Commission transmet sans délai au membre du Bureau d'évaluation médicale le dossier médical complet qu'elle possède au sujet du travailleur relativement à la lésion professionnelle qui fait l'objet de la demande.

Le membre du Bureau d'évaluation médicale peut requérir de la Commission tout document d'ordre médical qu'elle détient ou peut obtenir au sujet du travailleur.

4.6.3 La Commission des lésions professionnelles (article 429.32)

La Commission des lésions professionnelles a droit d'accès au dossier que la Commission possède relativement à la décision dont il y a contestation.

5. LES AUTRES PERSONNES

Toute personne (autre que le travailleur, l'employeur et leur représentant) qui fait une demande d'accès au dossier du travailleur doit être référée au responsable de l'accès à l'information de la Commission. Celui-ci déterminera s'il y a lieu d'accéder à une telle demande et fixera les conditions et les modalités d'application de cette consultation.

Parmi les personnes qui peuvent être autorisées il y a : les coroners, policiers, syndics, représentants de compagnies d'assurance ainsi que toute personne ou organisme qui désire consulter des dossiers à des fins d'étude, d'enseignement et de recherche.

6. CONTENU DU DOSSIER ET MODALITÉS D'ACCÈS

6.1 Contenu du dossier

À moins d'indications contraires, lorsqu'un travailleur, son représentant ou un employeur (sous réserve des informations médicales) a droit d'accès au dossier du travailleur ceci comprend tout document et toute information obtenus ainsi que toute documentation et information produites par la Commission en rapport avec la lésion professionnelle. Toute information qui a aidé à prendre une décision fait partie du dossier et doit être communiquée. Ainsi, les extraits des dossiers hospitaliers du travailleur ainsi que toute autre pièce concernant en tout ou en partie ladite lésion font partie intégrante du dossier.

La Commission doit cependant refuser de communiquer un renseignement lorsque sa divulgation révélerait vraisemblablement un renseignement nominatif concernant une autre personne physique ou l'existence d'un tel renseignement, à moins que cette dernière n'y consente par écrit. A titre d'exemple nous citons l'enquête effectuée par la Commission suite à une dénonciation. Le nom du dénonciateur ou le fait de mentionner que la Commission a agi suite à une dénonciation lorsque cela permet d'identifier le dénonciateur est évidemment un renseignement nominatif que la Commission ne doit divulguer à moins d'une autorisation écrite de cette personne.

La Commission doit également refuser momentanément de communiquer au travailleur un renseignement de nature médicale lorsque, **de l'avis du médecin traitant du travailleur**, il en résulterait vraisemblablement un préjudice grave pour la santé du travailleur (article 87.1

de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels).

Les notes personnelles, ébauches, brouillons et notes préparatoires ne font pas partie du dossier. **Les notes évolutives ne sont pas des notes personnelles, elles font donc partie intégrante du dossier.**

Le droit d'accès au dossier du travailleur comprend le droit de recevoir communication des renseignements contenus dans celui-ci, le droit de consultation et le droit d'en obtenir copie. La Commission offre aux employeurs la possibilité de consulter partie du dossier du travailleur par liaison électronique sous réserve d'une entente spécifique sur les modalités et les responsabilités de cette consultation. Le droit d'accès comprend également le droit d'obtenir une transcription écrite et intelligible des documents informatisés en rapport avec cette lésion. Dans le cas des dossiers microfilmés, la Commission transmet le dossier reconstitué.

6.2 Délais

La Commission doit répondre dans un délai raisonnable (moins de vingt jours) à toute demande d'accès à un document ou un dossier qui lui est faite en vertu des articles 36 à 40 de la loi.

6.3 Autorisation

L'autorisation donnant accès au dossier du travailleur doit préférablement être écrite et mentionner le nom de la personne autorisée, sa qualité, la période pour laquelle elle est autorisée ainsi que le caractère intégral ou partiel (certains documents) de l'accès autorisé. L'avocat n'a pas à fournir une telle autorisation, il n'a qu'à démontrer de son mandat. Ceci s'applique également pour le protecteur du citoyen.

La personne autorisée peut être une personne physique ou morale. Si la personne autorisée par l'employeur est une personne morale, dans ce cas, le professionnel de la santé désigné par l'employeur peut être une personne à l'emploi de cette personne morale si toutefois l'autorisation signée par l'employeur le mentionne à ce titre.

Lorsque la Commission désire obtenir des renseignements médicaux pour lesquels l'autorisation du travailleur est nécessaire, la Commission doit spécifier dans sa demande au travailleur les documents pour lesquels elle requiert son autorisation et les motifs d'une telle demande.

6.4 Frais

Le travailleur et l'employeur ont droit d'accès sans frais au dossier que la Commission possède au sujet de la lésion professionnelle. Cependant, des frais de reproduction peuvent être exigés à compter de la deuxième copie du document ou du dossier. Des frais de transmission peuvent être exigés des employeurs reliés électroniquement avec la Commission.

La Commission rembourse les frais de reproduction réclamés par un établissement de santé public (article 208) selon le Règlement sur les frais exigibles pour la transcription, la reproduction et la transmission de documents et de renseignements nominatifs édictés en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.

7. ACCÈS AU DOSSIER DU PROGRAMME « POUR UNE MATERNITÉ SANS DANGER »

La travailleuse enceinte ou qui allaite a droit d'accès à son dossier et l'exercice de ce droit répond aux mêmes règles et modalités que précédemment décrites.

L'employeur a droit d'accès au dossier de la travailleuse à l'exception des informations nominatives concernant la travailleuse. Il n'a donc pas droit d'accès à la version intégrale du *Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite* délivré en vertu de l'article 40 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail. En effet, la partie (section D - *Rapport médical*) qui traite des problèmes de santé de la travailleuse pouvant être aggravés par les conditions de travail ne peut lui être communiquée sans l'autorisation de celle-ci. L'accès aux autres informations s'effectue de la manière décrite précédemment.

Politique 7.01

Le médecin qui a charge

Objectif

Préciser le rôle et les obligations du médecin qui a charge du travailleur.

Cadre juridique

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), articles 51, 142, 149, 150, 179, 192, 199 à 204, 206, 212, 230, 231 et 233.

Résumé de la politique

Le travailleur a le choix de son médecin. La CSST est liée par son opinion sur le diagnostic, la période prévisible de consolidation d'une lésion, ainsi que sur la nécessité ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits, l'opportunité d'une assignation temporaire, la capacité médicale d'un travailleur d'exercer un emploi convenable et les soins et traitements d'un programme de réadaptation physique.

Le médecin qui a charge a certaines obligations, notamment celle de fournir une information médicale de qualité sur les rapports médicaux que la CSST prescrits à cette fin.

Des dispositions particulières sont prévues dans les cas de maladie professionnelle pulmonaire.

Énoncés de la politique

1. Médecin qui a charge

Le médecin qui a charge du travailleur est **le médecin que le travailleur choisit**.

[LATMP, article 192](#)

Ce principe est repris de façon plus précise dans le cadre de l'article 199 qui prévoit que le travailleur qui n'a pas été en mesure de choisir le premier médecin qui en a pris charge peut, aussitôt qu'il est en mesure de le faire, **choisir** un autre médecin. Ce libre choix permet au travailleur d'être traité par un médecin auquel il accorde confiance et crédibilité.

[LATMP, article 199](#)

Lorsque le médecin qui a charge **réfère** le travailleur à un médecin consultant pour opinion, celui-ci devrait transmettre ses recommandations au médecin qui a charge, mais il n'est pas obligé de communiquer ses conclusions à la CSST. La CSST n'est en effet pas liée par les opinions du médecin consultant.

Dans certaines circonstances (ex. : besoin d'une chirurgie ou d'un traitement spécialisé), le médecin qui, le premier, a pris charge d'un travailleur, peut **transférer** celui-ci avec son accord, aux soins d'un autre médecin pour prise en charge et suivi. Ce dernier devient alors le médecin qui a charge. Un travailleur peut donc être pris en charge successivement par plus d'un médecin (généralement de spécialités différentes) pendant l'évolution de sa lésion professionnelle selon le genre de traitements exigés.

Les critères retenus pour identifier le médecin qui a charge du travailleur sont :

1. celui qui examine le travailleur ;
2. celui choisi par le travailleur par opposition à celui qui lui serait imposé lors d'une expertise médicale demandée par la CSST ou l'employeur, par opposition également au médecin qui n'agit dans un dossier qu'à titre d'expert sans jamais suivre l'évolution médicale du patient ;

3. celui qui établit un plan de traitement; et enfin
4. celui qui assure le suivi du dossier du patient en vue de la consolidation de la lésion.

Lorsqu'un employeur réfère le travailleur à un médecin, ce dernier ne devient pas nécessairement le médecin qui a charge du travailleur sauf si, dans les faits, il accepte que ce médecin devienne son médecin à charge. Si le travailleur ne reconnaît pas ce médecin comme étant son médecin qui a charge, la CSST ne peut rendre de décision basée sur les conclusions de ce dernier.

2. Le rôle du médecin qui a charge

La Loi accorde priorité aux opinions du médecin qui a charge sur plusieurs sujets, notamment:

- le diagnostic;
- la date ou la période prévisible de consolidation;
- la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
- l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur;

[LATMP, article 212](#)

[Voir politique 7.02 Le recours au Bureau d'évaluation médicale](#)

- ses conclusions sur les éléments énoncés à l'article 212, sous réserve d'une contestation devant le Bureau d'évaluation médicale (BEM).

[LATMP, article 212](#)

[Voir politique 7.02 Le recours au Bureau d'évaluation médicale](#)

- l'opportunité d'une assignation temporaire.

Dans ce cas, le médecin se prononce sur trois aspects précis du travail envisagé :

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

[LATMP, article 179](#)

[Voir politique 3.06 L'assignation temporaire](#)

- la probabilité d'un danger grave de se soumettre à un examen et un acte du travailleur qui empêche ou retarde sa guérison.

[LATMP, article 142](#)

- l'abandon d'un emploi convenable lorsque le travailleur n'est plus en mesure de l'occuper pour des raisons médicales ou l'attestation du danger pour le travailleur d'occuper cet emploi.

[LATMP, article 51](#)

- les soins et traitements d'un programme de réadaptation physique.

[LATMP, article 149](#)

[LATMP, article 150](#)

Lorsque le médecin qui a charge donne son avis, notamment sur les questions de relation, de capacité de travail, de réadaptation, etc., il s'agit d'un élément dont la CSST tient compte, mais elle n'est pas liée par l'avis du médecin qui a charge dans ces situations.

3. Obligations du médecin qui a charge

3.1 Productions de rapports médicaux

Le médecin qui a charge du travailleur, dans sa démarche visant le retour au travail, a la responsabilité de décider de la nature, de la nécessité, de la suffisance et de la durée des traitements. Il lui appartient donc de prescrire les traitements appropriés, d'informer régulièrement la CSST de l'évolution de l'état de santé du travailleur et, au moment opportun, de motiver son avis concernant le plan de traitement en utilisant les rapports médicaux prévus à ces fins.

[LATMP, article 200](#)

[LATMP, article 201](#)

[LATMP, article 202](#)

[LATMP, article 203](#)

Pour que la CSST ait une bonne compréhension de la lésion professionnelle et de ses conséquences possibles pour le travailleur, l'information médicale transmise doit être **complète et appropriée**. Les divers rapports médicaux doivent permettre de situer la lésion, de suivre son évolution, prévoir sa consolidation et ses séquelles.

Une information médicale de qualité permet de déterminer une solution appropriée et adaptée au travailleur atteint d'une lésion professionnelle. Cela permet notamment de faire un dépistage rapide des cas qui auront besoin de réadaptation et ainsi en optimiser les chances de succès.

3.2 Défaut de remplir les obligations citées

Si le médecin qui a charge refuse ou néglige de produire un rapport qu'il doit fournir, la CSST peut référer le travailleur à un professionnel de la santé désigné par celle-ci et le travailleur doit se soumettre à cet examen. La CSST peut soumettre au Bureau d'évaluation médicale le rapport qu'elle a obtenu en vertu de l'article 204.

[LATMP, article 204](#)

[LATMP, article 206](#)

4. Dispositions particulières relatives aux maladies professionnelles pulmonaires

Lorsqu'un travailleur produit une réclamation à la CSST alléguant qu'il est atteint d'une maladie professionnelle pulmonaire, la CSST le réfère, dans les dix jours, à un comité des maladies professionnelles pulmonaires.

[LATMP, article 206](#)

Dans ces cas, la CSST est liée par le diagnostic et les constatations du comité spécial des présidents qui révisé le diagnostic et les constatations du comité des maladies professionnelles pulmonaires quant aux limitations fonctionnelles, au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et à la tolérance du travailleur à un contaminant au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

[LATMP, article 230](#)

[LATMP, article 231](#)

[LATMP, article 233](#)

Quant aux contestations portant sur les autres éléments de l'article 212, soit la date de la consolidation, la nature, la nécessité, la suffisance et la durée des soins ou traitements et le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité psychique, sur lesquels le comité des maladies professionnelles pulmonaires et le comité spécial des présidents ne se prononcent pas, le recours est le Bureau d'évaluation médicale.

[LATMP, article 212](#)

[Voir politique 7.02 Le recours au Bureau d'évaluation médicale](#)

Politique 7.02

Le recours au Bureau d'évaluation médicale

Objectif

Préciser les règles applicables pour un recours au Bureau d'évaluation médicale.

Cadre juridique

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), articles 38, 115, 142(2), 204 à 206, 209 à 212.1, 215 à 222, 224, 224.1, 352.

Règlement sur les frais de déplacement et de séjour.

Résumé de la politique

L'employeur du travailleur et la CSST peuvent recourir au Bureau d'évaluation médicale lorsqu'il y a litige entre le médecin qui a charge du travailleur et le médecin désigné, par l'employeur ou par la CSST, en regard de l'un ou plusieurs des cinq sujets mentionnés à l'article 212.

La CSST peut aussi demander au Bureau d'évaluation médicale un avis sur un ou plusieurs des cinq sujets mentionnés à l'article 212 même si le médecin qui a charge du travailleur ne s'est pas prononcé sur ces sujets.

La CSST est liée par l'avis du Bureau d'évaluation médicale et rend une décision en conséquence.

Énoncés de la politique

1. Bureau d'évaluation médicale

Le Bureau d'évaluation médicale est un organisme neutre et indépendant de la CSST qui relève du ministre du Travail. Il est constitué de professionnels de la santé.

Sur recommandation des ordres professionnels concernés, une liste de professionnels de la santé acceptant d'agir comme membres du Bureau d'évaluation médicale est soumise annuellement au ministre du Travail par le Conseil consultatif du travail et de la main-d'œuvre. Le ministre peut ajouter à cette liste le nom d'autres professionnels de la santé.

[LATMP, article 216](#)

Lors d'un recours au Bureau d'évaluation médicale, un membre du Bureau est désigné par le ministre du Travail. Le ministre informe les parties à la contestation, la CSST et les professionnels de la santé concernés des noms et adresses du membre désigné. Le ministre peut, s'il l'estime opportun en raison de la complexité du dossier, désigner plus d'un membre pour agir.

[LATMP, article 218](#)

2. Sujets d'un recours au Bureau d'évaluation médicale

Les cinq sujets qui peuvent faire l'objet d'un recours au Bureau d'évaluation médicale sont :

- le diagnostic;
- la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion;
- la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits;
- l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur;
- l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

[LATMP, article 212](#)

3. Recours au Bureau d'évaluation médicale par l'employeur

3.1 Droits et obligations de l'employeur

Un employeur qui a droit d'accès au dossier que la CSST possède au sujet de la lésion professionnelle qu'a subi le travailleur alors qu'il était à son emploi peut exiger du travailleur qu'il se soumette à l'examen d'un professionnel de la santé qu'il a désigné, chaque fois qu'il reçoit un nouveau rapport du médecin qui a charge sur un ou plusieurs sujets de l'article 212. Seul le professionnel de la santé désigné par l'employeur a droit d'accès au dossier médical du travailleur.

[LATMP, article 38](#)

[LATMP, article 209](#)

[Voir politique 6.03 L'accès au dossier du travailleur](#)

L'employeur qui requiert un examen médical de son travailleur donne à celui-ci les raisons qui l'incitent à le faire et assume les coûts de cet examen ainsi que les dépenses qu'engage le travailleur pour s'y rendre.

[LATMP, article 210](#)

Le travailleur est tenu de se soumettre à l'examen que requiert son employeur. Si le travailleur omet ou refuse de se soumettre à un tel examen, la CSST peut réduire ou suspendre le paiement d'une indemnité.

[LATMP, article 211](#)

[LATMP, article 142\(2\)](#)

L'employeur peut contester le rapport du médecin qui a charge du travailleur en obtenant un rapport d'un professionnel de la santé qui, après examen du travailleur, infirme les conclusions du médecin qui a charge du travailleur quant à l'un ou plusieurs des sujets mentionnés à l'article 212. Seuls les éléments énoncés à l'article 212 sur lesquels le médecin qui a charge s'est déjà prononcé **et** qui ont été infirmés par le médecin désigné par l'employeur peuvent faire l'objet d'une demande au Bureau d'évaluation médicale par l'employeur.

[LATMP, article 212](#)

3.2 Transmission des rapports médicaux

L'employeur transmet à la CSST, au travailleur et au médecin qui a charge du travailleur, le rapport de son professionnel de la santé désigné dans les 30 jours de la date de réception du rapport qu'il désire contester. Ce délai de 30 jours débute le lendemain de la réception du rapport du médecin qui a charge du travailleur. Un rapport du professionnel de la santé désigné par l'employeur, antérieur à celui du médecin qui a charge, qui reflète la situation médicale du travailleur peut être utilisé.

[LATMP, article 212](#)

[LATMP, article 215](#)

3.3 Prolongation du délai et motifs raisonnables

L'employeur qui demande une prolongation du délai de 30 jours pour transmettre le rapport de son professionnel de la santé doit démontrer qu'il a fait preuve de diligence dans ses démarches. Il doit motiver son retard en invoquant des circonstances indépendantes de sa volonté, c'est-à-dire des délais qu'on ne peut imputer à sa négligence.

La CSST prolonge le délai d'exercice d'un droit et relève l'employeur des conséquences de ses actes lorsqu'il démontre un motif raisonnable pour expliquer son retard.

[LATMP, article 352](#)

La demande de prolongation du délai fait l'objet d'une décision écrite et motivée de la CSST.

3.4 Rapport complémentaire du médecin qui a charge du travailleur

Si le rapport du professionnel de la santé désigné par l'employeur infirme les conclusions du médecin qui a charge du travailleur quant à l'un ou plusieurs des sujets mentionnés à l'article 212, ce dernier peut, dans les 30 jours de la date de réception de ce rapport, fournir à la CSST, sur le formulaire qu'elle prescrit, un rapport complémentaire en vue d'étayer ses conclusions et, le cas échéant, y joindre un

rapport de consultation motivé. Le médecin qui a charge informe, sans délai, le travailleur du contenu de son rapport complémentaire.

[LATMP, article 212.1](#)

3.5 Contestation au Bureau d'évaluation médicale

Sur réception des rapports médicaux incluant, s'il y a lieu, le rapport complémentaire du médecin qui a charge, la CSST soumet sans délai la contestation au Bureau d'évaluation médicale.

[LATMP, article 217](#)

[LATMP, article 219](#)

Une contestation de l'employeur peut être jugée irrecevable si :

- la contestation est hors délai et l'employeur ne démontre pas un motif raisonnable pour justifier son retard;
- il n'y a pas de litige;
- le professionnel de la santé désigné par l'employeur n'a pas examiné le travailleur.

La CSST rend une décision écrite et motivée sur l'irrecevabilité de la demande.

Malgré qu'une réclamation soit refusée, l'employeur peut demander à la CSST de soumettre une contestation au Bureau d'évaluation médicale, afin que le délai prescrit par la Loi pour contester une question d'ordre médical soit respecté.

4. Recours au Bureau d'évaluation médicale par la CSST

La CSST peut recourir au Bureau d'évaluation médicale si elle obtient un rapport d'un professionnel de la santé qui, après examen du travailleur, porte sur un ou plusieurs des sujets mentionnés à l'article 212.

[LATMP, article 206](#)

Avec ce rapport, deux possibilités s'offrent à la CSST :

- **Recours au Bureau d'évaluation médicale lors d'un litige**

La CSST peut demander un avis au Bureau d'évaluation médicale sur les sujets qui font l'objet d'un litige entre le médecin qui a charge du travailleur et le professionnel de la santé qu'elle a désigné.

- **Recours au Bureau d'évaluation médicale pour un avis**

La CSST peut aussi soumettre le dossier au Bureau d'évaluation médicale pour obtenir un avis et ce, même si le médecin qui a charge du travailleur ne s'est pas prononcé sur le sujet. Par exemple : le médecin du travailleur détermine une date de consolidation de la lésion, mais ne se prononce pas sur le pourcentage d'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles. Dans ce cas, la CSST peut, en utilisant le rapport du professionnel de la santé qu'elle a désigné, demander un avis au Bureau sur ces deux sujets.

4.1 Droits et obligations de la CSST

La CSST peut exiger d'un travailleur qu'il se soumette à l'examen d'un professionnel de la santé qu'elle désigne afin d'obtenir un rapport écrit sur toute question relative à la lésion professionnelle. Elle assume les coûts de l'examen ainsi que les dépenses que le travailleur doit engager pour l'examen selon les normes et montants déterminés en vertu de l'article 115.

[LATMP, article 115](#)

[LATMP, article 204](#)

[Règlement sur les frais de déplacement et de séjour](#)

Si le travailleur omet ou refuse de se soumettre à un tel examen, la CSST peut réduire ou suspendre le paiement d'une indemnité.

[LATMP, article 142\(2\)](#)

La liste des professionnels de la santé que la CSST peut désigner aux fins de l'article 204 est soumise annuellement à l'approbation du Conseil d'administration de la CSST, qui peut y ajouter ou y retrancher des noms.

[LATMP, article 205](#)

4.2 Transmission des rapports médicaux

Sur réception du rapport qu'elle désire soumettre au Bureau d'évaluation médicale, la CSST en transmet une copie au travailleur, au médecin qui a charge du travailleur et au professionnel de la santé désigné par l'employeur.

[LATMP, article 215](#)

4.3 Rapport complémentaire du médecin qui a charge du travailleur

Si le rapport du professionnel de la santé désigné par la CSST infirme les conclusions du médecin qui a charge du travailleur quant à l'un ou plusieurs des sujets mentionnés à l'article 212, ce dernier peut, dans les 30 jours de la date de réception de ce rapport, fournir à la CSST, sur le formulaire qu'elle prescrit, un rapport complémentaire en vue d'étayer ses conclusions et, le cas échéant, y joindre un rapport de consultation motivé. Le médecin du travailleur informe sans délai celui-ci du contenu de son rapport complémentaire.

La CSST peut soumettre ces rapports au Bureau d'évaluation médicale, incluant, le cas échéant, le rapport complémentaire.

[LATMP, article 205.1](#)

5. Avis du membre du Bureau d'évaluation médicale

Le membre du Bureau d'évaluation médicale étudie le dossier. Il peut, s'il le juge à propos, examiner le travailleur. Il doit cependant examiner le travailleur si celui-ci le demande.

[LATMP, article 220](#)

Le membre du Bureau d'évaluation médicale, par avis écrit et motivé, infirme ou confirme le diagnostic et les autres conclusions du médecin qui a charge du travailleur ou du professionnel de la santé désigné par l'employeur ou la CSST. Il peut également émettre des conclusions différentes.

[LATMP, article 221](#)

S'il le juge approprié, il donne aussi son avis sur les éléments de l'article 212 sur lesquels le médecin qui a charge ou le professionnel de la santé désigné ne s'est pas prononcé.

Le membre du Bureau d'évaluation médicale doit rendre son avis écrit dans les 30 jours de la date à laquelle le dossier lui a été transmis et l'expédier sans délai au ministre du Travail, avec copies aux parties et à la CSST.

[LATMP, article 222](#)

6. Conséquences de l'avis du membre du Bureau d'évaluation médicale

6.1. Délai respecté par le Bureau d'évaluation médicale

La CSST, jusqu'à ce moment liée par les conclusions du médecin qui a charge, devient liée par l'avis du membre du Bureau d'évaluation médicale dans la mesure où cet avis est rendu par écrit dans le délai prescrit. La CSST rend donc une décision en conséquence, sur les questions d'ordre médical et juridique qui en découlent.

[LATMP, article 224](#)

[LATMP, article 224.1](#)

6.2. Délai non respecté par le Bureau d'évaluation médicale

Avis du Bureau d'évaluation médicale demandé par l'employeur

Lorsque le membre du Bureau d'évaluation médicale ne rend pas son avis dans le délai prescrit de 30 jours, la CSST peut désigner un professionnel de la santé qui se prononce uniquement sur les sujets de l'article 212 qui font l'objet de la contestation. Lorsqu'elle procède ainsi, la CSST est liée par le premier document qu'elle reçoit, soit l'avis du membre du Bureau ou le rapport du professionnel de la santé désigné. Si elle ne désigne pas un professionnel de la santé, elle est liée par l'avis du membre du Bureau lorsqu'elle le reçoit.

[LATMP, article 224.1](#)

Avis du Bureau d'évaluation médicale demandé par la CSST

Si le membre du Bureau d'évaluation médicale ne rend pas son avis dans le délai prescrit de 30 jours, la CSST devient liée par le rapport qu'elle a obtenu du professionnel de la santé qu'elle avait désigné.

[LATMP, article 224.1](#)

Numéro	0.00
Thème	Programme <i>Pour une maternité sans danger</i> – LE CHEMINEMENT GÉNÉRAL
Objet	Explication du programme, du processus à suivre et du rôle des intervenants
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente section a pour objet d'expliquer globalement le programme *Pour une maternité sans danger*, d'illustrer le processus à suivre pour l'exercice de ce programme et de définir les rôles de ses différents intervenants.

Cadre juridique et références :

. Loi sur la santé et la sécurité du travail, articles 40 à 48.

Public cible :

- La travailleuse enceinte ou qui allaite;
- L'employeur de la travailleuse qui exerce son droit au programme *Pour une maternité sans danger*;
- Le médecin responsable au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail;
- Le médecin traitant de la travailleuse;
- Le médecin de la Direction de la santé publique (DSP) consulté par le médecin traitant.

Énoncé de la politique :

Développement :

Le cheminement général

Les articles 40 à 48 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail ont pour objet de permettre à la travailleuse enceinte ou qui allaite de demander d'être affectée à des tâches ne comportant pas un danger pour elle-même ou son enfant, ce danger étant identifié par un certificat.

Pour exercer ce droit, la travailleuse doit d'abord obtenir d'un médecin le *Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite*, attestant que les conditions de son travail sont dangereuses. La remise de ce certificat à l'employeur constitue automatiquement une demande de la travailleuse d'être affectée à d'autres tâches.

Lorsque l'affectation ne peut se faire à la date indiquée sur le certificat, la travailleuse peut se retirer du travail et être indemnisée par la Commission. Elle a toutefois le droit de recevoir son salaire habituel pour les 5 premiers jours ouvrables suivant sa cessation de travail avant que ne débute la période d'indemnisation. Ce salaire est payé par l'employeur et n'est pas remboursé par la Commission.

Pendant les 14 jours calendrier complets suivant les 5 premiers jours ouvrables, la travailleuse reçoit 90 % de son salaire net. C'est l'employeur qui verse ce salaire et la Commission le lui rembourse. Par la suite, c'est la Commission qui, une fois par deux semaines, verse directement l'indemnité de remplacement du revenu (selon les modalités de versement de l'IRR de la LATMP), soit 90 % du revenu net retenu (le salaire brut, moins les déductions prévues pour les impôts, le régime de rentes, le régime québécois d'assurance parentale et l'assurance-emploi). Ces indemnités ne sont pas imposables et ne peuvent dépasser le maximum annuel assurable. Les indemnités sont versées jusqu'à la quatrième

semaine précédant celle de la date prévue de l'accouchement ou jusqu'à la date de la fin d'allaitement, selon le cas. L'affectation peut aussi être proposée ultérieurement par l'employeur. Dans ce cas, l'indemnisation cesse et l'employeur doit verser à la travailleuse son salaire habituel.

La loi reconnaît à la travailleuse le maintien de tous les avantages liés à l'emploi qu'elle occupait avant son affectation à d'autres tâches ou avant sa cessation de travail. De plus, à la fin de l'affectation ou de la cessation de travail, l'employeur doit réintégrer la travailleuse dans son emploi régulier.

La forme et la teneur du certificat sont déterminées par règlement et le processus de délivrance est le suivant :

- le certificat peut être délivré par le médecin responsable des services de santé de l'établissement ou par tout autre médecin. S'il est délivré par le médecin responsable, celui-ci doit aviser, à la demande de la travailleuse, le médecin qu'elle désigne.
- si le certificat est délivré par un autre médecin que le médecin responsable, ce médecin doit consulter, avant de délivrer le certificat, le médecin responsable ou, à défaut, le directeur de la santé publique (DSP) du territoire dans lequel se trouve l'établissement ou le médecin que ce dernier désigne.

Le tableau qui suit illustre le processus à suivre pour l'exercice du droit au programme *Pour une maternité sans danger* et définit le rôle de chacun des intervenants. Le processus de contestation a été volontairement omis du tableau afin de clarifier l'illustration de la démarche générale. Cependant les informations relatives au processus de contestation se retrouvent à la politique 5.1 *Reconsidération, révision, contestation et plainte*.

**PROGRAMME POUR UNE MATERNITÉ SANS DANGER
POUR LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE**

CHEMINEMENT GÉNÉRAL ET RÔLE DES INTERVENANTS

1re étape

Elle

La travailleuse commence la démarche ¹

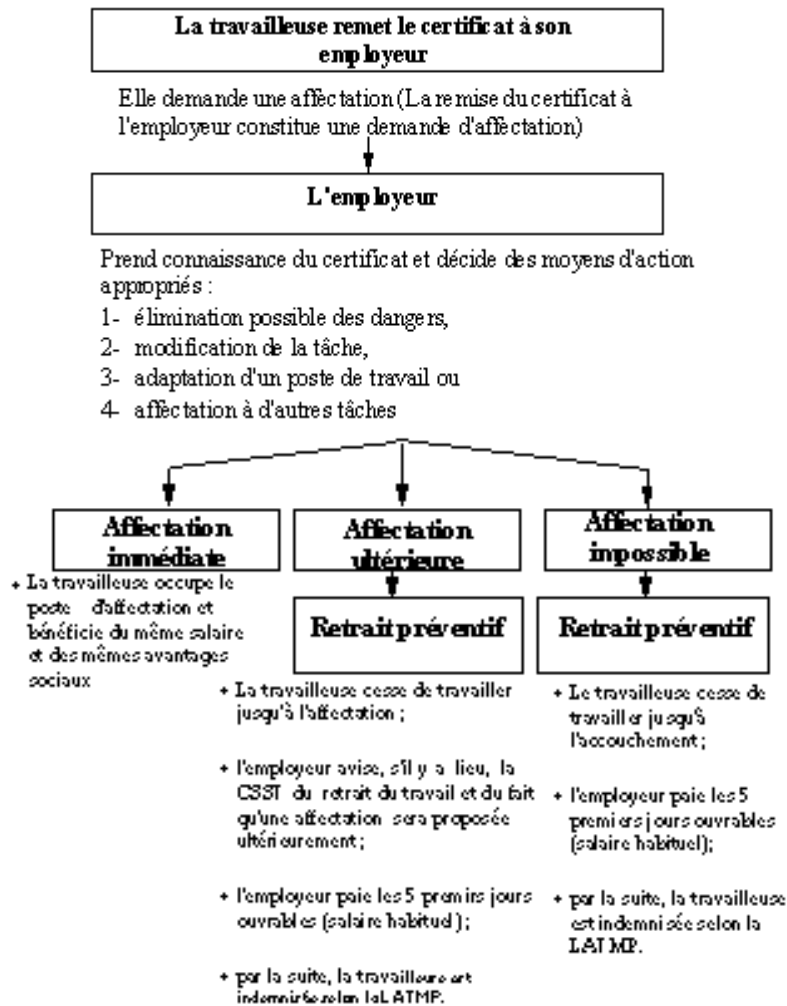
explique à son médecin les conditions d'exercice
de son travail et les dangers appréhendés

Le médecin traitant ²	Le médecin de la DSP
- Analyse l'état de santé de sa patiente - consulte la DSP - atteste que les conditions de travail comportent des dangers en considérant l'état de santé particulier de sa patiente	- analyse les conditions de travail de la travailleuse, avise le médecin traitant des dangers présentés dans le milieu de travail (Rapport de consultation médico-environnementale)

Le médecin traitant délivre le certificat à la travailleuse

1. Une travailleuse qui s'est prévalu du programme Pour une maternité sans danger alors qu'elle était enceinte, doit obtenir un nouveau certificat et reprendre la démarche lorsqu'elle désire se prévaloir du programme pendant la période d'allaitement.
2. Si le médecin responsable des services de santé de l'établissement délivre le certificat, la consultation auprès de la DSP n'est pas obligatoire.

2e étape



3e étape

La CSST étudie la demande et vérifie

- si la travailleuse est admissible,
- la validité du certificat médical,
- si le médecin de la DSP a été consulté
- si le certificat a été remis à l'employeur
- les opinions des médecins sur l'attestation de danger :
 - si les opinions des médecins concordent quant à l'existence de danger, la CSST accepte la demande.
 - si les opinions des médecins ne concordent pas, la CSST rend une décision sur l'existence des dangers en tenant compte des opinions des médecins (le médecin traitant connaît mieux l'état de santé de la travailleuse et le médecin de la DSP connaît mieux le milieu de travail).



La CSST rend une décision écrite et motivée

- sur l'admissibilité de la personne
- sur la validation du certificat
- sur le droit à l'indemnisation à défaut d'affectation

Numéro	1.00
Thème	Programme <i>Pour une maternité sans danger</i> – L'ADMISSIBILITÉ
Objet	Admissibilité au programme
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour objet de préciser les conditions d'admissibilité au programme *Pour une maternité sans danger* pour la travailleuse enceinte ou qui allaite.

Cadre juridique et références :

. Loi sur la santé et la sécurité du travail, articles 1,11, 33, 40, 41, 42, 46, 47 et 48.

Public cible :

- La travailleuse enceinte ou qui allaite;
- L'employeur de la travailleuse qui exerce son droit au programme *Pour une maternité sans danger*;
- Le médecin responsable au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail;
- Le médecin traitant de la travailleuse;
- Le médecin de la Direction de la santé publique (DSP) consulté par le médecin traitant.

Énoncé de la politique :

L'admissibilité comporte trois volets :

- L'admissibilité de la personne : les notions de travailleuse et d'établissement au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail doivent être respectées;
- La validation du certificat attestant les dangers : les étapes prévues par la loi doivent avoir été complétées;
- L'admissibilité à l'indemnisation : ce n'est que lorsque l'affectation n'est pas effectuée par l'employeur qu'il peut y avoir indemnisation de la travailleuse.

Développement :

1. L'ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE

En vertu de l'article 11 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, toutes les personnes visées par la définition du mot « travailleur » (article 1 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail) peuvent bénéficier du droit au programme *Pour une maternité sans danger*, à savoir :

- une personne qui exécute, en vertu d'un contrat de travail ou d'un contrat d'apprentissage, même sans rémunération, un travail pour un employeur;
- une personne qui est employée à titre de gérante, surintendante, contremaîtresse ou représentante de l'employeur dans ses relations avec les travailleurs;
- une administratrice ou dirigeante d'une personne morale :

L'administratrice ou la dirigeante peut avoir droit au programme seulement si l'entreprise qu'elle exploite est constituée en corporation, et ce, sans égard au fait que cette personne se soit prévalu ou non d'une protection personnelle au sens de l'article 18 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

- toute personne visée par la définition du mot « travailleur » est admissible au droit au programme si elle travaille au Québec au service d'un employeur qui y a un établissement (au sens de l'article 1 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail) et ce, peu importe qu'elle réside ou non au Québec (voir annexe 1 à la fin de cette section).

Exclusions :

- La travailleuse autonome dont l'entreprise n'est pas incorporée.
- La travailleuse travaillant à l'extérieur du Québec et ce, même si son lieu de résidence est au Québec. De même est exclue une travailleuse travaillant au Québec mais dont l'employeur n'y a pas d'établissement.
- La domestique à l'emploi d'un particulier et travaillant chez ce dernier dans un local privé à usage d'habitation.
- La travailleuse oeuvrant dans une entreprise de juridiction fédérale. (Un jugement de la Cour Suprême du Canada a statué que les dispositions du programme *Pour une maternité sans danger* ne s'appliquaient pas aux entreprises de juridiction fédérale). Cependant, le fait qu'une travailleuse bénéficie d'un programme d'intégration professionnelle n'en fait pas pour autant une travailleuse d'une entreprise de juridiction fédérale. Dans ce cas, le statut de l'entreprise doit faire l'objet d'une vérification.
- La bénévole, parce qu'elle ne peut être considérée comme une travailleuse en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail.
- L'étudiante en stage.

2. LA VALIDATION DU CERTIFICAT ATTESTANT LES DANGERS

La Commission a le pouvoir d'accepter ou de refuser la demande d'une travailleuse concernant le droit au programme *Pour une maternité sans danger*.

Ainsi, une travailleuse qui fournit à son employeur un certificat qui atteste que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour elle-même, pour l'enfant à naître ou pour l'enfant qu'elle allaite peut demander d'être affectée à d'autres tâches.

La décision de la Commission doit reposer sur les éléments de preuve au dossier et notamment sur les avis du médecin traitant et du médecin de la Direction de la santé publique (DSP).

2.1 Opinions médicales concordantes

La Commission respecte l'opinion de ces médecins lorsque tous les deux sont d'avis qu'il y a danger pour la travailleuse. Toutefois, l'employeur peut faire la démonstration par preuve prépondérante que les faits allégués sont inexacts et que le danger n'existe pas.

Pour déterminer l'admissibilité, il y a donc lieu de procéder à l'analyse du *Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite*.

- . En considérant l'opinion du médecin traitant :

Le rôle du médecin traitant est d'émettre le certificat **en précisant que les conditions de travail comportent des dangers physiques soit pour la travailleuse ou pour l'enfant**, en considérant, s'il y a lieu, **la condition personnelle de la travailleuse**. De même, il détermine à compter de quelle date les conditions de son travail comportent un danger, ainsi que le nombre de semaines de grossesse, s'il y a lieu, à cette date.

Connaissant l'état de sa patiente et ses antécédents médicaux, il peut recommander que l'affectation ou le retrait soit accepté ou devancé en considérant, s'il y a lieu, les problèmes de santé pouvant être aggravés par les conditions de travail de sa patiente. **Toutefois, la travailleuse doit être capable de travailler. Si toute forme de travail est contre-indiquée, la travailleuse ne peut bénéficier du programme.**

- . En considérant l'opinion du médecin de la Direction de la santé publique (DSP) :

Le rôle du médecin de la DSP est principalement d'évaluer et de préciser la nature des dangers que comportent les conditions de travail de la travailleuse en fonction d'une grossesse normale.

Ce rôle consiste à émettre un avis médical sur le danger que comportent les conditions de travail de la travailleuse. Cet avis fait suite à l'identification en milieu de travail des conditions de travail de la travailleuse soit la nature des tâches accomplies, les conditions environnementales, le niveau d'exposition à un contaminant, l'horaire de travail, etc. L'identification des conditions de travail est effectuée par la DSP avec la collaboration de l'employeur et de la travailleuse.

Avant de statuer sur l'admissibilité, la Commission s'assure que les conditions générales sont satisfaites, que le certificat est valide et qu'il a été remis à l'employeur. Il importe également de vérifier que les conditions de travail apparaissant au certificat sont exactes.

2.2 Opinions médicales divergentes

Dans tous les cas où il y a divergence d'opinions entre le médecin traitant et le médecin de la Direction de la santé publique (DSP) :

- . il y a lieu de communiquer avec eux selon le cadre d'intervention développé par la Direction des services médicaux. Il s'agit principalement pour le médecin régional d'obtenir l'information additionnelle permettant de clarifier la position de chacun des médecins.
- . chaque cas est évalué au mérite, et l'échange de renseignements entre le médecin du bureau régional et le médecin traitant ou entre le médecin du bureau régional et le médecin de la DSP est essentiel dans ces circonstances.

Enfin, si la divergence d'opinions persiste, il faut se rappeler que le médecin de la DSP est l'intervenant le plus apte à évaluer les dangers présents dans l'environnement du travail et que le médecin traitant est celui qui est en meilleure position pour statuer sur l'état de santé de la travailleuse (condition médicale personnelle).

Il faut se rappeler que dans les cas de divergence d'opinions chaque cas est un cas d'espèce et la décision de la Commission est basée sur la preuve prépondérante recueillie.

3. L'ADMISSIBILITÉ À L'INDEMNISATION

Comme l'article 36 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail spécifie que ce sont les modalités d'indemnisation de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles qui s'appliquent au programme *Pour une maternité sans danger* et qu'en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, c'est la Commission qui décide du droit à l'indemnisation, le droit à ce programme n'implique donc pas le versement automatique de l'indemnité de remplacement du revenu. Une décision doit être rendue sur cet aspect dans chaque cas.

La travailleuse admissible au retrait préventif, c'est-à-dire qui satisfait aux exigences de la loi (voir la politique 1 *L'admissibilité*) et qui n'est pas affectée immédiatement par son employeur à un travail ne comportant pas les dangers pour lesquels le certificat est délivré, et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir, devient admissible à l'indemnisation, selon les dispositions prévues à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (voir la politique 3 *Le paiement des indemnités*).

Il appartient à la Commission de vérifier si une affectation a été proposée à la travailleuse, de même que la date à laquelle la cessation de travail s'est effectuée.

Si la travailleuse accepte l'affectation proposée, le droit à l'indemnisation ne peut être reconnu puisque la travailleuse continue de recevoir son plein salaire. Si la travailleuse conteste l'affectation, le droit à l'indemnisation ne peut être reconnu avant que ne soit connue la décision de première instance (voir la politique 5 *Reconsidération, révision, contestation et plainte*).

4. DÉCISION

La Commission rend, dans chaque cas, une décision écrite et motivée en se basant sur l'information obtenue auprès des parties concernées. Une seule décision est rendue par la Commission et cette décision doit porter sur les volets suivants :

- admissibilité de la personne;
- validation du certificat;
- admissibilité à l'indemnisation à défaut d'affectation.

La Commission rend sa décision dès qu'elle obtient l'information requise nécessaire. Ceci implique que dans certains cas, une décision conditionnelle est rendue (retrait ultérieur ou affectation ultérieure). Une vérification doit être faite à la date visée afin de vérifier que les conditions d'admissibilité sont toujours respectées (présence de dangers, travailleuse à l'emploi, etc.).

La Commission ne rend pas de décision sur l'admissibilité dans les cas d'affectation, sauf si l'employeur demande un remboursement ou si l'une des parties intéressées en fait spécifiquement la demande.

ANNEXE 1

Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., Chap. S-2.1)

Article 1 Dans la présente loi et les règlements, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :

« **établissement** » : l'ensemble des installations et de l'équipement groupés sur un même site et organisés sous l'autorité d'une même personne ou de personnes liées, en vue de la production ou de la distribution de biens ou de services, à l'exception d'un chantier de construction; ce mot comprend notamment une école, une entreprise de construction ainsi que les locaux mis par l'employeur à la disposition du travailleur à des fins d'hébergement, d'alimentation ou de loisirs, à l'exception cependant des locaux privés à l'usage d'habitation;

« **travailleur** » : une personne qui exécute, en vertu d'un contrat de travail ou d'un contrat d'apprentissage, même sans rémunération, un travail pour un employeur, y compris un étudiant dans les cas déterminés par règlement, à l'exception :

- 1° d'une personne qui est employée à titre de gérant surintendant, contremaître ou représentant de l'employeur dans ses relations avec les travailleurs;
- 2° d'un administrateur ou dirigeant d'une personne morale, sauf si une personne agit à ce titre à l'égard de son employeur après avoir été désignée par les travailleurs ou une association accréditée.

Article 11 Les personnes visées dans les paragraphes 1° et 2° de la définition du mot « **travailleur** » à l'article 1 jouissent des droits accordés au travailleur par les articles 9, 10 et 32 à 48.

Numéro	2.00
Thème	Programme <i>Pour une maternité sans danger</i> - L'AFFECTATION
Objet	Responsabilités de l'employeur et droits de la travailleuse
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour objet de préciser les responsabilités de l'employeur et les droits de la travailleuse concernant l'affectation à d'autres tâches.

Cadre juridique et références :

. Loi sur la santé et la sécurité du travail, articles 40, 41, 46 et 47.

Public cible :

- La travailleuse enceinte ou qui allaite;
- L'employeur de la travailleuse qui exerce son droit au programme *Pour une maternité sans danger*.

Énoncé de la politique :

Le programme *Pour une maternité sans danger* est avant toute chose une mesure de prévention en vue de protéger la maternité. Il donne droit à la travailleuse d'être affectée à des tâches sans danger et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir.

En conséquence, le programme favorise le maintien en emploi sans danger de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Il appartient à l'employeur de voir à ce que les conditions de travail dans son entreprise favorisent le maintien en emploi des travailleuses enceintes ou qui allaitent.

Développement :

1. L'AFFECTATION

Le programme *Pour une maternité sans danger* est une **mesure de prévention visant d'abord à protéger la maternité**; il donne droit à une travailleuse enceinte ou qui allaite d'être affectée à des tâches ne comportant pas les dangers pour lesquels le certificat a été délivré.

Les articles 40, 41, 46 et 47 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail précisent que l'obtention d'un certificat visant le retrait préventif et l'affectation permet à la travailleuse de demander à son employeur d'être affectée à des tâches ne présentant pas les dangers énoncés au certificat. Ce n'est que si l'affectation ne peut s'effectuer que la travailleuse peut cesser de travailler et avoir droit à des indemnités.

Le programme permet donc **le maintien en emploi sans danger** de la travailleuse enceinte ou qui allaite et les moyens d'action dont disposent l'employeur sont les suivants :

- . Élimination à la source des dangers
- . Modification de la tâche de la travailleuse
- . Adaptation du poste de travail
- . Affectation à d'autres tâches

Trois éléments importants ressortent du cadre légal en ce qui concerne l'affectation :

1. L'affectation n'est pas une obligation pour l'employeur. Il lui appartient d'apprécier la possibilité d'éliminer les dangers que comportent les conditions de travail énoncées au certificat ou de proposer une autre tâche à la travailleuse.

2. L'affectation, si elle est proposée, doit respecter deux critères:

- . l'affectation ne doit pas comporter les dangers identifiés au certificat

Si la travailleuse croit que l'affectation proposée par l'employeur comporte de nouveaux dangers, elle doit se procurer un nouveau certificat attestant des nouveaux dangers (voir la politique 5 *Reconsidération, révision, contestation et plainte*) et refaire l'ensemble de la démarche prévue par la loi.

- . la travailleuse doit être raisonnablement en mesure d'accomplir les tâches proposées

Ce deuxième critère se définit de la façon suivante: la travailleuse n'est pas raisonnablement en mesure d'accomplir les tâches auxquelles son employeur l'affecte lorsque qu'elle n'a pas la capacité physique, les aptitudes nécessaires, la formation requise, ou toute autre raison du même ordre pour accomplir les nouvelles tâches proposées par l'employeur.

3. Lors d'une affectation, la travailleuse conserve tous les avantages liés à l'emploi qu'elle occupait avant son affectation (salaire et avantages sociaux). De plus, à la fin de l'affectation, l'employeur doit réintégrer la travailleuse dans son emploi habituel.

2. POLITIQUE DE SUPPORT À L'AFFECTATION

Dans le but de favoriser l'application du programme et son objectif, la Commission a adopté l'orientation suivante :

La Commission peut rembourser, à l'employeur qui lui en fait la demande, la différence entre le salaire brut du poste habituel de la travailleuse et le salaire brut du poste d'affectation. Ce montant doit être inférieur à l'indemnité de remplacement du revenu (90 % du revenu net retenu du poste habituel) que la travailleuse aurait reçu si elle avait été retirée du travail en tenant compte du maximum annuel assurable au moment de la demande.

Ainsi, un employeur, qui offre une affectation dont le salaire est moins élevé que celui du poste habituellement occupé, doit payer à la travailleuse son salaire habituel durant toute la période d'affectation. Le remboursement effectué par la Commission permet donc d'envisager un plus large éventail d'affectations, tout en ne pénalisant pas les travailleuses et les employeurs .

Il n'appartient pas à la Commission de conseiller les employeurs ou les travailleuses sur les possibilités d'affectation ou d'approuver les modifications faites à un poste de travail en vue d'une affectation. La seule intervention possible de la Commission quant à l'affectation se fait lorsque la travailleuse conteste l'affectation au motif qu'elle n'est pas raisonnablement en mesure d'accomplir les tâches auxquelles elle est affectée et qu'il n'y a pas de comité de santé et de sécurité ou de représentant à la prévention dans l'établissement.

Le directeur de la santé publique du territoire où se situe l'établissement de l'employeur ou le médecin qui est désigné par le directeur de la DSP est la personne désignée par la Commission pour assurer la fonction conseil auprès de l'employeur sur les possibilités d'affectation.

La Commission doit s'assurer que l'affectation se fait selon le processus prévu par la loi. Elle doit informer les parties de leurs droits et de leurs obligations et de ce qui peut être fait en cas de désaccord (voir la politique 5 *Reconsidération, révision, contestation et plainte*).

De plus lorsqu'un remboursement est accordé à l'employeur, l'admissibilité de la demande doit obligatoirement être faite et une décision écrite et motivée est rendue aux parties concernées (voir la politique 1 *L'admissibilité*).

Numéro	3.00
Thème	Programme <i>Pour une maternité sans danger</i> - LE PAIEMENT DES INDEMNITÉS
Objet	Modalités d'indemnisation
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour objet de préciser les modalités d'indemnisation d'une travailleuse admissible au programme *Pour une maternité sans danger*.

Cadre juridique et références :

- . Loi sur la santé et la sécurité du travail, articles 36, 42, 42.1, 44, 173, 235
- . Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles pour les articles de loi relatifs au quantum et au paiement de l'indemnité de remplacement du revenu.

Public cible :

- La travailleuse enceinte ou qui allaite;
- L'employeur de la travailleuse qui exerce son droit au programme *Pour une maternité sans danger*.

Énoncé de la politique :

Lorsque les conditions d'admissibilité au programme ont été satisfaites et qu'il n'y a pas affectation de la travailleuse, l'indemnité de remplacement du revenu est versée à la travailleuse selon les dispositions de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles c'est-à-dire:

- 90 % du salaire net, pour les 14 jours calendrier suivant les 5 premiers jours ouvrables de cessation de travail;
- 90 % du revenu net retenu par la suite.

Développement :

1. PAIEMENT DES INDEMNITÉS

La Loi sur la santé et la sécurité du travail précise à l'article 42 que les articles 36 à 37.3 s'appliquent, en les adaptant, lorsqu'une travailleuse exerce son droit au programme et qu'aucune affectation n'est effectuée.

C'est l'article 36 qui définit les modalités relatives à l'indemnisation de la travailleuse :

1. Avant la période d'indemnisation, la loi prévoit que la travailleuse a droit d'être rémunérée par son employeur à son taux de salaire régulier pendant les 5 premiers jours ouvrables de cessation de travail.
2. Par la suite, elle a droit à l'indemnité de remplacement du revenu selon les dispositions de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, c'est-à-dire :

- pendant les 14 jours calendrier complets suivant les 5 premiers jours ouvrables, 90 % du salaire net. L'employeur verse cette indemnité et la Commission la lui rembourse sur demande.
- Après cette période, c'est la Commission qui verse à la travailleuse les indemnités auxquelles elle a droit, soit 90 % du revenu net retenu. Ce revenu est établi à partir du salaire de la travailleuse et ne peut dépasser le maximum annuel assurable. L'indemnité est versée une fois par deux semaines et elle est non imposable.

Le calcul de l'indemnité de remplacement du revenu s'effectue selon les mêmes dispositions que lorsqu'il s'agit d'une lésion professionnelle. Plus particulièrement, ce sont les articles 63 à 82 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles qui s'appliquent pour déterminer le revenu brut servant de base à l'indemnité de remplacement du revenu.

2. PAIEMENT TEMPORAIRE

L'article 44 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail indique que la Commission sur demande de la travailleuse peut faire des paiements temporaires si elle est d'avis qu'elle accordera probablement l'indemnité. Il s'agit d'un pouvoir discrétionnaire que la loi accorde à la Commission. La décision de la Commission à ce sujet n'est pas appelable.

Il s'agit d'une mesure exceptionnelle. Ce paiement temporaire se fait uniquement après la période obligatoire de paiement assumée par l'employeur. De plus, il est à préciser que les montants ainsi versés ne sont pas recouvrables.

3. DURÉE DES INDEMNITÉS

L'article 41 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail précise qu'une travailleuse enceinte est éligible aux indemnités :

- jusqu'à la date de son accouchement («accouchement : fin d'une grossesse par la mise au monde d'un enfant viable ou non, naturellement ou par provocation médicale légale.), ou
- jusqu'à ce que l'affectation soit faite.

L'article 42.1 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail précise que, depuis le 1^{er} janvier 2006, la Commission verse des indemnités jusqu'à la quatrième semaine précédant la semaine de la date prévue de l'accouchement inscrite au certificat. Toutefois, la date prévue de l'accouchement peut être modifiée. La Commission doit en être informée par le médecin traitant de la travailleuse au plus tard quatre semaines avant la date prévue inscrite au certificat.

Si la travailleuse n'est pas admise au Régime québécois d'assurance parentale, la Commission lui verse des indemnités jusqu'à la date de l'accouchement.

L'article 47 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail précise qu'une travailleuse qui allaite est éligible aux indemnités :

- jusqu'à la fin de la période d'allaitement, ou
- jusqu'à ce que l'affectation soit faite.

Toutefois, la Commission met fin définitivement au versement de l'indemnité de remplacement du revenu, lorsque certaines circonstances font en sorte que le danger n'existe plus pour la travailleuse, notamment :

- lorsqu'il y a fin du contrat de travail (ex.: contrat à durée déterminée d'une période de 2 mois);
- lorsqu'il y a fermeture définitive de l'entreprise (ex. : faillite);

- lorsque la travailleuse est mise à pied définitivement (s'il s'agit d'un congédiement dû à l'exercice du droit au retrait préventif, l'article 227 de la LSST pourrait s'appliquer);
- lorsque la travailleuse remet sa démission.

Pour d'autres circonstances, à caractère moins définitif, la Commission cesse le versement de l'indemnité de remplacement du revenu, parce que ces circonstances font en sorte que le danger n'existe plus momentanément pour la travailleuse, notamment :

- lorsqu'il y a arrêt des activités de travail (ex.: concierge dans une école pendant la période estivale) ;
- lorsqu'il y a fermeture temporaire de l'entreprise (ex.: grève, lock-out) ;
- lorsque la travailleuse est mise à pied temporairement (S'il s'agit d'un congédiement dû à l'exercice du droit au retrait préventif, l'article 227 de la LSST pourrait s'appliquer) ;
- lorsque le travail est saisonnier.

Ce deuxième type de situations n'ayant pas un caractère définitif, la reprise des activités de travail peut redonner le droit aux indemnités lorsque les circonstances ayant donné ouverture à l'indemnité de remplacement du revenu sont à nouveau présentes lors de la reprise du travail.

La Commission s'assure que la travailleuse est encore admissible à recevoir une indemnité de remplacement du revenu (voir la politique 1 *L'admissibilité*), c'est-à-dire notamment que les conditions de travail initialement décrites sont les mêmes, que les dangers pour lesquels un certificat a été délivré sont encore présents et que l'employeur n'a pas affecté la travailleuse (voir la politique 2 *L'affectation*).

Enfin, il appartient à la travailleuse et à l'employeur d'aviser la Commission de tout changement qui pourrait modifier le versement de l'indemnité de remplacement du revenu. La Commission vérifie cette information auprès des parties concernées avant de rendre une décision écrite et motivée sur la cessation de l'indemnité de remplacement du revenu.

De plus, si la travailleuse décide de reprendre son travail avant la fin de la période normalement prévue, l'indemnité de remplacement du revenu cesse d'être versée.

De même, la travailleuse qui effectue un autre travail pendant son retrait préventif voit son indemnité de remplacement du revenu réduite du salaire retiré de son nouvel emploi (article 52 LATMP).

Dans les cas où le danger identifié au certificat de la travailleuse peut être éliminé par l'employeur (ex.: élimination d'un produit chimique dangereux) ou que le danger cesse d'exister (ex. : épidémie de rougeole est terminée), il est de la responsabilité de l'employeur de faire savoir à la travailleuse qu'elle peut reprendre son travail parce qu'il n'y a plus de danger.

L'employeur doit également en aviser la Commission qui rend une décision, sur la date de fin de versement de l'indemnité de remplacement du revenu, après vérification du fait qu'il n'y a plus de danger pour la travailleuse.

La Commission peut réduire ou suspendre l'indemnité de remplacement du revenu versée à la travailleuse, lorsque celle-ci fournit des renseignements inexacts ou lorsqu'elle refuse ou néglige de fournir les renseignements requis par la Commission ou d'en donner l'autorisation nécessaire à leur obtention (article 142, 1^o LATMP).

L'indemnisation étant faite selon les modalités de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la travailleuse a l'obligation d'aviser la Commission de tout changement de situation pouvant avoir un effet sur les indemnités qu'elle reçoit de la Commission.

Une fois, le droit accordé, il appartient aux parties d'informer la Commission s'il y a changement quant au droit de retrait préventif.

Enfin l'article 235 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail précise qu'une personne qui fait une fausse déclaration ou qui néglige ou refuse de fournir les informations requises en application à la loi commet une infraction. Ce genre d'infraction est passible d'une amende.

4. IMPUTATION

L'article 45 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail précise que le financement du programme *Pour une maternité sans danger* pour la travailleuse enceinte ou qui allaite est imputé à l'ensemble des employeurs.

5. RECOUVREMENT

Le recouvrement des indemnités versées en trop s'applique selon les règles générales prévues à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et selon la politique 2.05 du Recueil des politiques en matière de réadaptation-indemnisation. En effet, l'article 36 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail indique que la travailleuse a droit à l'indemnité de remplacement du revenu prévue par la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Ainsi, lorsqu'une décision de révision ou de la Commission des lésions professionnelles annule ou réduit le montant d'une indemnité de remplacement du revenu déjà versée à la travailleuse, cette indemnité ne peut être recouvrée, sauf si elle a été obtenue de mauvaise foi ou s'il s'agit du salaire versé pour les 14 jours.

Dans le cas des indemnités versées à titre de paiement temporaire, l'article 44 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail précise que si la Commission vient à la conclusion que la demande ne peut être acceptée les montants versés ne sont pas recouvrables.

6. INTÉRÊTS

Si une décision de révision ou de la Commission des lésions professionnelles reconnaît à une travailleuse le droit à une indemnité qui lui avait d'abord été refusée ou si l'indemnité versée est augmentée, la Commission paie des intérêts.

Ces intérêts sont calculés conformément aux articles 323 et 364 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

7. INDICATIF À L'AFFECTATION

(voir la politique 2 *L'affectation*.)

Numéro	4.00
Thème	Programme <i>Pour une maternité sans danger</i> - LA TRAVAILLEUSE QUI ALLAITE
Objet	Particularités du droit au programme
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour objet de préciser certaines particularités relatives au droit au programme *Pour une maternité sans danger* pour la travailleuse qui allaite.

Cadre juridique et références :

- Loi sur la santé et la sécurité du travail, articles 33, 36, 46 à 48, 173 et 235;
- Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, article 142.

Public cible :

- La travailleuse qui allaite;
- L'employeur de la travailleuse qui exerce son droit au programme *Pour une maternité sans danger*.

Énoncé de la politique :

- Les modalités d'application du droit au programme dans le cas d'une travailleuse qui allaite sont les mêmes que pour une travailleuse enceinte. Cependant, le certificat obtenu par la travailleuse doit attester que les conditions de son travail comportent des **dangers pour l'enfant qu'elle allaite**.

Développement :

1. LES ÉTAPES À FRANCHIR (Voir la politique 0 *Le cheminement général*)

Une travailleuse désirant se prévaloir du droit au programme *Pour une maternité sans danger* pour allaitement doit :

- obtenir un *Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite* attestant que les conditions de son travail comportent des dangers pour l'enfant allaité;
- déterminer la date où elle est prête à reprendre son emploi;
- présenter le certificat à son employeur, ce qui constitue une demande d'affectation à d'autres tâches;
- si l'employeur ne donne pas suite à la demande d'affectation, la travailleuse a le droit de se retirer du travail et de recevoir des indemnités.

Lorsqu'une travailleuse s'est déjà prévalu du programme *Pour une maternité sans danger* alors qu'elle était enceinte et qu'elle désire s'en prévaloir à nouveau pendant l'allaitement, **elle doit franchir de nouveau toutes les étapes requises à l'exercice de ce nouveau droit**.

La travailleuse doit donc **de nouveau obtenir un certificat** visant le retrait préventif et l'affectation et le présenter à son employeur. Celui-ci verra alors si une affectation immédiate est possible ou encore, si elle peut être réalisée à une date ultérieure.

C'est à la travailleuse qu'il revient d'initier, s'il y a lieu, les démarches relatives au programme *Pour une maternité sans danger* pour allaitement **lorsqu'elle est prête à reprendre son emploi suite à l'accouchement. Elle doit déterminer cette date en considérant le fait qu'elle est apte à reprendre son emploi et qu'elle peut être affectée à d'autres tâches**, dès le moment où elle remet à son employeur un *Certificat visant le retrait préventif et l'affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite* ou encore en tout temps durant sa période d'allaitement.

2. L'ADMISSIBILITÉ DE LA PERSONNE

Si la travailleuse enceinte ne s'est pas prévalu du programme *Pour une maternité sans danger*, la Commission doit alors s'assurer que lors de sa demande pour allaitement les conditions d'admissibilité sont respectées : notions de travailleuse et d'établissement au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (voir la politique 1 *L'admissibilité*).

3. LA VALIDATION DU CERTIFICAT ATTESTANT LES DANGERS

Le programme *Pour une maternité sans danger* pour allaitement s'adresse à la femme dont **les conditions de travail comportent des dangers pour l'enfant qu'elle allaite**. À titre d'exemple, la travailleuse en contact avec des produits toxiques qui pourraient contaminer le lait maternel peut se prévaloir de ce droit.

Selon l'article 46 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, la travailleuse doit fournir à l'employeur un certificat attestant que les conditions de son travail comportent des dangers pour l'enfant qu'elle allaite et demande d'être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir. L'article 33 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail s'applique à la délivrance du certificat.

4. L'ADMISSIBILITÉ À L'INDEMNISATION

Ainsi, si la travailleuse obtient un certificat attestant de la présence de dangers à son travail pour l'enfant qu'elle allaite et que, suite à la remise de ce certificat à son employeur il n'y a pas d'affectation possible, le droit aux indemnités est reconnu à la travailleuse.

L'article 47 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail précise que si l'affectation demandée n'est pas effectuée immédiatement, la travailleuse peut cesser de travailler jusqu'à ce que l'affectation soit faite ou jusqu'à la fin de la période d'allaitement.

Si le droit au retrait préventif pour allaitement fait suite à un retrait du travail pour grossesse, l'employeur doit de nouveau verser la rémunération régulière à la travailleuse pour les cinq (5) premiers jours ouvrables de cessation de travail et par la suite, pour les quatorze (14) jours calendrier prévus par l'article 60 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. Par la suite, c'est la Commission qui assure le versement des indemnités.

L'indemnité de remplacement du revenu est versée tant et aussi longtemps que la travailleuse allaite son enfant (voir la politique 3 *Le paiement des indemnités*). Cependant, la Commission prend les moyens pour s'assurer que la travailleuse allaite son enfant pendant qu'elle reçoit des indemnités (ex.: déclaration signée à faire compléter à la travailleuse à tous les mois). Il est à noter à ce sujet que l'article 173 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail autorise la Commission à requérir les renseignements dont elle a besoin pour l'application de la loi.

Lorsque la Commission verse les indemnités à la travailleuse, elle n'a pas à tenir compte des règles relatives au congé de maternité prévu par l'assurance-emploi ou à celles relevant de la Loi sur les normes du travail, tout comme elle n'a pas à gérer les dispositions des conventions collectives des entreprises référant au congé de maternité.

La Commission ne peut faire aucune déduction des indemnités versées à la travailleuse parce qu'aucune disposition ne le prévoit dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail et parce que cette loi est d'ordre public. Elle a donc préséance sur toute autre modalité prévue par la loi ou par convention.

Comme l'indique la politique 3 *Le paiement des indemnités*, la seule déduction possible serait le salaire retiré du nouvel emploi occupé par la travailleuse, et ce conformément aux dispositions de l'article 52 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

La Commission peut réduire ou suspendre l'indemnité de remplacement du revenu de la travailleuse qui fournit des renseignements inexacts à la Commission ou qui refuse ou néglige de fournir certaines informations sur la durée de l'allaitement. Et ce, conformément à l'article 142 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

De plus, l'article 235 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail précise qu'une personne qui fait une fausse déclaration ou qui néglige ou refuse de fournir les informations requises en application de la Loi sur la santé et la sécurité du travail commet une infraction. Ce genre d'infraction est passible d'une amende.

5. DÉCISION

Une décision écrite et motivée doit être rendue aux parties concernées (voir la politique 1 *L'admissibilité*). Une seule décision rendue par la Commission et cette décision doit porter sur les volets suivants :

- admissibilité de la personne;
- validation du certificat;
- admissibilité à l'indemnisation à défaut d'affectation.

Numéro	5.00
Thème	Programme <i>Pour une maternité sans danger</i> – LA RECONSIDÉRATION, RÉVISION, CONTESTATION ET PLAINTÉ
Objet	Droits d'appel
Approuvé par	Vice-président à la programmation et à l'expertise-conseil

Objectif :

La présente politique a pour objet de préciser les droits d'appel relatifs aux décisions sur le programme *Pour une maternité sans danger* de la travailleuse enceinte ou qui allaite.

Cadre juridique et références :

- Loi sur la santé et la sécurité du travail, articles: 36, 37, 37.1, 37.2, 37.3, 42, 42.1, 48;
- Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, articles: 358, 358.1 à 358.5, 359 et 361 à 366.

Public cible :

- La travailleuse enceinte ou qui allaite;
- L'employeur de la travailleuse qui exerce son droit au programme *Pour une maternité sans danger*.

Énoncé de la politique :

- Le processus de révision et d'appel est le même que celui qui s'applique aux décisions faisant suite à une lésion professionnelle, à l'exception des questions d'ordre médical :
- la Commission décide en première instance (cette décision peut faire l'objet d'une reconsidération);
- la décision de la Commission peut être révisée;
- la décision rendue à la suite d'une demande de révision est appealable à la Commission des lésions professionnelles (CLP).

Cependant, lorsque la travailleuse conteste une affectation, pour le motif qu'elle n'est **pas raisonnablement en mesure d'accomplir les tâches** auxquelles elle est affectée, la décision de première instance peut être rendue par le comité de santé et de sécurité de l'établissement ou, s'il n'y en a pas, par le représentant à la prévention et l'employeur en consultation avec le médecin responsable des services de santé de l'établissement ou, à défaut de médecin responsable avec le directeur de la santé publique du territoire où se trouve l'établissement. Ce n'est que s'il n'y a pas de comité de santé et de sécurité, ni de représentant à la prévention que la travailleuse peut adresser sa demande directement à la Commission.

Développement :

1. RECONSIDÉRATION

1.1 Situations où la reconsidération peut s'appliquer

Dans le cadre du programme *Pour une maternité sans danger* la reconsidération d'une décision peut s'exercer pour toute question relative à l'admissibilité de la personne, au droit à

l'indemnité de remplacement du revenu, au montant et à la durée de l'indemnité de remplacement du revenu.

Les critères donnant ouverture à la reconsidération d'une décision de première instance pour ce programme, de même que les modalités d'application et les délais à respecter, sont les mêmes que ceux identifiés à la politique 6.01 *La reconsidération* du Recueil des politiques en matière d'indemnisation-réadaptation .

1.2 Situations où la reconsidération ne peut s'appliquer

Un certificat dûment complété, signé, délivré à une travailleuse et remis à son employeur, constitue une preuve prépondérante à l'effet qu'il y a danger au travail pour la travailleuse et cette preuve lie la Commission quant à la reconnaissance de la présence de ce danger au travail pour la travailleuse enceinte ou qui allaite (À moins que l'employeur puisse faire une preuve prépondérante de l'inexistence de danger (voir la politique 1 *L'admissibilité*).

Dans la démarche du programme, comme l'information relative à la présence de danger est transmise à l'employeur via le certificat et que c'est à partir de cette même information que l'employeur décide ou non d'affecter la travailleuse, il est donc essentiel qu'une nouvelle attestation soit faite (nouveau certificat) si l'information consignée au certificat et transmise à l'employeur change subséquemment.

Ainsi, lorsque de nouvelles informations viennent modifier la teneur du certificat initialement délivré, la Commission n'a pas à reconsidérer sa décision initiale, elle doit plutôt aviser la travailleuse de la nécessité d'obtenir un nouveau certificat qui devra aussi être à nouveau remis à l'employeur. Lorsque la nouvelle demande est par la suite reçue à la Commission, une nouvelle décision est rendue en fonction de l'exercice du nouveau droit.

Dans ces circonstances, la réception d'un deuxième certificat à la Commission nécessite que soit rendue une nouvelle décision sur le droit à l'indemnité de remplacement du revenu. En effet, comme la décision initiale rendue lors de la délivrance du premier certificat demeure valable compte tenu des faits présents au dossier à ce moment, il n'y a pas lieu de la reconsidérer.

L'émission d'un nouveau certificat est donc un prérequis essentiel lorsque la demande de la travailleuse est fondée sur des dangers non attestés au certificat délivré antérieurement.

En effet, pour que s'exerce le droit de la travailleuse d'être affectée à d'autres tâches, l'employeur doit avoir l'information exacte (via le certificat) quant à la nature des conditions de travail pouvant comporter des dangers pour la travailleuse enceinte ou qui allaite et quant à la date où le droit de la travailleuse peut s'exercer.

Exemples de reconsidération

1. *Dans le cas d'une travailleuse bénéficiant du programme « **Pour une maternité sans danger** » et pour laquelle un retrait préventif s'est avéré nécessaire, la Commission a versé l'indemnité de remplacement du revenu à la travailleuse qui n'a pas été affectée en appliquant comme base de salaire 35 000,00 \$. La Commission est par la suite informée du fait que le salaire prévu au contrat de travail de la travailleuse est de 37 000,00 \$.*

Dans ce cas, la Commission reconsidère sa décision relative au montant de l'indemnité de remplacement du revenu versée à la travailleuse.

2. *Dans le cas d'une travailleuse bénéficiant du programme « **Pour une maternité sans danger** » pour laquelle la Commission a accepté le retrait préventif à la 25^e*

semaine, l'agent d'indemnisation constate que le certificat reçu au dossier atteste de la présence de dangers à la 20^e semaine.

La reconsidération permet de corriger cette erreur de lecture.

3. Dans le cas d'une travailleuse bénéficiant du programme « **Pour une maternité sans danger** » et pour laquelle la Commission a accepté le retrait préventif à la 22^e semaine, la Commission est informée du fait que la travailleuse est une artisane dont l'entreprise n'est pas incorporée.

Ce nouveau fait permet à la Commission de reconsidérer la décision initiale et de refuser la demande de la travailleuse.

4. Dans le cas d'une travailleuse bénéficiant du programme « **Pour une maternité sans danger** » et pour laquelle la Commission a accepté le retrait préventif, la Commission est informée par l'employeur que les conditions de travail pour lesquelles il y a eu émission d'un certificat ne sont pas celles de la travailleuse. Après vérification, l'information s'avère exacte.

Ce nouveau fait permet à la Commission de reconsidérer la décision initiale et de refuser la demande de la travailleuse.

Exemples où la reconsidération ne peut s'appliquer

1. Dans le cas d'une travailleuse bénéficiant du programme « **Pour une maternité sans danger** » et pour laquelle la Commission a accepté le retrait préventif à la 26^e semaine, la travailleuse informe la Commission du fait que son médecin lui indique qu'elle devrait cesser de travailler à la 20^e semaine, plutôt qu'à la 26^e semaine, parce qu'il constate la présence d'une condition personnelle (ex. : hypertension) qu'il ne pouvait détecter avant l'émission du certificat indiquant comme date de retrait préventif ou d'affectation la 26^e semaine.

Dans ce cas, la Commission n'a pas à reconsidérer sa décision initiale. Elle informe la travailleuse du fait qu'elle doit obtenir un nouveau certificat et une seconde décision sera rendue quant à l'exercice de ce nouveau droit.

2. Dans le cas d'une travailleuse bénéficiant du programme « **Pour une maternité sans danger** » et pour laquelle la Commission a accepté le retrait préventif à la 24^e semaine, la travailleuse cesse de travailler pour un mois à compter de cette date. Toutefois après cette période, l'employeur propose une affectation à la travailleuse.

Dans ce cas, la Commission n'a pas à reconsidérer sa décision initiale quant à l'exercice du droit au retrait préventif. Elle doit plutôt rendre une nouvelle décision sur la question du droit à l'indemnité de remplacement du revenu qui cesse d'être versée pendant la durée de l'affectation.

3. Dans le cas d'une travailleuse bénéficiant du programme « **Pour une maternité sans danger** » et pour laquelle la Commission a accepté le retrait préventif à la 26^e semaine, la travailleuse cesse de travailler pour 2 semaines. Par la suite, la Commission est informée du fait que l'entreprise ferme définitivement ses portes.

Dans ce cas, la Commission n'a pas à reconsidérer sa décision initiale quant à l'exercice du droit au retrait préventif. Elle doit plutôt rendre une nouvelle décision sur la question du droit à l'indemnité de remplacement du revenu qui cesse définitivement d'être versée à la travailleuse.

4. *La Commission refusant le droit au retrait préventif parce que la travailleuse est déclarée inapte à travailler par son médecin, la Commission reçoit une nouvelle information à l'effet que la travailleuse est maintenant apte à travailler.*

Dans ce cas, la Commission n'a pas à reconsidérer sa décision initiale. Elle informe la travailleuse du fait qu'elle doit obtenir un nouveau certificat et une seconde décision sera rendue quant à l'exercice de ce nouveau droit.

2. RÉVISION ET CONTESTATION

2.1 Principes généraux et délais

Le processus de révision et de contestation dans le cadre du programme *Pour une maternité sans danger* est le même que pour une lésion professionnelle. Toutefois, le processus de contestation des questions d'ordre médical ne s'applique pas quant à l'attestation de danger en milieu de travail.

Les décisions de la Commission pouvant faire l'objet d'une demande de révision sont :

- celles qui concernent le droit au retrait préventif; ou
- celles qui concernent le droit, le montant ou la durée de l'indemnité de remplacement du revenu; ou
- celles qui concernent la contestation d'une affectation parce qu'elle comporte les mêmes dangers.

Dans ces cas, les modalités énoncées à la politique 6.02 *La révision et la contestation devant la Commission des lésions professionnelles* du Recueil des politiques en matière d'indemnisation et de réadaptation s'appliquent.

Les délais de contestation sont les suivants :

- la décision de la Commission peut faire l'objet d'une reconsidération. Le délai est de 90 jours de la date de la décision. Toutefois, si la reconsidération se fait à cause de la connaissance d'un fait essentiel, le délai est de 90 jours à compter du moment où la Commission a pu prendre connaissance de ce fait;
- la décision de la Commission peut faire l'objet d'une demande de révision dans les 30 jours suivant sa notification;
- la décision rendue à la suite d'une demande de révision est appellable à la Commission des lésions professionnelles dans les 45 jours, suivant la notification de la décision.

2.2 Contestation d'une affectation parce que la travailleuse n'est pas raisonnablement en mesure d'accomplir les tâches de l'affectation

Le processus de contestation est toutefois différent, lorsque la travailleuse conteste une affectation parce qu'elle ne croit pas **être raisonnablement en mesure d'accomplir les tâches** auxquelles son employeur l'affecte. Cette expression se définit de la façon suivante: la travailleuse estime qu'elle n'a pas la capacité physique, les aptitudes requises, la formation nécessaire, etc...

Dans ce seul cas, ce sont les dispositions des articles 37 à 37.3 qui s'appliquent, c'est-à-dire :

- 1° le comité de santé et sécurité de l'établissement rend une décision en première instance. À défaut de comité, c'est le représentant à la prévention et l'employeur qui, en consultation avec le médecin responsable des services de santé de l'établissement ou s'il n'y en a pas avec le directeur de la santé publique du territoire où se trouve l'établissement, qui rend cette décision ou, à défaut de représentant à la prévention, c'est la Commission qui rend la décision de première instance;
- 2° la décision de première instance est appellable dans les 10 jours de sa notification;
- 3° la décision rendue à la suite d'une demande de révision est appellable à la Commission des lésions professionnelles dans les 10 jours de sa notification.

Il est à noter qu'une décision rendue en vertu de l'article 37 peut exceptionnellement faire l'objet d'une reconsidération, selon les modalités énoncées à la politique 6.01 *La reconsidération* du Recueil des politiques en matière d'indemnisation et de réadaptation, lorsque c'est la Commission qui a rendu la décision en première instance.

2.3 Affectation qui comporte de nouveaux dangers

Il faut aussi distinguer des situations de contestation, une affectation qui comporte de nouveaux dangers. Dans ce cas, la travailleuse doit demander à nouveau de bénéficier du programme en faisant attester les nouveaux dangers par un certificat plutôt que de contester l'affectation proposée par l'employeur. En effet, il doit absolument y avoir attestation du danger, selon le processus prévu par la loi, puisque le certificat médical fait preuve à sa face même des dangers qui y sont énoncés.

3. PLAINTES

3.1 Congédiement ou sanctions faisant suite à l'exercice d'un droit découlant du programme *Pour une maternité sans danger*

Comme l'indique l'article 227 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, la travailleuse peut recourir à la procédure de griefs prévue par sa convention collective ou, à son choix, soumettre une plainte par écrit à la Commission dans les 30 jours de la sanction ou de la mesure dont elle se plaint.

Le traitement d'une telle plainte s'effectue à la Commission de la même façon qu'une plainte soumise en vertu de l'article 32 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, tel que le précise l'article 228 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Cela implique que la Commission traite la plainte selon le processus de conciliation des parties (soit l'employeur et la travailleuse). Lors de la conciliation, l'employeur doit démontrer à la Commission que le congédiement ou la sanction appliquée faisait l'objet d'une cause juste et suffisante, sans relation avec l'exercice du droit au programme.

Si la Commission ne peut concilier les parties, la Commission tranche et rend une décision qui est exécutoire. Cette décision peut impliquer l'obligation pour l'employeur de réintégrer la travailleuse et la loi prévoit l'application de sanctions si l'employeur ne se conforme pas à la décision de la Commission.

Exercice d'un droit découlant du programme

Pour une maternité sans danger pour la travailleuse enceinte ou qui allaite

Processus de contestation - Résumé des principales situations

SITUATION 1	SITUATION 2
Travailleuse conteste l'affectation parce qu'elle comporte les mêmes dangers (article 36 LSST). (1)	Travailleuse conteste l'affectation parce qu'elle comporte de nouveaux dangers (2) (article 36 LSST) (En fait, plutôt que de contester la travailleuse exerce à nouveau son droit).
- Travailleuse peut cesser de travailler et demander à la Commission d'être indemnisée. - Commission rend une décision sur l'admissibilité de la travailleuse au programme (personne, certificat et indemnisation). Pour ce faire, elle considère l'avis du médecin traitant déjà consigné au certificat médical et elle procède à l'évaluation des tâches du poste d'affectation. - Si l'évaluation du poste d'affectation indique que les tâches comportent les mêmes dangers, la Commission accepte la preuve comme suffisante à l'effet que l'affectation n'est pas conforme et rend une décision en ce sens.	- Travailleuse consulte son médecin et lui explique les dangers à son poste d'affectation. - Si elle obtient un nouveau certificat confirmant la présence de nouveaux dangers dans son poste d'affectation, elle le remet à son employeur. Si une nouvelle affectation est impossible, elle peut cesser de travailler et elle demande à la Commission d'être indemnisée. - Commission rend une décision sur l'admissibilité de la travailleuse au programme (personne, certificat et indemnisation). Pour ce faire, elle vérifie notamment: - La concordance des opinions des médecins à l'effet qu'il y a danger. Si c'est le cas, la Commission accepte cette preuve comme suffisante à l'effet qu'il y a danger.

SITUATION 1 ... suite	SITUATION 2 ... suite
- Si l'évaluation du poste d'affectation indique qu'il y a absence des mêmes dangers, la Commission considère que l'affectation est conforme et rend une décision en ce sens. - La décision de la Commission ne peut faire l'objet d'une reconsidération. - La décision de la Commission peut faire l'objet d'une demande de révision dans les 30 jours de sa notification. - La décision de révision est appellable à la Commission des lésions professionnelles dans les 45 jours de la notification. ⁽¹⁾ Mêmes dangers que ceux pour lesquels le certificat a été délivré.	- Si les opinions ne concordent pas, la Commission rend une décision en tenant compte du rôle respectif des médecins. - La décision de la Commission ne peut faire l'objet d'une reconsidération. - La décision de la Commission peut faire l'objet d'une demande de révision dans les 30 jours de sa notification. - La décision de révision est appellable à la Commission des lésions professionnelles dans les 45 jours de sa notification. ⁽²⁾ Dangers non attestés au certificat.

SITUATION 3	SITUATION 4
Travailleuse ou employeur conteste: - le droit au retrait préventif ou - le droit à l'IRR ou - le montant et la durée de l'IRR (LSST, art. 36).	Travailleuse conteste l'affectation parce qu'elle n'est pas raisonnablement en mesure d'accomplir les tâches (3) du poste d'affectation (LSST, art. 37 à 37.3).
- Commission rend une décision en première instance sur ces sujets. - La décision de la Commission peut faire l'objet d'une reconsidération. - La décision de la Commission peut faire l'objet d'une demande de révision, dans les 30 jours de sa notification.	- Travailleuse peut cesser de travailler - Examen de la situation par le comité de santé et de sécurité de l'entreprise. SINON - Examen de la situation par le représentant à la prévention et l'employeur en consultation avec le médecin de l'établissement ou le directeur de la DSP du territoire où se trouve l'établissement;

SITUATION 3 ... suite	SITUATION 4 ... suite
- La décision de révision est appellable à la Commission des lésions professionnelles dans les 45 jours de sa notification.	SINON Demande faite à la Commission: - décision rendue dans les 20 jours - décision a effet immédiatement. - Seule, la décision de la Commission rendue en vertu de l'article 37 peut faire l'objet d'une reconsidération. - La décision de la Commission peut être révisée dans les 10 jours de sa notification. Celle-ci procède d'urgence et la décision a effet immédiatement. - La décision rendue à la suite d'une demande de révision est appellable à la Commission des lésions professionnelles dans les 10 jours de sa notification. (3) Exemple : La travailleuse croit qu'elle n'a pas la capacité physique, les aptitudes, la formation nécessaire, etc. pour exercer l'emploi auquel l'employeur veut l'affecter.

Lexique

Recueil des politiques d'indemnisation et de réadaptation

Le présent recueil contient certaines expressions spécialisées que le lecteur aurait intérêt à connaître en cours de lecture. À cette fin, un lexique de ces expressions a été prévu. On y trouve tant des expressions ou des mots qui reviennent continuellement dans les différentes politiques que des expressions ou des mots qui sont uniques mais qui ont un sens bien spécifique dans le cadre des politiques et de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP).

-A-

Accident du travail (LATMP, art. 2)

Un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle (voir les politiques 1.01 et 1.05).

Aggravation

Augmentation de la gravité de la lésion ou de ses séquelles (voir la politique 1.03).

Atteinte permanente

Dommage physique ou psychique qui affecte le travailleur et qui doit vraisemblablement durer toujours (voir la politique 2.06).

Atteinte permanente grave

L'atteinte permanente grave est ce qui a de l'importance et qui est susceptible de conséquences sérieuses, de suites fâcheuses. Généralement, les travailleurs qui ont besoin de faire adapter leur domicile, leur véhicule principal ou qui ont des besoins d'aide personnelle à domicile, ont une atteinte permanente grave. Celle-ci est fonction de la perte d'autonomie.

-B-

Bénéficiaire (LATMP, art. 2)

Une personne qui a droit à une prestation en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (voir la politique 1.04).

Blessure

La blessure est définie comme étant : une lésion causée par un agent vulnérant engendrant une ecchymose (bleu), une bosse, une plaie, une coupure, une écorchure, une entaille, une morsure, une mutilation, une piqûre, une brûlure, une contusion, une commotion, une distension, une elongation, une fêlure, une fracture, une foulure, une luxation, une perforation, une déchirure, un éclatement, une entorse, etc. (voir les politiques 1.01 et 1.02).

-C-

Chantier de construction (LSST, art. 1)

Un lieu où s'effectuent des travaux de fondation, d'érection, d'entretien, de rénovation, de réparation, de modification ou de démolition de bâtiments ou d'ouvrages de génie civil exécutés sur les lieux mêmes du chantier et à pied d'œuvre, y compris les travaux préalables d'aménagement du sol, les autres travaux déterminés par règlement et les locaux mis par l'employeur à la disposition des travailleurs de la construction à des fins d'hébergement, d'alimentation ou de loisirs.

Commission (LATMP art. 2)

La Commission de la santé et de la sécurité du travail instituée par la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

Commission des lésions professionnelles

La Commission des lésions professionnelles instituée par la présente loi.

Conjoint (LATMP, art. 2)

La personne de sexe différent ou de même sexe qui, à la date du décès du travailleur:

1° est mariée au travailleur et cohabite avec lui; ou

2° vit maritalement avec le travailleur et :

a) réside avec lui depuis au moins trois ans ou depuis un an si un enfant est né ou à naître de leur union; et

b) est publiquement représentée comme son conjoint.

Consolidation (LATMP, art. 2)

La guérison ou la stabilisation d'une lésion professionnelle à la suite de laquelle aucune amélioration de l'état de santé du travailleur victime de cette lésion n'est prévisible.

Contrat de travail

Engagement par lequel une personne s'oblige à accomplir, moyennant rémunération, un travail quelconque pendant une période limitée ou indéterminée sous l'autorité et selon les instructions d'une autre personne physique ou morale qu'on nomme employeur.

Convention collective de travail

Entente écrite relative aux conditions de travail, conclue entre une ou plusieurs associations de salariés et un ou plusieurs employeurs ou associations d'employeurs. La convention collective est toujours conclue pour une période déterminée.

-D-

Domestique (LATMP, art. 2)

Une personne physique, engagée par un particulier moyennant rémunération, qui a pour fonction principale, dans le logement de ce particulier :

1° d'effectuer des travaux ménagers; ou

2° alors qu'elle réside dans ce logement, de garder un enfant, un malade, une personne handicapée ou une personne âgée.

-E-

Emploi à temps partiel

Il existe une multitude de définitions d'emploi à temps partiel qui varient selon les objectifs spécifiques qu'elles doivent servir. Plusieurs ne font pas les distinctions qui s'imposent selon que l'on envisage le travail lui-même qui est affecté, le poste ou le travailleur qui s'y adonne. Selon le rapport de la Commission d'enquête sur le travail à temps partiel (1983 - Rapport Wallace), la définition suivante pourrait être retenue :

- On définit comme un emploi à temps partiel tout emploi dont les horaires sont inférieurs aux horaires hebdomadaires ou mensuels normaux pour un emploi comportant des tâches similaires.

Emploi convenable (LATMP, art. 2)

Un emploi approprié qui permet au travailleur victime d'une lésion professionnelle d'utiliser sa capacité résiduelle et ses qualifications professionnelles, qui présente une possibilité raisonnable d'embauche et dont les conditions d'exercice ne comportent pas de danger pour la santé, la sécurité ou l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion (voir la politique 3.05).

Emploi équivalent (LATMP, art. 2)

Un emploi qui possède des caractéristiques semblables à celles de l'emploi qu'occupait le travailleur au moment de sa lésion professionnelle relativement aux qualifications professionnelles requises, au salaire, aux avantages sociaux, à la durée et aux conditions d'exercice.

Employeur (LATMP, art. 2)

Une personne qui, en vertu d'un contrat travail ou d'un contrat d'apprentissage, utilise les services d'un travailleur aux fins de son établissement.

Établissement (LSST, art. 1)

C'est L'ensemble des installations et de l'équipement groupés sur un même site et organisés sous l'autorité d'une même personne ou de personnes liées, en vue de la production ou de la distribution de biens ou de services, à l'exception d'un chantier de construction; ce mot comprend notamment une école, une entreprise de construction ainsi que les locaux mis par l'employeur à la disposition du travailleur à des fins d'hébergement, d'alimentation ou de loisirs, à l'exception cependant des locaux privés à usage d'habitation.

Établissement de santé

Sont considérés établissement de santé : un centre local de services communautaires (C.L.S.C.), un centre hospitalier (C.H.), un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (C.P.E.J.), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (C.H.S.L.D.), un centre de réadaptation (C.R.) ainsi qu'un cabinet privé de professionnel ou d'un intervenant de la santé.

-|-

Incapacité juridique

Inaptitude d'une personne à jouir d'un droit ou à l'exercer sans assistance ou sans autorisation, soit par l'effet de la loi (ex. : l'enfant mineur est incapable de passer un contrat) soit par jugement (ex. : un aliéné).

Incessible

Qui ne peut être cédé ni mis en gage.

Indemnité

Somme versée pour réparer un dommage ou un préjudice, compenser certains inconvénients ou rembourser des dépenses encourues.

Indemnité forfaitaire

Indemnité payée au bénéficiaire en un seul et unique versement.

Indice annuel des prix à la consommation (LATMP, art. 120)

Moyenne annuelle calculée à partir des indices mensuels des prix à la consommation au Canada établis par Statistique Canada pour les 12 mois précédant le 1er novembre de l'année qui précède celle pour laquelle l'indice est calculé.

Intervenant de la santé

Au sens de l'article 1 du Règlement sur l'assistance médicale: une personne physique, autre qu'un professionnel de la santé au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, inscrite au tableau d'une corporation professionnelle régie par le code des professions (L.R.Q., C.C-26) et oeuvrant dans le domaine de la santé, y compris un acupuncteur (voir la politique 5.05).

Invalidité

Aux fins du droit aux indemnités de décès, et de l'indemnité prévue à l'article 116, l'invalidité doit être grave et prolongée, c'est-à-dire qu'elle doit rendre la personne régulièrement incapable de détenir une occupation véritablement rémunératrice ou qu'elle doit vraisemblablement entraîner le décès ou durer indéfiniment.

-L-

Lésion professionnelle (LATMP, art. 2)

Une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation.

Limitations fonctionnelles

Une limitation fonctionnelle correspond à toute réduction ou restriction (résultant d'une lésion professionnelle), de la capacité physique ou psychique d'accomplir certaines activités ou de subir certains effets. Une limitation fonctionnelle s'objective ou se traduit par l'incapacité du travailleur d'exécuter certains mouvements, de prendre certaines positions, de garder certaines postures ou de subir certaines contraintes dans des conditions quantifiables. Une limitation fonctionnelle peut être totale ou partielle, permanente (voir la politique 3.04) ou temporaire (voir la politique 3.03).

-M-

Maladie

Altération de la santé comportant un ensemble de caractères définis, comprenant les syndromes, et comportant notamment une cause, des signes et symptômes, une évolution et des modalités thérapeutiques et pronostiques précises.

Maladie professionnelle

Maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail. On peut l'établir par présomption (article 29) ou par preuve complète (article 30).

Maximum annuel assurable

C'est le revenu brut annuel plus élevé pour lequel la Commission assure au travailleur un remplacement du revenu. Ce montant est déterminé annuellement d'après les données déterminées fournies par Statistique Canada sur les rémunérations hebdomadaires moyennes des travailleurs du Québec.

Médecin qui a charge

Médecin choisi par le travailleur pour lui donner ou lui prescrire les soins que requiert son état et qui est responsable de poser un diagnostic suite à la lésion, de statuer sur la date ou la période prévisible de consolidation, ainsi que sur l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles (voir la politique 7.01).

Médicaments

Aux fins du paragraphe 3° de l'article 189, un médicament est toute substance ou mélange pouvant être employé :

- au diagnostic, au traitement, à l'atténuation ou la prévention d'une maladie, d'un désordre, d'un état physique ou psychique anormal, ou de leurs symptômes chez l'homme ;
- en vue de restaurer, corriger ou modifier les fonctions organiques chez l'homme (voir la politique 5.03).

-O-

Orthèse

Au sens de l'article 1-n de la *Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., c. P-35)* : appareil adapté à un être humain et destiné à préserver la fonction d'un de ses membres ou organes ou à restituer la fonction, à compenser pour les limitations ou à accroître le rendement physiologique d'un de ses membres ou organes qui a perdu sa fonction, ne s'est jamais pleinement développé ou est atteint d'anomalies congénitales (voir la politique 5.04) .

-P-

Parent déchu

Parent qui a perdu son droit et sa fonction de parent par suite d'un jugement.

Personne à charge (LATMP, art. 2)

Une personne qui a droit à une indemnité en vertu de la sous-section 2 de la section III du chapitre III de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Plan individualisé de réadaptation

C'est le plan préparé et mis en œuvre par la Commission avec la collaboration du travailleur pour lui permettre d'exercer son droit à la réadaptation. Il peut comprendre, selon les besoins du travailleur, un programme de réadaptation physique, sociale et professionnelle.

Le plan est transmis au travailleur et à l'employeur et il peut être modifié avec la collaboration du travailleur pour tenir compte de circonstances nouvelles si elles sont considérées comme des raisons valables (voir la politique 4.02).

Présomption

Conclusion que la loi tire de faits et qui est considérée comme établie jusqu'à preuve du contraire (voir les politiques 1.01 et 1.02).

Prestation (LATMP, art. 2)

Une indemnité versée en argent, assistance financière ou service fourni en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.

Produits pharmaceutiques

Tout article, instrument, appareil ou dispositif vendu en pharmacie servant au traitement de la lésion professionnelle ainsi qu'à l'atténuation de ses conséquences (voir la politique 5.03).

Professionnel de la santé (LATMP, art.2)

Au sens de la Loi sur l'assurance-maladie (L.R.Q. C. A-29) : « tout médecin, dentiste, optométriste ou pharmacien légalement autorisé à fournir des services » (voir la politique 5.01).

Professionnel de la santé désigné

Professionnel de la santé, au sens de la Loi sur l'assurance-maladie du Québec à qui la Commission ou l'employeur demande une évaluation du travailleur en vertu des articles 204 et 209 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (voir les politiques 2.06, 7.01 et 7.02).

Programme

Suite d'actions que l'on se propose d'accomplir pour arriver à un résultat.

Prothèse

Au sens de l'article 1-o de la *Loi sur la protection de la santé publique* (L.R.Q., c. P-35) : appareil destiné à remplacer en tout ou en partie un organe ou un membre d'un être humain (voir la politique 5.04).

-R-

Réadaptation

Ensemble des moyens et mesures en vue de réduire les séquelles d'un accident, d'une opération chirurgicale afin de s'adapter de nouveau à une vie normale, aux plans physique, social et professionnel.

Rechute

Retour, réapparition des symptômes d'une lésion, la cause n'en étant pas disparue; reprise d'une lésion qui était en voie de guérison (voir la politique 1.03).

Récidive

Réapparition d'une lésion après un temps plus ou moins long de guérison (voir la politique 1.03) .

Recours

Procédé par lequel on fait appel à une autorité pour examiner une situation afin qu'une décision soit rendue (voir les politiques 6.01 et 6.02).

Rémunération participatoire

Part des bénéfices réalisés par une organisation qui est versée aux employés selon les résultats obtenus au cours d'un exercice, une fois acquittées toutes les dépenses encourues et le capital investi, rémunéré. On parle aussi de somme additionnelle versée en fin d'année à l'employeur, et ce, en supplément de son traitement fixe.

Revalorisation

Majoration annuelle des montants prévus à la loi selon l'indice annuel des prix à la consommation ou selon une autre formule.

Revenu brut annuel

Revenu qu'un travailleur tire de son emploi dans le cours d'une année. Ce revenu ne tient pas compte de quelque déduction que ce soit.

La loi prévoit différentes façons de calculer le revenu brut annuel (voir les politiques 2.02 et 2.04).

Revenu net retenu

Revenu calculé à partir du revenu brut annuel moins les retenues à la source habituelles (impôts, assurance emploi, Régie des rentes). Le revenu net retenu tient compte de la situation familiale réelle du travailleur pour les fins de déductions. Les tables de revenu brut annuel d'emploi que la Commission publie chaque année à la Gazette officielle du Québec servent à établir le revenu net retenu.

La loi prévoit différentes façons de calculer le revenu net annuel, (voir les politiques 2.02 et 2.04).

-S-

Salaire brut

Salaire prévu au contrat de travail avant toute déduction à quelques fins que ce soit: impôts, cotisations syndicales, assurance emploi participation à une caisse de retraite, etc.

Ce salaire peut inclure toutes formes de rémunération telles que les heures supplémentaires, bonis et autres gratifications.

Salaire de base

Rémunération élémentaire fondée sur un taux horaire, hebdomadaire ou mensuel ou à la pièce prévu au contrat de travail et à laquelle peuvent s'ajouter des majorations : primes, indemnités, commissions, etc.

Salaire minimum

Taux de salaire légal, en deçà duquel aucun employeur ne peut rémunérer des travailleurs. Au Québec, il est fixé par règlement du Gouvernement. Si l'on fait exception de l'âge (salarié de moins de 18 ans) et des salariés qui touchent normalement des pourboires, le taux de salaire ainsi fixé est uniforme sur tout le territoire du Québec.

Salaire net

Salaire brut prévu au contrat de travail moins les retenues à la source qui sont faites habituellement par l'employeur (impôts, assurance emploi, Régie des rentes). Le salaire net tient compte de la situation familiale que le travailleur déclare à l'employeur pour les fins de déduction.

Semaine normale de travail

Semaine de travail dont la durée est conforme à ce qui est déterminé par la Loi sur les normes du travail (L.R.Q. c.N-1.1) et les ordonnances qui en découlent.

Soins ou traitements fournis par les établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Il s'agit des soins ou traitements fournis dans les centres suivants : un centre local de services communautaires (C.L.S.C.), un centre hospitalier (C.H.), un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse (C.P.E.J.), un centre d'hébergement et de soins de longue durée (C.H.S.L.D.) et un centre de réadaptation (C.R.). On inclut aussi les projets-pilotes d'hôpital à domicile.

Solution appropriée la plus économique

Il s'agit de la solution qui parmi les différentes mesures identifiées comme permettant d'atteindre l'objectif visé en réadaptation, est la moins coûteuse.

-T-

Travailleur (LATMP, art. 2)

Une personne physique qui exécute un travail pour un employeur, moyennant rémunération, en vertu d'un contrat de travail ou d'apprentissage, à l'exclusion :

- 1° du domestique;
- 2° de la personne physique engagée par un particulier pour garder un enfant, un malade, une personne handicapée ou une personne âgée, et qui ne réside pas dans le logement de ce particulier;
- 3° de la personne qui pratique le sport qui constitue sa principale source de revenus.
- 4° le dirigeant d'une personne morale quel que soit le travail qu'il exécute pour cette personne morale.

Travailleur autonome (LATMP, art. 2)

Une personne physique qui fait affaires pour son propre compte, seule ou en société, et qui n'a pas de travailleur à son emploi.

Travailleur saisonnier

Travailleur dont le contrat de travail prévoit que l'emploi débute et se termine à l'intérieur d'une période de 12 mois, en raison de la nature de l'emploi, des saisons ou du caractère cyclique des opérations de l'employeur.

Travailleur sur appel

Aux fins du calcul de l'IRR, le travailleur sur appel est un travailleur dont le contrat de travail prévoit une prestation de travail sur demande, c'est-à-dire ponctuelle, non prévue à l'avance et qui peut être de durée irrégulière.

Travail à temps plein

Travail dont la durée est égale à la période habituellement établie dans un établissement.

SOURCES :

- *Loi modifiant diverses dispositions législatives concernant l'application de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant les diverses dispositions législatives* (1992, chap. 21)
- *Loi modifiant la Loi sur l'assurance-maladie* (1992, chap. 11)
- *Loi modifiant la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur la santé et sécurité du travail et la Loi sur l'assurance-maladie* (1992, chap. 11), voir 189 (2°)
- *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels*, L.R.Q., chap. A-2.1
- *Loi sur l'assurance-maladie*, L.R.Q., c. A-29
- *Loi sur l'indemnisation des agents de l'état*, S.R.C. 1985, c. G-5
- *Loi sur la pharmacie*, L.R.Q., c. P-10
- *Loi sur la protection de la santé publique*, L.R.Q., c. P-35
- *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, L.R.Q., c. S-2.1
- *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, L.R.Q., c. A-3.001
- *Loi sur les relations de travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'oeuvre dans l'industrie de la construction*, L.R.Q., c. R-20
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives* (1991, chap. 42)
- *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris et inuit*, L.R.Q., c. S-5
- *Dictionnaire canadien des relations du travail*, Gérard Dion, 2° éd., Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1986, 993 p.
- *Nouveau Larousse médical*, Paris, Larousse, 1988, 1114 p.
- *Petit Larousse illustré*, Paris, Larousse, 1987, 1799 p.
- Robert, Paul. *Dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française*, Paris, Société du Nouveau Littré, 1988, 2171 p.