

---

# **Indemnités payées aux accidentés du travail et de la route**

**Estimation des coûts d'évitement découlant  
des traitements de physiothérapie**

---

Présenté à la

Fédération des physiothérapeutes  
en pratique privée du Québec (FPPPQ)

Pierre Boucher  
Économiste

Avril 2005

## *Contenu du document*

1.0	INTRODUCTION .....	3
1.1	Objectifs de l'étude économique sur le « coût d'évitement ».....	3
1.2	Mise en situation.....	3
1.3	Méthodologie utilisée.....	6
2.0	LES COÛTS SOCIOÉCONOMIQUES DES RÉGIMES « D'INDEMNITÉS DE REPLACEMENTS DU REVENU » (IRR) .....	7
2.1	Les fondements économiques de l'IRR .....	7
2.2	Les indemnités payées aux travailleurs par la CSST .....	7
2.2.1	L'évolution des données financières à la CSST .....	8
2.2.2	La compétitivité des entreprises.....	11
2.2.3	Le caractère litigieux de la situation actuelle.....	11
2.3	Les indemnités payées aux accidentés de la route par la SAAQ .....	12
2.3.1	Les accidentés de la route .....	12
2.3.2	L'évolution des données financières à la SAAQ .....	13
2.4	Les assureurs privés .....	14
3.0	LE PROFIL DE LA PRESTATION DES TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE AU QUÉBEC AUPRÈS DE LA CSST .....	15
3.1	L'information statistique.....	15
3.2	La prestation de services selon la taille des cliniques.....	15
3.3	La propriété des cliniques .....	17
4.0	LES MODÈLES DE MESURE DES BÉNÉFICES RETIRÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTÉS PAR LES PHYSIOTHÉRAPEUTES .....	18
4.1	La littérature pertinente.....	18
4.2	Le modèle de « Millard Health » (MH).....	18
4.2.1	L'historique du programme .....	18
4.2.2	L'estimation des bénéfices.....	19

5.0	LE MODÈLE DE MH APPLIQUÉ AU QUÉBEC ET LES AUTRES COMPOSANTES DU « COÛT D'ÉVITEMENT » .....	24
5.1	L'adaptation du modèle de MH à la réalité québécoise et les autres pistes à analyser .....	24
5.2	Les résultats bruts pour la CSST.....	24
5.2.1	Les coûts d'évitement découlant du MH .....	24
5.2.2	Les coûts d'évitement découlant de la prévention proactive .....	27
5.2.3	Les coûts d'évitement découlant de la baisse du taux de cotisation .....	28
5.3	Les résultats bruts pour la SAAQ .....	29
5.3.1	Le programme de soins personnalisés de la SAAQ.....	29
5.3.2	Les gains du programme MH pour la SAAQ .....	29
5.4	La valeur des coûts d'évitements : la somme des bénéfices retirés par les agents économiques .....	31
6.0	COÛTS D'ÉVITEMENT ET RÉMUNÉRATION DES PHYSIOTHÉRAPEUTES .....	32
6.1	L'historique du « tarif » de physiothérapie et l'estimation de la valeur de prestation d'un traitement .....	32
6.2	Les coûts de modulation des services de physiothérapie.....	32
6.3	Les avenues de financement du réajustement des tarifs .....	33
7.0	LA SITUATION DES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL AILLEURS AU CANADA .....	34
7.1	Les provinces canadiennes retenues .....	34
7.2	L'état de la situation dans l'indemnisation des travailleurs accidentés .....	34
7.3	La prestation de services de physiothérapie aux accidentés du travail.....	36
7.3	Les similitudes et les dissemblances entre les provinces.....	37
8.0	CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....	38
8.1	Les grandes conclusions de l'étude économique .....	38
8.2	Les recommandations .....	39
	ANNEXES.....	40
	Annexe I :.....	41
	Bibliographie.....	41
	Annexes II :.....	43
	Coûts économiques des accidents de travail.....	43
	Annexe III :.....	45
	Liste des personnes contactées.....	45

## 1.0 INTRODUCTION

### 1.1 Objectifs de l'étude économique sur le « coût d'évitement »

Suite au dépôt de l'étude économique, la FPPPQ a adopté une stratégie de communications visant à interpeller l'ensemble des intervenants de la santé. Tel que mentionné précédemment, la FPPPQ a présenté aux tiers payeurs publics et privés les résultats de l'étude économique. Un cadre de propositions a également été déposé.

Le « *Conseil du patronat du Québec* » (CPQ) était l'un des intervenants rencontrés. Le CPQ a pris connaissance de l'étude économique et de ses résultats. Ce dernier a proposé à la FPPPQ de lui démontrer, s'il y a lieu, qu'il y a un « *coût d'évitement* » positif associé aux traitements de physiothérapie. Dans les faits cela se traduirait directement dans le temps par une baisse des coûts de cotisation à la CSST pour les employeurs du Québec. Sur cette base, la CSST pourrait accepter de négocier avec la FPPPQ une nouvelle grille tarifaire.

Le conseil d'administration de la FPPPQ a donc décidé d'entreprendre une étude économique visant à évaluer le coût d'évitement de la prestation de traitements de physiothérapie auxquels est rattaché un tarif supérieur. Pour mémoire, les résultats de l'enquête économique démontrent que le coût actuel de prestation d'un traitement est à hauteur de 44,20\$.

### 1,2 Mise en situation

La *Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec* (FPPPQ) regroupe les physiothérapeutes propriétaires de quelques 240 cliniques de physiothérapie au Québec. La représentativité de la FPPPQ est à hauteur de 45% de ce secteur de service dans la santé. La clientèle des physiothérapeutes en pratique privée se répartit entre les assurés des régimes publics (CSST et SAAQ) et privés (autres assureurs). La CSST et la SAAQ comme nous le verrons plus loin, représentent un bloc important de clients pour les physiothérapeutes.

La problématique actuelle gravite autour du fait que le tarif de 32\$ du traitement octroyé aux physiothérapeutes par la CSST est demeuré inchangé depuis 1994, soit depuis plus de dix ans. Quant au tarif de la SAAQ, il est de 31\$ et il n'a pas évolué depuis à peu près la même période. Toutefois, dans ce cas précis, soulignons que la société d'État a démontré une certaine ouverture envers les physiothérapeutes en mettant sur pied, à la suite d'un projet pilote<sup>1</sup> un programme de prise en charge des lésions aux tissus mous auquel une centaine de cliniques participent. Après une année, les résultats sont forts éloquentes et ils incitent la SAAQ à examiner sérieusement la possibilité d'étendre le programme à

---

<sup>1</sup> SAAQ, « Programme de soins personnalisés des entorses et des blessures musculaires », 2002.

l'ensemble des lésions. Notons ici que dans le cadre de ce programme, la SAAQ paie un tarif distinct pour la première évaluation et qu'elle verse des honoraires pour la complétion du rapport.

Face à cette situation, la FPPPQ a confié à MARCON-DDM le mandat de réaliser une enquête économique auprès des physiothérapeutes propriétaires. L'enquête économique a débuté en août 2003 et le rapport final a été remis en avril 2004. De façon spécifique, l'enquête économique portait sur trois (3) grands objectifs:

- Obtenir des données spécifiques sur les coûts de prestation d'un traitement;
- Recueillir l'information pertinente pour démontrer la valeur économique, soit les coûts et les bénéfices de la prestation des actes sur les patients; et,
- Élaborer le cadre d'un argumentaire économique à présenter aux tiers payeurs.

Les résultats de cette enquête économique, ont été déposés à l'ensemble des tiers payeurs publics et privés. Le consultant retient un certain nombre de conclusions en regard de l'étude sur les cliniques privées de physiothérapies. Ces grandes conclusions se résument comme suit:

- Les dépenses dans le secteur de la physiothérapie à hauteur de 450 M\$ correspondent à 1,7% des dépenses totales dans la santé au Québec qui sont de 24,4 G\$.
- Plus de 7 500 emplois directs et indirects sont reliés au secteur.
- Une majorité de cliniques est localisée dans des centres médicaux (40%) ou des centres commerciaux/édifices autonomes (21%).
- La superficie moyenne d'une clinique est de 1 826 pieds carrés et son chiffre d'affaires serait de 288 000\$. Elle emploie environ quatre personnes à temps plein et quatre personnes à temps partiel.
- Le salaire moyen du physiothérapeute se situe entre 35 K\$ et 55 K\$, alors que celui du TRP est de 28 K\$ à 36 K\$.
- Les traitements portent majoritairement sur la région du dos, soit la région lombaire (35,3%) et la région dorsale (9,3%).
- Les cliniques traitent 2 patients à l'heure.
- La clientèle se répartit approximativement 45/65 entre le privé et le public. La CSST domine le secteur public (39,8%).
- La clientèle publique paie entre 31\$ et 38\$, alors que le privé paie environ 50\$ la visite.

Indemnités payées aux accidentés du travail et de la route  
Estimation du coût d'évitement découlant des traitements de physiothérapie

- L'estimation du coût de prestation à l'aide d'un modèle économique indique que celui-ci se situe à hauteur de 44,20\$. Ceci implique donc qu'il y a un transfert monétaire de la clientèle privée vers la clientèle publique.
- L'estimation du coût de prestation d'un traitement dans le réseau hospitalier est de 47,04\$.

Les grandes conclusions de l'étude en regard de l'analyse des coûts/bénéfices de la physiothérapie sont les suivantes :

- Bien que les nombreux rapports récents prônent l'approche multidisciplinaire à la prestation de soins en santé, les statistiques sur le secteur en 2003 démontrent que rien n'a changé. Au Québec, la catégorie « autres professionnels », ce qui inclut les physiothérapeutes entre autres, correspond à 67,70\$ des dépenses par habitant sur un total de 3 476,57\$, soit à 1,9% des dépenses totales.
- Nonobstant ce qui précède, de plus en plus d'études démontrent indirectement que la physiothérapie permet d'atteindre des économies importantes en regards des coûts engendrés par les traitements.
- Le *Millard Health Care Model* est une initiative albertaine, dont les résultats démontrent sans équivoque que de nouvelles façons de faire permettent de réaliser des économies substantielles.
- Il est également important de mettre en évidence les résultats d'une étude qui démontre que pour chaque dollar dépensé en coût direct un montant s'ajoute en coût indirect. Les auteurs avancent un ratio de 0,83\$ /1, 00\$. Selon ce ratio, en 2002 au Québec, les coûts totaux des accidents de travail défrayés par la CSST sont de 1,427 G\$ et ceux défrayés par l'économie et la société québécoise, de 1,184 G\$. Le montant final est de 2,611 G\$.

Finalement, différentes sources crédibles indiquent que des tendances lourdes peuvent être rattachées à une société vieillissante. La main-d'œuvre se fera de plus en plus rare, il faudra minimiser les impacts négatifs des accidents de travail. La problématique de la santé deviendra rapidement un gouffre financier sans fonds, et de nouvelles façons de faire seront obligatoirement de mise.

La physiothérapie n'occupe pas la place qui lui revient au niveau de l'approche non seulement curative mais également préventive. Les physiothérapeutes du Québec sont sous-payés dans le cadre financier actuel.

### **1.3 Méthodologie utilisée**

D'entrée de jeu, soulignons que le calcul des coûts reliés à des politiques d'assureurs de personnes, qu'ils soient publics ou privés, s'avère des plus complexes. Ces derniers recourent d'ailleurs à des groupes d'actuaire et d'économistes afin de valider différentes hypothèses d'évolution des revenus et des coûts de leurs programmes respectifs. L'objet de leurs interventions étant évidemment d'établir le niveau des primes.

Conséquemment, le consultant a utilisé une méthodologie correspondante aux moyens mis à sa disposition. La présente méthodologie porte sur les éléments décrits ci-après.

- Une revue exhaustive de la littérature pertinente :
  - Les rapports annuels de la CSST et de la SAAQ et de la RAMQ;
  - Des banques de données statistiques de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes;
  - Des articles économiques sur les coûts sociaux des accidents de travail dans différentes juridictions;
  - Des articles économiques sur les coûts et les bénéfices de l'usage de la physiothérapie pour les accidentés du travail;
  - Les modèles théoriques utilisés pour mesurer les coûts sociaux dans le domaine de la santé.
- La réalisation d'une série de onze (11) entrevues téléphoniques auprès d'organismes s'intéressant aux questions de coûts d'évitement;
- Une analyse des modes de prestation de services de physiothérapie par les cliniques du Québec;
- L'élaboration d'un modèle économique permettant de mesurer le coût d'évitement.

## **2.0 LES COÛTS SOCIOÉCONOMIQUES DES RÉGIMES « D'INDEMNITÉS DE REMPLACEMENTS DU REVENU » (IRR)**

D'entrée de jeu, rappelons ici que la structure de la clientèle des physiothérapeutes en pratique privée au Québec, s'établit de la façon suivante : 39,8% à la CSST, 14,6% à la SAAQ et, 45,6% du secteur privé<sup>2</sup>. Il est important de référer à cette composition pour saisir l'organisation du rapport.

### ***2.1 Les fondements économiques de l'IRR***

Les fondements économiques de « l'Indemnité de remplacement du revenu » reposent sur une question d'équité socioéconomique. Au même titre que l'ensemble des couvertures d'assurance fournies par les employeurs et assumés par des tiers payeurs privés ou publics, l'IRR garantit en quelque sorte que le contribuable recevra un revenu pour la période où il est incapable de travailler.

Au Québec, deux niveaux de tiers payeurs occupent le marché et opèrent des régimes d'indemnisation. D'une part, au niveau du secteur public, c'est évidemment sous l'égide du gouvernement que sont assurés les paiements de l'IRR et ce principalement par le biais de deux tiers payeurs : la « Commission de la santé et de la sécurité du travail » (CSST) et la « Société de l'assurance automobile du Québec » (SAAQ). Le premier organisme s'occupe des lésions professionnelles alors que le second voit aux accidentés de la route. D'autre part, les tiers payeurs privés gèrent les régimes offerts aux entreprises pour des régimes d'invalidité courte terme et longue durée.

### ***2.2 Les indemnités payées aux travailleurs par la CSST***

Quant un travailleur québécois est incapable d'accomplir ses fonctions en raison d'une lésion professionnelle, la loi lui assure une indemnité de remplacement du revenu valide jusqu'au moment où il reviendra à son poste.

L'indemnité est à hauteur de 90% du salaire net annuel que le travailleur gagne. Ce montant ne peut dépasser le salaire maximum assurable qui est de 52 500\$.

---

<sup>2</sup> MARCON-DDM, « Enquête économique auprès des propriétaires de cliniques privées du Québec », Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec », 2004.

## 2.2.1 L'évolution des données financières à la CSST

On peut observer une certaine dichotomie au niveau des coûts et des revenus ainsi que de leur évolution dans le temps. Le tableau suivant porte sur la période 1994-2002, dernière année où les statistiques détaillées sont disponibles<sup>3</sup>.

**TABLEAU 1: Évolution des revenus et des dépenses à la CSST**

Variables	Années									
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Cotisations (G\$)	1 647,4	1 765,2	1 733,6	1 722,3	1 791,0	1 703,3	1 725,8	1 611,1	1 582,4	
REVENUS (G\$)	1 957,7	2 222,7	2 246,6	2 338,0	2 407,6	2 574,8	2 561,4	2 115,1	1 670,1	
IRR (G\$)	1 112,6	1 435,3	1 267,0	1 302,1	1 202,5	1 253,9	1 298,5	1 816,4	1 695,8	
DÉPENSES (G\$)	1 763,5	1 953,9	1 813,9	1 816,7	1 763,0	1 839,7	1 911,5	2 196,5	1 728,2	
Frais d'administration (M\$)	250,6	256,0	265,2	299,2	318,6	325,9	343,3	360,6	356,0	
Financement TAQ (M\$)	24,1	23,2	23,0	22,2	39,6	43,3	39,8	51,1	40,2	
Masse salariale assurable (G\$)	63,5	66,4	67,1	68,7	71,3	74,9	80,2	84,0	87,4	
Taux moyen de cotisation (\$)	2,73	2,63	2,54	2,56	2,53	2,27	2,12	1,89	1,82	
Cotisations/ Revenus (%)	84,1	79,4	77,1	73,6	74,3	66,1	67,3	76,1	94,7	
IRR/ Revenus (%)	56,8	64,5	56,3	55,6	49,9	48,6	50,6	85,8	101,5	
IRR/ Dépenses (%)	63,0	73,4	69,8	71,6	68,2	68,1	67,9	82,6	98,1	
Δ Masse salariale assurable (%)		4,5	1,0	2,3	3,7	5,0	6,2	3,8	4,0	
Δ Taux de cotisation (%)		(3,6)	(3,4)	2,0	(1,1)	(10,2)	(6,6)	(10,8)	(3,7)	
Δ Frais d'administration (%)		2,4	3,5	12,8	6,4	2,3	5,3	5,0	1,2	
Δ Financement TAQ (%)		(4,0)	0	(3,4)	(78,3)	9,3	(8,0)	28,3	(21,3)	

Source : CSST Rapport annuel 2002 et 2003. Compilations de données par le consultant.

<sup>3</sup> Certaines données statistiques sont disponibles en 2003 (Rapport annuel). Les statistiques compilées pour 2004 seront quant à elles, diffusées en 2005.

Sur une période de neuf ans, le tableau traduit un certain nombre de faits intéressants soit notamment :

- La valeur des cotisations des entreprises par rapport aux revenus totaux a diminué de façon marquée entre 1994 et 2000 passant de 84,1% à 67,3%. Son poids augmente de nouveau en 2001 (+ 76,1%) et en 2002 (+ 94,7%).
- Le poids du régime de l'Indemnité de remplacement du revenu sur les revenus totaux de la CSST est inférieur à 65% entre 1994 et 2000. Toutefois, en 2001, le poids passe à 85,8% et en 2002 à 101,5%. Évidemment, un phénomène similaire s'observe pour le ratio de IRR/Dépenses.
- La masse salariale assurable augmente constamment d'une année à l'autre dans des proportions de 4,5% (1995) à 6,2% (2000).
- À l'exception de l'année 2002, les frais d'administration augmentent beaucoup plus rapidement que l'inflation.
- Fait intéressant, le financement du TAQ s'accroît de façon marquée. Il s'agit de justiciable qui contestent les décisions de la CSST et qui vont en appel.

En somme, les résultats d'une brève analyse des statistiques et ratios présentés au tableau témoignent d'une situation complexe où il est impossible de conclure que l'un des facteurs peut à lui seul, expliquer l'évolution des coûts à la CSST. Observons l'évolution de certaines variables sur la période complète.

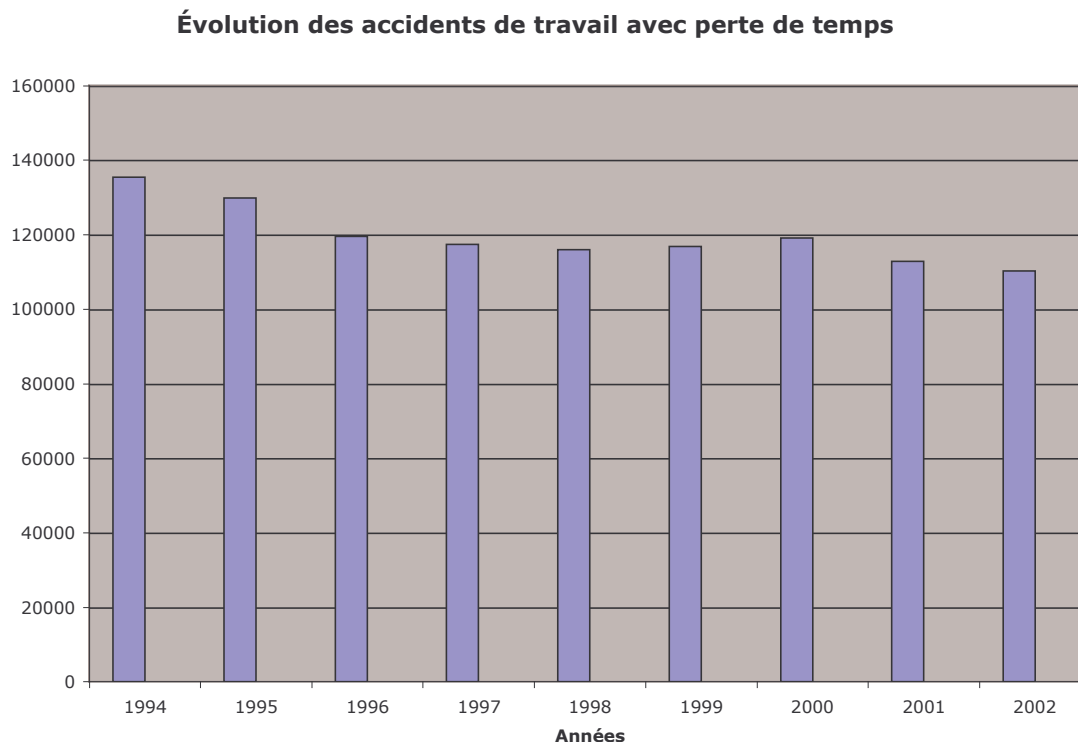
**TABLEAU 2: Évolution des certains postes budgétaires**

Variables	Δ % (2002 versus 1994)
Cotisations des entreprises	(3,9)
Revenus totaux de la CSST	(14,6)
Coûts du régime IRR	52,4
Dépenses totales de la CSST	(2,0)
Frais d'administration	42,0
Taux moyen de cotisation	(33,3)

Source : CSST et compilations du consultant.

Le tableau indique que, le taux moyen de cotisation a baissé d'un tiers, alors que les cotisations des entreprises ont chuté de presque 4%. Les revenus totaux ont chuté de près de 15% et les frais d'administration ont augmenté de 42%. Les explications aux comportements de ces variables ne sont évidemment pas linéaires. La situation est plus complexe. Mais le portrait est intéressant.

Nonobstant ce qui précède, il importe de replacer l'évolution de la situation financière de la CSST en regard de la croissance du nombre d'accidents de travail. L'histogramme suivant présente l'évolution du nombre d'accidents avec perte de temps pour la période analysée.



Une observation s'impose. Les revenus et les dépenses de la CSST augmentent sur la période 1994-2002, mais toutes choses étant égales par ailleurs, le nombre d'accidents avec perte de temps est non seulement constant sur la période, mais il diminue. Il s'agit là d'un constat important.

Une première piste d'explication porterait sur la complexité des traumatismes. Ce qui semble a priori, fort plausible. Toutefois, une analyse plus approfondie est requise pour comprendre l'état de la situation.

## **2.2.2 La compétitivité des entreprises**

Il existe une littérature récente en regard du fardeau fiscal des entreprises québécoises et de leur compétitivité par rapport aux entreprises localisées dans différentes juridictions. Il va de soi que le débat est toujours d'une vive actualité. Les citoyens et les entreprises du Québec sont les plus taxés en Amérique du Nord.

L'objet du présent rapport n'est pas de reprendre ou d'analyser les coûts des différentes taxes sur la masse salariale des entreprises québécoises. Conformément à la littérature économique sur ce sujet, nous voulons tout simplement souligner qu'un fardeau fiscal trop élevé rend les entreprises moins compétitives.

## **2.2.3 Le caractère litigieux de la situation actuelle**

La situation entre la CSST, ses partenaires et les bénéficiaires du régime d'indemnisation, est devenue pour beaucoup de cas, conflictuelle. Les travailleurs, soutenus par les centrales syndicales, bénéficient d'un régime d'indemnisation. Les employeurs qui paient la totalité du régime trouvent évidemment que les coûts sont beaucoup trop élevés. Les professionnels de la santé qui rendent des services aux accidentés sont régis soit par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ou encore directement par la CSST. C'est le cas notamment des physiothérapeutes. Ces derniers font en quelque sorte les frais d'une partie du régime car leurs honoraires professionnels sont au même niveau depuis 1994, soit 32\$.

Une situation d'équilibre entre ces groupes peut très certainement être atteinte. Un régime tel Millard Health mis sur pied en Alberta pourrait éliminer ce climat d'affrontement. C'est dans cette perspective que la « Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec » a développé une approche d'harmonisation des programmes publics et des services de physiothérapies. Cette approche comprend également une révision des modes de rémunération des physiothérapeutes en pratique privée<sup>4</sup>. L'approche proposée touche non seulement les assurés de la CSST mais tous les intervenants du réseau de la santé.

---

<sup>4</sup> Fédération des physiothérapeutes en pratique privée du Québec, « Cadre de discussion et de négociation », 2004.

## 2.3 Les indemnités payées aux accidentés de la route par la SAAQ

### 2.3.1 Les accidentés de la route

Le tableau qui suit présente les statistiques les plus récentes sur les accidents de la route au Québec.

**TABLEAU : Évolution du nombre d'accidentés de la route**

Caractéristique de l'accident	Année de référence	
	2002	2003
Victimes décédées	704	621 (11,7%)
Victimes blessées grièvement	5 451	6 072 11,3%
Victimes blessées légèrement	47 952	49 823 3,9%
TOTAL	54 107	56 516 4,4%

Source : SAAQ, « En bref, profil statistique 2003 », Direction des études et des stratégies en sécurité routière, 2004.

Le nombre total d'accidents de la route s'est accru de 4,4% pour la période. Il faut noter ici que le nombre de personnes blessées grièvement s'est accru de façon marquée soit un peu plus de 11%. Finalement, le nombre de décès quant à lui, a diminué de 11,7%.

Nous reproduisons à la section suivante quelques données financières sur les opérations de la SAAQ.

### 2.3.2 L'évolution des données financières à la SAAQ

Le tableau qui suit présentes les dépenses par postes.

**TABLEAU : Déboursés d'indemnisation et participation au coût des services de santé**

Accidents des années antérieures et de l'année courante	Année		
	2001	2002	2003
<b>Indemnisation</b>			
Indemnité de remplacement du revenu	264 736	304 068 14,8%	341 503 12,3%
Indemnités de décès	86 243	92 777	92 022
Forfaitaires pour séquelles	71 176	32 838	23 329
Préjudices non pécuniaires	22 034	58 463	83 143
Réadaptation	52 259	59 812 14,4%	61 410 2,7%
Aide personnelle	38 133	39 874	40 601
Frais médicaux et paramédicaux	35 129	38 274	46 056
Frais de déplacement et de séjour	12 707	13 323	14 050
Transport par ambulance	6 138	8 495	7 656
Information médicale	8 929	10 422	11 586
Autres frais	8 101	9 118	8 977
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>605 585</b>	<b>667 464</b> 10,2%	<b>730 333</b> 9,4%
<b>Participation au financement</b>			
Coût des services de santé	88 654	88 654	88 654
Tribunal administratif du Québec	6 774	6 771	6 913
Organismes responsables du transport en ambulance	47 238	48 597	49 542
<b>TOTAL PARTIEL</b>	<b>142 666</b>	<b>144 022</b> 0,9%	<b>145 109</b> 0,7%
<b>GRAND TOTAL</b>	<b>748 251</b>	<b>811 486</b> 13,2%	<b>875 442</b> 7,8%

Source : SAAQ, « En bref, profil statistique 2003 », Direction des études et des stratégies en sécurité routière, 2004.

L'augmentation des coûts est présentée pour certains postes de dépenses. De façon générale, les données du tableau indiquent que la partie indemnisation correspond à 80% et plus des dépenses totales pour les trois années. Toujours dans cette catégorie, c'est l'indemnité de remplacement du revenu (IRR) qui est le poids le plus élevé des dépenses. Ce poids passe de 43,7% en 2001, à 45,5% en 2002 et à 46,7% en 2003. Les frais de réadaptation ont connu un bond prodigieux entre 2001 et 2002 pour ensuite connaître une faible augmentation pour l'année suivante soit 2,7%.

## **2.4 Les assureurs privés**

Les assureurs privés s'accaparent une part de plus en plus grande du marché des services de santé au Canada et au Québec. De fait le poids des dépenses privées de santé au Québec est passé de 18,5% en 1980 à 28,7% en 2003<sup>5</sup>. Ce qui correspond à une dépense totale per capita de 3 246\$ en 2003, soit 931\$ pour le privé et 2 315\$ pour le public. Le Québec consacre 31,6% de son budget à la santé. Ce qui constitue le poids le plus faible au Canada.

En ce qui a trait à la prestation de services de physiothérapies dont les frais sont payés par les assureurs privés, « l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes » (ACCAP) nous informe que les statistiques sont amalgamées. Les dépenses relatives à la couverture des formulaires de médicaments sont suivies de près. Les autres dépenses sont cumulées sous une rubrique générale (chambre d'hôpital, chiropraticien, psychologue, dentiste, optométriste, et cetera).

Nonobstant ce qui précède, l'association nous indique qu'environ 6,0 M de québécois bénéficient de couvertures d'assurance privée. Les dépenses couvertes par les assureurs sont à hauteur de 4,1 G\$. L'ACCAP souligne que 70% de ces dépenses vont aux médicaments (2,87 G\$) et 30% aux autres services de santé (1,23 G\$). En ce qui a trait aux dépenses pour les services de physiothérapie, l'évaluation du regroupement était à hauteur de 330 M\$ en 2002.

---

<sup>5</sup> Institut canadien d'information sur la santé, « Tendances des dépenses nationales de santé 1975-2003 », 2004

## 3.0 LE PROFIL DE LA PRESTATION DES TRAITEMENTS DE PHYSIOTHÉRAPIE AU QUÉBEC AUPRÈS DE LA CSST

### 3.1 L'information statistique

Au cours des années, la CSST a mentionné à maintes reprises que les services professionnels des physiothérapeutes constituent une charge monétaire trop élevée. De plus, selon la CSST, les physiothérapeutes prodigueraient des traitements jugés inutiles aux patients qui leur sont confiés.

Afin de saisir le fonctionnement des cliniques, le consultant a eu accès aux statistiques du nombre de traitements que les cliniques de physiothérapie du Québec ont rendus aux bénéficiaires du régime d'indemnisation de la CSST pour les années 2001 et 2002. Le présent chapitre brosse un portrait de la situation.

Finalement, notons qu'il y a au Québec environ 550 cliniques privées de physiothérapie. Sur la base des données de 2001 et 2002, c'est dire que près de 80% d'entre elles offrent des services à la CSST.

### 3.2 La prestation de services selon la taille des cliniques

Afin de saisir le portrait de l'offre de services de physiothérapie à la CSST, le consultant a construit le tableau suivant.

**TABLEAU 3: Profil de la prestation des services privés de physiothérapie à la CSST**

Variables	Année		Variation (%)
	2001	2002	
Nombre total de fournisseurs	446	438	(1,8)
Nombre total de traitements	1 861 559	1 855 607	(0,3)
Valeur approximative des traitements	59 569 888\$	59 379 424\$	(03)
Nombre moyen de traitements par patient	34,5	35,3	2,3
Durée moyenne de traitements en jours	72,7	76	3,3
Nombre moyen de traitements par fournisseurs	4 173	4 236	1,5
Nombre de travailleurs ayant subi des traitements	53 958	52 566	(2,5)

Source : Compilation du consultant.

Les faits reportés au tableau sont intéressants. D'abord le nombre de fournisseurs a diminué de près de 2%. Le nombre de traitements n'ayant guère changé ceci se traduit par un effet presque nul sur les coûts. Il faut noter que bien que le nombre de fournisseur diminue, le nombre de traitements moyens augmente ainsi que la durée moyenne en jours.

Les cliniques de physiothérapie du Québec sont composées majoritairement de pratiques solos ou petites et, de quelques grandes entreprises avec multi points de services. Voyons maintenant le profil de ces entités en fonction de l'établissement d'une moyenne provinciale.

**TABLEAU 4: Distribution de la taille des cliniques rendant des services à la CSST**

Variables	Années			
	2001		2002	
	En bas de la moyenne	En haut de la moyenne	En bas de la moyenne	En haut de la moyenne
Nombre de fournisseurs	283	163	278	160
Nombre total de traitements	662 441	1 199 118	659 314	1 196 293
Nombre moyen de traitements par année	2 340	7 356	2 371	7 476
Revenu moyen des cliniques	74 880\$	235 392\$	75 872\$	239 232\$
Nombre moyen de traitements par dossier	33	36	33	39
Durée moyenne de traitements en jours	72,9	72,7	75,0	78,0
Poids des cliniques sur le nombre total de traitements rendus	35,5%	64,5%	35,5%	34,5%

Source : Compilations du consultant.

Notons les faits suivants.

- Le nombre total moyen de traitements des petites cliniques s'est accru de 1,3% entre 2001 et 2002. Il a augmenté de 1,6% pour les grandes cliniques.
- Le nombre moyen de traitement n'a pas changé pour les petites cliniques. Par contre, il est passé de 36 à 39 pour les grandes.
- Il y a également une différence quant à l'évolution de la durée du traitement. Il est à peu près identique en 2002 pour les deux catégories de cliniques, soit près de 73 jours. Toutefois, pour la seconde année, il passe à 75 jours pour les petites soit plus de 2,1%, et à 79 jours pour les plus grandes, ce qui signifie une augmentation de 7,2%.

- Le poids relatif des cliniques de change pas. Il est de 35,5% pour le premier groupe et 64,5% pour le second.

Notons que le nombre de traitements ainsi que les revenus sont conformes aux données de l'enquête économique réalisée en 2004.

### **3.3 *La propriété des cliniques***

Les grosses cliniques appartiennent à des regroupements. Le lecteur a pu constater que l'industrie se compose en partie, de petites entités de services. Il existe une grande diversité de pratique. Par exemple, certaines cliniques se spécialisent dans le poly trauma. Leurs statistiques diffèrent considérablement de la moyenne. D'autres cliniques offrent des services d'ergothérapeutes, ce qui évidemment n'apparaît pas dans les statistiques analysés.

## **4.0 LES MODÈLES DE MESURE DES BÉNÉFICES RETIRÉS DE LA PRISE EN CHARGE DES ACCIDENTÉS PAR LES PHYSIOTHÉRAPEUTES**

### **4.1 La littérature pertinente**

Il existe une littérature qui devient de plus en plus abondante sur ce sujet. Les pressions qui pèsent actuellement sur le système de santé tant au Canada qu'au Québec font en sorte que l'évaluation de nouveaux modes de prestations de services de santé sont analysés. C'est le cas de la physiothérapie.

Le modèle de Millard Health fait partie des avancés dans ce domaine.

### **4.2 Le modèle de « Millard Health » (MH)**

#### **4.2.1 L'historique du programme**

L'*Alberta Worker's Compensation Board* (AWCB) a développé par le biais de « *Millard Health* » (MH) un plan de gestion des demandes d'indemnisations afin d'optimiser le retour au travail des accidentés. Le programme albertain faisait face à de multiples défis qui ne sont pas étrangers à la situation québécoise : une escalade des coûts, des frais de santé inconsistants, une diversité de politiques dans la prestation des services, une insatisfaction grandissante de la part des travailleurs, une approche conflictuelle entre travailleurs et administrateurs, et cetera.

Le développement du modèle albertain s'appuie sur l'expertise d'un groupe de travail composé d'experts du milieu médical traditionnel (généraliste, réadaptation, et cetera) ainsi que d'autres spécialités de la santé (physiothérapie, psychologie, et cetera). Outre les défis énoncés plus haut, les prémisses de départ du groupe de travail partent des faits suivants :

- 50% des travailleurs souffrant de maux (lombaire, dorsal, cervical, périphérique) retournent au travail après une période de deux semaines;
- 80% d'entre eux après une période de six semaines;
- 5-10% des patients qui ne retournent pas au travail avant trois mois représentent 75-90% des coûts.

Le modèle de MH possède des caractéristiques intéressantes. Le tableau suivant résume l'essentiel du continuum.

**TABLEAU 5: Le Continuum de soins de MH**

Phase de soins	Durée (semaines)	Initiatives de traitement	Professionnels impliqués
Aigue	0-4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostic</li> <li>• Éducation</li> <li>• Thérapie manuelle</li> <li>• Retour au travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin</li> <li>• Physiothérapeute</li> <li>• Chiropraticien</li> </ul>
Sub-aigue	4-10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Éducation</li> <li>• Conditionnement au travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Physiothérapeute</li> <li>• Chiropraticien</li> <li>• Thérapie occupationnelle</li> </ul>
Chronique	10 +	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évaluation</li> <li>• Réadaptation multidisciplinaire</li> <li>• Gestion de la douleur aigue</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecins</li> <li>• Physiothérapeute</li> <li>• Chiropraticien</li> <li>• Spécialistes en réadaptation</li> <li>• Psychologue</li> </ul>

Source : Millard Health, "Millard Health Care Model", Alberta Worker's Compensation Board (AWCB), 2003

Le modèle est évolutif et vise à revoir constamment les façons de faire afin de permettre aux travailleurs de réintégrer rapidement le marché du travail. Le modèle a été introduit en 1995 et a été développé par étapes. Les dernières phases d'implantation furent complétées en 1997.

L'implantation du modèle vise essentiellement à modifier le type de traitement, le contrôle, la séquence et la durée de ceux-ci. Lorsque les spécialistes de la thérapie physique observent le continuum de soins, la différence entre le nombre de jours de traitements médians est de 31 jours et le délai d'ajustement est d'un peu plus de six semaines. Pour les traitements qui excèdent cette durée, les résultats sont de moins en moins probants. La durée de traitement et les coûts totaux de compensation pour les dossiers de tissus mous ont été réduits de façon substantielle.

#### 4.2.2 L'estimation des bénéfices

Les bénéfices découlant de l'approche de MH ont été mesurés pour l'Alberta et pour l'Australie. Les données brutes de l'implantation du programme de MH sont présentées ici.

## Le cas de l'Alberta

Pour mémoire le modèle MH a été implanté par séquences entre 1995 et 1997 en Alberta. De fait le programme a mesuré l'évolution des coûts et des bénéfices découlant de l'approche concernant les tissus mous pour les années 1994, 1997 et 1998.

Les autorités albertaines ont évalué les bénéfices associés au programme spécifiquement à la fin de l'année 1997. Le tableau ci-dessous présente les résultats.

**TABLEAU 6: Estimations des bénéfices découlant du continuum de soins (Cohortes de patients en 1997)**

Variables	Bénéfices	
	Réclamations inférieures à 18 semaines	Réclamations supérieures à 18 semaines
Nombre de réclamations	10 298	580
Valeur des réclamations (\$)	1 887	22 000
Total des réclamations (\$)	19 432 326\$	12 760 000\$
Total des bénéfices (\$)	32 192 326\$	

Source : WCB Alberta (Soft Tissue Continuum of Care).

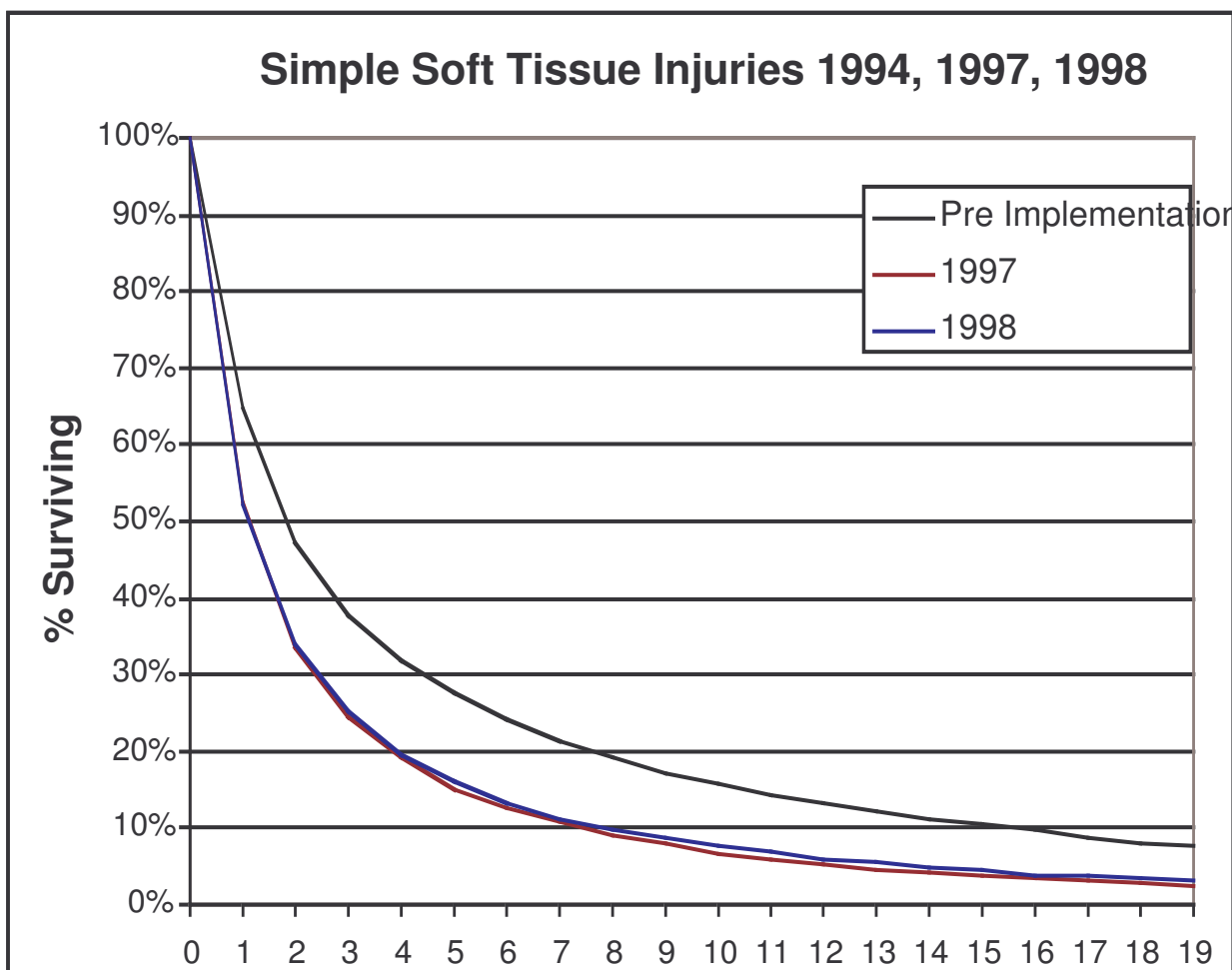
Il s'agit de fait d'un bénéfice à hauteur de 32,19 M\$. Le calcul a été réalisé en prenant le coût précédant l'implantation du programme versus le coût observé a posteriori. En somme, il s'agit du gain réalisé par la gestion des réclamations n'ayant pas dépassées, dans le premier cas, 18 jours de traitement et dans le second cas, plus de 18 jours. En somme, le bénéfice observé traduit la différence entre les coûts qui auraient été encourus en 1994 versus les coûts observés pour l'année 1997. Le coût d'évitement moyen d'une réclamation est donc de **2 959\$** pour cette année<sup>6</sup>.

La direction des services de soins de santé de MH nous a gracieusement transmis les résultats du programme lors de la phase d'implantation, ce qui correspond à la cohorte de 1997.

Le diagramme suivant présente l'évolution des coûts pour la période.

<sup>6</sup> Ce montant est obtenu en divisant la valeur totale des bénéfices soit 32,19 M\$ par le nombre total des réclamations soit 10 878. Le calcul est une moyenne arithmétique simple qui se situe à **2 959\$**. Toutefois, en calculant la moyenne pondérée du bénéfice retiré pour les deux catégories de réclamations, on constate que 580 réclamations correspondent à 5,3% du nombre total de celles-ci, mais qu'elles engendrent 39,7% des « coûts évités ». À l'inverse, 10 298 réclamations correspondent à 94,7% du total mais seulement à 60,3% des « coûts évités ». Ce qui gonfle ainsi le bénéfice moyen à **9 871\$** pour les deux catégories de réclamations. Nous retenons la première évaluation de 2 959\$.

**Diagramme**  
**Résultats de l'implantation du modèle**



Le diagramme traduit bien les résultats relatifs à l'implantation du continuum de soins de MH. Il y a une différence significative entre les années 1994 et 1997 au niveau du nombre de semaines de traitements. Pour cette année 1997, il y a un plafonnement des gains. En économique, cela signifie que le seuil de maturité du modèle a été atteint. Accroître le nombre de semaines de traitement n'ajoute que peu de bénéfices supplémentaires aux travailleurs.

Pour la cohorte 1997 le nombre total de réclamations s'élevait à près de 14 000. Ce qui signifie en l'occurrence, que près de 80% du nombre de réclamation le sont pour des lésions aux tissus mous. Évidemment, la proportion peut varier d'une année à l'autre, mais ce type de lésions constitue toujours la majorité des accidents de travail.

Les données pour l'année 2003 sont présentées au tableau qui suit. Il s'agit de données incluant toutes les approches et non pas seulement pour le continuum de soins pour les tissus mous. Tel que mentionné, et selon l'information obtenue, le continuum de soins pour tissus mous correspond à environ 80% du total des réclamations.

**TABLEAU 7: Dépenses totales pour la thérapie physique en Alberta en 2003**

Variables	Valeur monétaire (\$)
Dépenses totales	13 361 332\$
Nombre total de réclamations	24 432
Nombre de réclamations pour tissus mous (80% du nombre total de réclamations)	19 545
Coûts total moyen par réclamations (13,361 M\$ ÷ 24 432 réclamations = 546\$)	546\$
Bénéfice moyen d'une réclamation (1997 sans indexation)	2 959\$
Coût d'évitement découlant de l'implantation du continuum de soins pour tissus mous [(2 959\$ X 19 545 réclamations)]	57 833 655 M\$
<b>COÛT TOTAL SANS LE CONTINUUM DE SOINS POUR TISSUS MOUS</b>	<b>71 194 987\$</b>

Source : WCB Alberta, Health Care Evaluation.

Ainsi le coût d'évitement se situe à 57,83 M\$. Le tableau indique que sans la mise en place du continuum de soins pour tissus mous, le coût total serait à hauteur 71,19 M\$. L'application du modèle correspond à une diminution de 81,3% du coût total.

Évidemment, il s'agit d'une approximation pour les traitements du WCB. Beaucoup plus d'information et d'analyse serait requise pour obtenir une information plus fine.

### **Le cas de l'État fédéral de Victoria en Australie**

L'Australie comprend onze états dit « fédéraux ». Chaque état possède sa propre capitale. La région d'intérêt ici est l'état de Victoria dont la capitale est Melbourne. Cet état a une population de 4,6 M d'habitants. C'est le second état en importance de l'Australie. Les accidents de travail sont régis par un « *Workcover Authority* » propre à chacun des états.

Le document « *Work Cover's Strategy 2000* » traduit clairement l'objectif de changement organisationnel dans la gestion des accidents de travail. Ces changements devinrent nécessaires à cause des délais de retour au travail, une augmentation de la durée des absences, une croissance du coût des réclamations et un manque de support des intervenants. À l'époque, *Work Cover* (WC) fait face à une perte de contrôle des coûts, des honoraires de santé inconsistants, et une variabilité dans la prestation de soins de qualité. La situation a nécessité une approche originale et efficace pour le traitement des accidents de travail. WC devait diminuer les coûts sociaux, économiques et humains associés aux accidents de travail.

Dans cette optique, le *Victorian WorkCover Authority* de Melbourne en Australie a confié à *Millard Health* en 2001, le mandat de procéder à une étude d'évaluation du programme en place, soit le WC. Par la suite, MH a simulé l'implantation du *Millard Soft Tissue Injury Continuum of Care Model* en regard des pratiques actuelles des autorités australiennes. Pour compléter la démarche, une étude des coûts et des bénéfices de l'implantation du modèle de MH a été complétée. Les coûts analysés comprennent l'indemnisation hebdomadaire du salaire et les principaux coûts de santé (physiothérapeute, médecin, chiropraticien, et cetera).

Les consultants de MH analysèrent la totalité des cas de WC pour l'année 1999. Pour cette période, le nombre de cas s'élevait à 24 116, dont 18 087 dossiers pour des problématiques de tissus mous. Sur ce nombre de réclamations pour tissus mous, MH a retenu seulement celles qui nécessitèrent une absence au travail. Ce fut alors 8 084 réclamations qui furent analysées.

Notons que le système australien de compensation des travailleurs accidentés diffère de celui de l'Alberta. Par exemple, les premiers dix jours de compensation et les premiers 466\$ des frais de santé sont la responsabilité de l'employeur. En Alberta, l'indemnité de remplacement du revenu ainsi que la couverture des frais médicaux est prise en charge lors de l'accident par le WCB de l'Alberta.

Les résultats obtenus font part d'un gain annuel net à hauteur de 20,9 M\$ (5 282\$ par réclamation) lors de l'application du modèle. Cela correspond à une diminution de 37% des coûts totaux pour les cas d'indemnisations relatifs aux tissus mous. Rappelons que ces derniers correspondent à environ 75% des cas traités par WC.

## 5.0 LE MODÈLE DE MH APPLIQUÉ AU QUÉBEC ET LES AUTRES COMPOSANTES DU « COÛT D'ÉVITEMENT »

### 5.1 *L'adaptation du modèle de MH à la réalité québécoise et les autres pistes à analyser*

Le slogan de Millard Health est de fournir « *Le bon soin, au bon moment pour le meilleur résultat* ». Tel que mentionné, l'approche albertaine s'appuie sur un vecteur de soins qui comprend les composantes décrites au tableau suivant.

**TABLEAU 8: Vecteur de soins**

<b>Composantes</b>	<b>Applications</b>
L'accès immédiat	Référence à un médecin familial avec les accidentés du travail.
L'équipe clinique	Des professionnels qui connaissent les divers environnements de travail.
La coordination du traitement	Fonctionnement tripartite entre l'accidenté, Millard Health et l'équipe de traitement.
La vitesse de diagnostic et d'exécution du traitement	Dirigé directement vers le bon fournisseur de soins.
L'éducation	Programme de prévention pour prévenir les accidents

Source : Millard Health 2004.

### 5.2 *Les résultats bruts pour la CSST*

#### 5.2.1 Les coûts d'évitement découlant du MH

Pour mémoire, la CSST a ouvert 132 485 dossiers d'accidents de travail en 2002. Plus de la moitié des dossiers soit 54,2%, relève du tronc (37,5%) et de la région lombar (16,7%). Si on enlève les lésions aux yeux, c'est 127 007 dossiers d'accidentés du travail qui pourraient potentiellement constituer des cas devant recourir à un physiothérapeute. Toutefois, le consultant ne dispose pas de la banque de données qui lui permettrait de procéder à une analyse plus approfondie.

Évidemment, la CSST devrait procéder à une analyse beaucoup plus pointue (groupe témoin, cas traités, durée de l'indemnisation, taux de change Canada/Australie, modalités des gestion des programmes de compensation des accidents de travail, et cetera). Mais nous maintenons que les résultats de MH constituent un niveau minimum de gains. Une analyse des coûts et des bénéfiques, selon le continuum de soins de MH, fournirait un résultat très surprenant.

En complément à ce qui précède il est maintenant reconnu par les experts des milieux de la santé et de la sécurité du travail, que la prévention de *type proactive* aide à diminuer les accidents de toute nature au travail. Tous les secteurs de l'activité économique sont touchés. En Grande-Bretagne, par exemple, cette piste fait partie de la gestion préventive des accidents de travail. Une étude récente sur ce sujet est d'ailleurs très révélatrice.

« *Given the high costs to employers of musculoskeletal disorders, more and more organisations are looking to provide in-house physiotherapy to their staff.* »<sup>7</sup> Les résultats sont sans équivoque. Offrir des traitements de physiothérapie aux employés fait chuter le taux de maladie professionnelle et d'accidents de travail dans une proportion qui varie entre 12% et 15%.

Il convient alors d'analyser cette piste.

Finalement, si le nombre d'accidents diminue, ceci se traduira par un impact positif sur le taux de cotisation des employeurs. Quoique plus difficile à mesurer, il faut inclure cette composante dans l'évaluation du coût d'évitement.

À l'aide d'estimations, il est possible de mesurer les impacts de l'application du modèle albertain pour le profil d'accidentés de la CSST. À cette fin nous utilisons les données statistique de 2003. D'entrée de jeu nous convenons que les résultats présentés au tableau comportent un certain biais. En effet, l'analyse utilise des données pour fins de comparaisons dont les années diffèrent. De plus, le coût d'évitement devrait être évalué pour les clientèles accidentées avant 2003, ce qui fait en sorte que le coût moyen des dossiers avec perte de temps est conservateur.

Toutefois, et nonobstant ce qui précède, les résultats obtenus permettent de dégager un ordre de grandeur fiable.

---

<sup>7</sup> Health and Safety (HSC), « The Costs Effectiveness of an Occupational Physiotherapy Service », StatisticsNational Statistics Publication, 2003

Le tableau qui suit résume les faits.

**TABLEAU 9: Bénéfices monétaires du modèle MH appliqués aux données de la CSST (2003)**

<b>Variables</b>	<b>Valeur monétaire (\$)</b>
Dossiers ouverts à la suite d'un accident de travail et acceptés (2003)	127 007
Nombre d'accidents de travail avec perte de temps	110 244
Nombre d'accidentés ayant reçu des traitements de physiothérapie	52 566
Dépenses à l'égard des lésions professionnelles survenues au cours de l'exercice	319 562 000
Coût moyen des dossiers avec perte de temps (2003) (319,56 M\$ ÷ 110 244)	2 898
Coût selon le modèle MH	546
Coût d'évitement pour la CCST (2 516\$ - 546\$ X 52 566)	123 635 232
Coût encouru par la CCST en 2003 (sous l'approche MH) (319,56 M\$ - 103,55 M\$)	195 926 768

Source : MH et Rapport annuel 2003 de la CSST.

Ainsi, selon l'hypothèse où la CSST aurait appliqué le modèle de MH en 2003, la valeur du coût d'évitement aurait été approximativement à hauteur de 123,63 M\$. L'application du continuum de soins de MH correspond à une baisse de 38,6% du coût total des dépenses survenues à l'égard des lésions professionnelles. Évidemment, et tel que mentionné auparavant dans le texte, une analyse plus fine devra être réalisée<sup>8</sup>.

Le coût d'évitement devrait être évalué pour les clientèles accidentées avant 2003. De plus, le coût d'évitement tient compte des gains de la CSST uniquement. Pour obtenir une image globale du coût d'évitement pour l'économie québécoise, il faudrait tenir compte des coûts aux producteurs et à la société dans son ensemble.

Tel que mentionné précédemment, les expériences de l'Alberta et de Victoria en Australie, indiquent que le modèle MH est sujet à la loi des « rendements décroissants ». Le fonctionnement du modèle ne correspond pas à une fonction linéaire croissante pour l'obtention de bénéfices. Autrement dit le coût d'évitement ne diminue pas de façon indéfinie. La gestion du continuum de soins de MH implique que des ressources additionnelles sont requises non seulement pour la prestation de soins mais également pour la gestion du programme.

<sup>8</sup> Le calcul du coût moyen des dossiers ouverts en 2003 devrait également prendre en considération les traitements de dossiers issus de 2002. De plus

Finalement, et bien qu'ayant un rôle central de première ligne, les physiothérapeutes pourraient théoriquement fournir des soins en concurrence avec d'autres professionnels (ergothérapeutes, ergonomes, chiropraticiens). Ce qui diminuerait leur implication. Nonobstant ce qui précède, l'expérience de la SAAQ avec le programme de MH permet de supposer que les physiothérapeutes peuvent assumer le rôle de chef de file du programme. En effet, la SAAQ a décidé de prolonger son projet-pilote d'accréditation des cliniques de physiothérapies. Ce programme repose sur l'approche MH.

### 5.2.2 Les coûts d'évitement découlant de la prévention proactive

La présente section évalue sommairement la hauteur du coût d'évitement associé à la prévention. Le tableau suivant reproduit les résultats.

**TABLEAU 10: Impact de physiothérapie préventive en milieu de travail**

Variables	Estimation
Dossiers ouverts à la suite d'un accident de travail et acceptés (2003)	127 007
Nombre d'accidents de travail avec perte de temps	110 244
Dépenses à l'égard des lésions professionnelles survenues au cours de l'exercice	319 562 000\$
Coût moyen des dossiers ouvert (2003)	2 898\$
Hypothèse de diminution du nombre de dossiers ouverts à la suite d'un accident de travail et acceptés (Hypothèse de 12,5% des dossiers avec perte de temps)	16 536
Coût d'évitement pour la CCST (16 536 X 2 898\$)	47 921 328\$
Coût encouru par la CCST en 2003 (sous l'approche de physiothérapie proactive)	271 640 672\$

Source : Rapport annuel de la CSST

Le tableau indique que la CSST pourrait réaliser un gain de 47,9M\$ suite à l'implantation de mesures préventives de type *physiothérapie proactive* en entreprise. Évidemment, ces services devraient forcément être rémunéré selon le tarif en vigueur, ce qui diminuerait quelque peu le montant. De fait, il est démontré dans la littérature sur la

### 5.2.3 Les coûts d'évitement découlant de la baisse du taux de cotisation

Mesurer la baisse du taux de cotisation des employeurs suite à la mise en application d'un programme préventif de traitements de physiothérapie se veut assez complexe. Avant d'avancer une hypothèse de mesure, nous reproduisons au tableau ci-dessous les trois modes de tarification de la CSST.

**TABLEAU 11: Taux de cotisation à la CSST (2004)**

Type de tarification	Nombre d'employeurs	Poids (%)	Masse salariale assurée	Cotisations
Taux à l'unité (Primes < 5 000\$)	139 000	15	12,0 G\$	237M\$
Taux personnalisé (Primes 5 000\$ et 300 000\$)	41 000	55	39,0 G\$	874 M\$
Taux rétrospectif (Primes > 300 000\$)	1 300	30	35,0 G\$	466 M\$
<b>TOTAL</b>	<b>181 300</b>	<b>100</b>	<b>86,0 G\$</b>	<b>1 577 M\$</b>

Source : CSST

Le résultat d'une expérience récente du consultant auprès d'une clinique de physiothérapie qui justement est à développer sur une base régionale, une approche de physiothérapie proactive entreprise, permet d'avancer que les résultats de l'approche ont un impact sur le taux de cotisation.

En effet, trois clients de la clinique (entreprises manufacturières) ont vu leur taux de cotisation diminuer, dont l'un de façon substantielle. De fait, la baisse chez ces clients se situe dans une fourchette qui varie entre 23% et 78%. Ce qui n'est pas négligeable. Ces entreprises sont assujetties à un taux personnalisé. Une première évaluation du marché permet de déceler un potentiel où environ 25% des entreprises verrait leur taux de cotisation diminuer.

Observons le tableau suivant.

**TABLEAU 12: Baisse de cotisation pour les entreprises**

<b>Variables</b>	<b>Estimation</b>
Nombre d'entreprises dans la catégorie du taux personnalisé	41 000
Primes versées	874 M\$\$
Prime moyenne pour ces entreprises	21 300\$
Hypothèse du nombre d'entreprises touchées par une baisse de cotisation (25%)	10 250
Valeur monétaire de la baisse de cotisation (20%) et coût d'évitement pour les entreprises	43 665 000\$

Source : Estimation du consultant

Ainsi, un groupe d'entreprises verrait ses cotisations diminuer de l'ordre de 43,6 M\$. Notons qu'il s'agit d'une estimation très préliminaire.

Maintenant, et tel que mentionné précédemment, il importe d'estimer l'impact de l'application de MH, de la prévention et de la baisse des taux de cotisation sur la société québécoise. Les différents modèles issus de la théorie économique et utilisés pour mesurer les coûts découlant des accidents de travail font état de coûts supérieurs au coût d'évitement découlant des données présentées pour la CSST.

La prochaine section porte justement sur le modèle de mesure de ces coûts.

### **5.3 Les résultats bruts pour la SAAQ**

#### **5.3.1 Le programme de soins personnalisés de la SAAQ**

La SAAQ a adopté un continuum de soins pour les blessures aux tissus mous, développé par MH. Un projet-pilote a été mis sur pied en 2001. La SAAQ a démontré que ce modèle de continuum de soins peut-être appliqué pour la prise charge rapide de personnes victimes de lésions aux tissus mous.

#### **5.3.2 Les gains du programme MH pour la SAAQ**

Les résultats du programme qui s'est déroulé auprès d'une clientèle cible d'accidentés s'avèrent probants. Les cliniques de physiothérapies accréditées affichent des résultats positifs quant à la durée de l'incapacité et à la satisfaction de la clientèle en regard des services reçus et à la durabilité de leur retour au travail.

Les résultats du projet-pilote sont concluants. Après 18 semaines d'incapacité, seulement 23% des accidentés étaient incapables de retourner au travail. Avant l'implantation du modèle, ce pourcentage était de 51,8%. Il s'agit d'une réduction de 28,8%.

Indemnités payées aux accidentés du travail et de la route  
Estimation du coût d'évitement découlant des traitements de physiothérapie

Dans les faits, le continuum de soins requiert un investissement de l'ordre de 3,0 M\$ par année. Cette somme est considérée comme un coût marginal par la SAAQ. En effet, si l'on mettait fin au programme, il n'y aurait pas de coûts fixes à supporter. Les bénéfices quant à eux sont de **26,4 M\$**. Sur les 35 000 accidentés de la route en 2004, 12 000 ont bénéficié du programme. Le bénéfice moyen se situe à 2 200\$ par accidenté. Ce bénéfice correspond aux résultats obtenus ailleurs.

Le modèle est sans aucun doute à maturité. Il serait difficile de contrer la tendance lourde observée en regard de l'allongement de la durée d'incapacité. En effet, des facteurs psychologiques et sociaux expliquent cette tendance. Ainsi, le physiothérapeute devient un collaborateur de première ligne pour l'observation du développement de la « chronicité » chez les accidentés.

#### **5.4 La valeur des coûts d'évitements : la somme des bénéfices retirés par les agents économiques**

Pour mémoire, les données de la CSST font état d'un coût total de 1 427,1 G\$ en 2002. Une étude économique démontre que pour chaque dollar de coûts directs (CD), s'ajoute un montant de coûts indirects (CI). Cette étude fait part de coûts indirects à hauteur de 0,83\$/1,00\$. Ce qui signifie que pour 1,00\$ dépensé en coûts directs, 0,83\$ est encouru en coûts indirects.

Donc, les coûts directs sont de 1 427 G\$ et les coûts indirects sont de 1 184 G\$. Il s'agit d'un coût total de 2 611 G\$ pour la société québécoise. Voyons le tableau suivant.

**TABLEAU 13: Coûts et bénéfices pour la société québécoise (2002)**

<b>Agent économique</b>	<b>Coûts actuels (M\$)</b>	<b>Coûts d'évitement (M\$)</b>
Gouvernement	801,0	157,8
Entrepreneurs	1 210,0	215,3
Travailleurs (2,8 M de travailleurs assurés)	600,0	144,0
<b>TOTAL</b>	<b>2 611,0</b>	<b>517,0</b>

Source : Selon les estimations du consultant

Grosso modo, la mise en place des mesures proposées indique que les coûts d'évitement pour l'économie québécoise sont à hauteur de 517,0 M\$. Cette estimation est plutôt modérée compte tenu de la difficulté d'évaluer les coûts des accidents de travail pour les travailleurs. La méthodologie utilisée pour mesurer répertorier ces coûts sur l'économie du Québec est présentée en annexe. Le modèle n'a pas été appliqué tel que présenté car la démarche est longue et complexe<sup>9</sup>.

En somme, les coûts d'évitement correspondent à 19,8% du coût total des accidents au Québec en 2002.

<sup>9</sup> Modèle adapté de l'étude : Australian Government, « The Costs of Work-Related Injury and Illness for Australian Employers, Workers and the Community », National Occupational Health and Safety Commission, 2004.

## 6.0 COÛTS D'ÉVITEMENT ET RÉMUNÉRATION DES PHYSIOTHÉRAPEUTES

### 6.1 L'historique du « tarif » de physiothérapie et l'estimation de la valeur de prestation d'un traitement

Nous l'avons souligné à plusieurs reprises, le tarif des services de physiothérapie à la CSST n'a pas évolué depuis 1994. Il est toujours à 32\$. L'enquête économique réalisée en 2004 démontre que ce tarif devrait se situer à 44,00\$.

L'objet de la présente est justement de démontrer que le réajustement du tarif peut s'accomplir sans pour autant alourdir davantage une situation financière difficile pour le tiers payeur public qu'est la CSST.

### 6.2 Les coûts de modulation des services de physiothérapie

Le tarif de la physiothérapie peut se moduler de la façon suivante.

**TABLEAU 14: Hypothèses de tarif de physiothérapie à la CSST  
(TARIF ACTUEL À 32,00\$ X 2,0 M de traitements = 64,0 M\$)**

Variables	Hypothèses de modulation		
	Basse	Moyenne	Haute
Variation du tarif actuel (\$)	40,00	44,00	48,00
Variation (%)	25,0	37,5	50,0
Coûts de l'honoraire à la CSST (M\$)	16,0	24,0	32,0
<b>Coût d'évitement à la CSST (M\$)</b>		<b>171,5</b>	
Réajustement de tarif/ Coût d'évitement (%)	9,3	13,9	18,6

Source : Estimation du consultant

L'hypothèse moyenne semble optimale. Le réajustement du tarif à 44,00\$ permet aux physiothérapeutes d'accomplir un rattrapage sur le tarif initial de 32\$. Le tarif de 44\$ correspond en 2004, à la valeur au marché de la prestation d'un traitement. Le coût à la CSST est à hauteur de 24,0 M\$ et correspond à 13,9% du coût d'évitement.

Il va de soi que pour la première année, le coût d'évitement, y incluant la prévention, ne sera pas à hauteur de 141,8 M\$. Les gains se feront sentir à l'usage ce qui arrivera dans les premiers 24 mois.

Il ne faut surtout oublier ici que les cliniques de physiothérapie du Québec ont directement subventionné la CSST à hauteur de 24,0 M\$ en 2002. Ce montant provient du différentiel de tarif entre le coût réel de prestation d'un service de physiothérapie (44,00\$) et le coût effectivement payé par la CSST.

### **6.3 Les avenues de financement du réajustement des tarifs**

Nous l'avons mentionné précédemment, le financement du nouveau tarif à 44,00\$ à partir des gains du coût d'évitement. Toutefois, d'autres éléments de bénéfices au gouvernement, aux entrepreneurs et au travailleur viendront bonifier l'octroi d'un tarif supérieur.

- Le nombre d'accidents diminue. Une plus grande efficacité dans le traitement rapide des accidentés et la prévention en entreprise contribuera à une diminution de coûts récurrente jusqu'au moment où un minimum normal sera atteint.
- La mise en œuvre du programme « d'Harmonisation des programmes publics et des services de physiothérapie » contribuera à structurer l'économie de la physiothérapie au Québec. Tous les intervenants du milieu sont interpellés.
- Finalement, il faut souligner ici que les cliniques doivent procéder à un exercice d'autodiscipline. L'analyse du nombre de traitements par clinique démontre sans équivoque que celles-ci doivent mettre en place une politique à cet effet.

## 7.0 LA SITUATION DES ACCIDENTÉS DU TRAVAIL AILLEURS AU CANADA

### 7.1 *Les provinces canadiennes retenues*

Lors de discussions et échanges avec différents intervenants en regard de la situation des accidentés du travail au pays et, des indemnisations qui leur sont versées, il ressort souvent que le Québec aurait un système parmi les plus dispendieux à opérer. Les frais de santé en physiothérapie aux travailleurs accidentés seraient également beaucoup plus élevés. Afin de saisir les composantes de cette problématique par rapport aux autres organismes canadiens le consultant a retenu les provinces de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique. Le tableau qui suit présente les poids respectifs de chacune de ces provinces.

**TABLEAU 15: Caractéristiques de certaines provinces canadiennes en 2003**

Provinces	Population		Ménages		Revenu	
	Nombre (M)	Poids (%)	Nombre (M)	Poids (%)	Ménage (\$)	Indice
Québec	7 608,7	23,6	3 200,3	25,3	57 400	93
Ontario	12 513,8	38,8	4 681,2	37,1	75 000	108
Alberta	3 223,1	10,1	1 226,5	9,7	76 100	111
Colombie-Britannique	4 225,6	13,1	1 691,9	13,4	62 800	97
CANADA	32 189,2	100%	12 619,0	100%	66 200	100

Source : Canadian Markets ISSN 0832-2503

Le tableau indique que les quatre provinces auxquelles on réfère regroupent 85,6% de la population canadienne et un nombre à peu près équivalent de ménages. Voilà pour ce qui est de la démographie.

Au niveau du revenu, l'indice indique que le Québec se classe au quatrième rang provincial derrière la Colombie-Britannique. L'Alberta est de loin la province la plus riche avec un revenu moyen par ménage à hauteur de 76 100\$.

### 7.2 *L'état de la situation dans l'indemnisation des travailleurs accidentés*

Voyons maintenant les caractéristiques du marché du travail pour ces mêmes provinces. Analyser les différents programmes d'indemnisation requiert une évaluation de la population active.

Les données pertinentes sont reproduites au prochain tableau.

**TABLEAU 16: Profil de la main-d'oeuvre**

Variables	Provinces			
	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique
Population active de 15 ans et plus (M)	4 027,5	6 775,3	1 843,4	2 219,2
Taux d'activité (%)	65,9	68,5	73,6	65,5
Taux de chômage (%)	8,5	6,8	4,6	7,2
Nombre d'accidents de travail avec perte de temps (2002)	110 244	95 568	38 426	59 530
Taux d'incidence des accidents de travail avec perte de temps (nombre par 100 travailleurs)	2,7	1,4	2,0	2,6

Source : Statistiques Canada, CANSIM tableau 282-0002 et compilations du consultant.

Le tableau est fort intéressant. La population active est conséquente à la taille de la population totale. Les taux d'activité traduisent le degré d'emploi chez la population âgée de 15 ans et plus. L'Alberta possède le taux d'activité le plus élevé à 73,6%. Ce qui se traduit par un taux de chômage de 4,6%.

Finalement, c'est au Québec que l'on retrouve le taux d'incidence des accidents de travail avec perte de temps le plus élevé. En effet, il y a 2,7 accidents avec perte de temps par 100 travailleurs. Le taux le plus bas, soit de 1,4 travailleur se situe en Ontario.

Il importe maintenant de considérer les coûts de ces accidents de travail pour les organismes concernés. Observons le tableau suivant.

**TABLEAU 17: Coûts des accidents de travail dans certaines provinces**

Variables	Provinces			
	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique
Taux d'indemnisation hebdomadaire maximal (\$)	718,96	835,60	745,26	744,03
Poids du taux d'indemnisation hebdomadaire maximal sur le salaire (%)	109,52	114,0	109,22	109,26
Taux d'indemnisation hebdomadaire minimal (\$)	225,72	298,02	256,46	314,00
Coût moyen des prestations par réclamations avec perte de temps durant l'exercice courant (2002)	11 317\$	12 254\$	14 645\$	12 626\$
Frais d'administration par réclamations	2 853\$	5 735\$	3 154\$	3 558\$
Passif des prestations exprimé en multiple des paiements de prestations effectués durant l'exercice (2002)	5,60\$	6,78\$	4,45\$	8,59\$

Source : Association des commissions des accidents de travail du Canada, « Statistiques selon l'activité économique de la PNSAT révisées », 2003.

Selon les données présentées au tableau, c'est au Québec où le taux d'indemnisation est le plus bas. C'est également au Québec que le coût moyen des prestations (indemnité de remplacement du revenu) par réclamations est le plus faible soit 11 317\$. Pour l'Alberta, ce coût se situe à 14 645\$ bien que le poids du coût d'indemnisation sur le salaire soit presque identique à celui du Québec. La moyenne des frais d'administration s'avère également la plus faible au Québec à 2 853\$, alors qu'en Ontario elle est la plus élevée à 5 735\$.

Nous pourrions continuer l'analyse. Toutefois, un point majeur ressort de ce tableau. Les coûts des accidents de travail avec perte de temps sont moins élevés dans la province de Québec par rapport aux autres provinces comparées. De fait, pour l'ensemble des variables incluses aux tableaux, les résultats font état de coûts parmi les plus faibles pour la province de Québec.

Voyons maintenant quelques statistiques pour la prestation de services de physiothérapie.

### **7.3 La prestation de services de physiothérapie aux accidentés du travail**

Dans un premier temps, les démarches auprès des commissions des accidents de travail pour certaines provinces canadiennes nous a permis d'obtenir de l'information sur les tarifs payés. Le tableau ci-dessous reproduit les données.

**TABLEAU 18: Tarifs de physiothérapie octroyés par les commissions**

Caractéristiques du tarif	Provinces			
	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique
Première visite	32\$	18,50\$	60,00\$	54,00\$
Visite de suivi	32\$	18,50\$	32\$	32,50\$
Nombre de semaines et Nombre de traitements	Aucune limite	12 semaines à raison de un traitement par jour par patient	6 semaines pour un maximum de 21 traitements	6 semaines pour un maximum de 22 traitements
Rédaction de rapports	Non payé	18,00\$	20,00\$	34,00\$
Consultation téléphonique	Non payé	23,50\$	Non payé	25,00\$

Source : Association des commissions des accidents de travail du Canada

Notons une première caractéristique au tableau. Le nombre de traitements de physiothérapie n'est assujéti à aucun plafond au Québec. Pour les autres provinces canadiennes, le nombre de semaines de traitements ainsi que leur nombre varie. De plus, la tarification est construite en fonction d'une gamme de services rendus au patient. Le cas du Québec consacre le traitement.

**TABLEAU 19: Les services de santé en physiothérapie**

Variables	Provinces			
	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique
Nombre de travailleurs accidentés ayant reçu des traitements de physiothérapie	52 566		24 432	
Nombre de traitements de physiothérapie donnés aux travailleurs	1 855 607		341 881	
Nombre moyen de traitements par travailleur	35		13	
Nombre de travailleurs ayant reçu des traitements de physiothérapie / Nombre de travailleurs accidentés avec perte de temps (%)	47,6		63,5	
Valeur des traitements de physiothérapie reçue par les travailleurs accidentés	59 855 607\$	26 814 400\$	13 361 332\$	
Coût moyen du traitement	32\$		39\$	

Source : CSST Québec, CSPAAT Ontario, WCB Alberta et WCB Colombie-Britannique (Nombre de traitements de physiothérapie et valeur de ces services en 2002) Compilation du consultant.

### **7.3 Les similitudes et les dissemblances entre les provinces**

Les sections précédentes démontrent sans équivoque que la prestation de traitements de physiothérapie aux accidentés du travail ne représente pas de coûts qui seraient supérieurs la moyenne canadienne dans la province de Québec et ce, par rapport aux provinces retenues pour fins de comparaison.

## 8.0 CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### 8.1 Les grandes conclusions de l'étude économique

L'étude du coût d'évitement découlant des services de physiothérapie a permis de mettre en relief un certain nombre de faits intéressants. Les faits saillants de l'étude sont repris ci-dessous.

- La valeur des cotisations des entreprises par rapport aux revenus totaux a diminué de façon marquée entre 1994 et 2000 passant de 84,1% à 67,3%. Son poids augmente de nouveau en 2001 (+ 76,1%) et en 2002 (+ 94,7%).
- Sur la période 1994 à 2002, le nombre d'accidents de travail avec perte de temps diminue.
- Les cliniques privées de physiothérapie ont donné 1,855 M de traitements à des patients référés par la CSST en 2002. Ce qui correspond à des coûts totaux de 59,379 M\$.
- Le modèle *Millard Health* (MH) développé en Alberta comporte un continuum de soins qui permet de diminuer le nombre de traitements aux accidentés et de les retourner au travail plus rapidement.
- Le MH a permis de diminuer les coûts d'un dossier de réclamation de façon substantielle. Le coût moyen est passé de 2 959\$ à 545\$. En Australie, le bénéfice associé au coût d'une réclamation est de l'ordre de 5 282\$.
- Sur la base de l'expérience albertaine, l'application du modèle de MH au Québec permettrait de réaliser un coût d'évitement de l'ordre de 123,63 M\$. La mise en place d'une approche de physiothérapie préventive (sur le lieu de travail) pour les entreprises les plus à risque le coût d'évitement augmenterait de 47,92 M\$. Le coût d'évitement total serait alors de 171,5 M\$.
- Le réajustement du tarif de physiothérapie à sa valeur de marché soit, 44,00\$ au lieu de 32\$, correspond à une dépense supplémentaire de 24 M\$. Toutefois, cette dépense additionnelle serait largement compensée à moyen terme par un coût d'évitement de 171,5 M\$. Le poids du réajustement du tarif par rapport au coût d'évitement est de 13,5%.
- Le Québec se situe dans la moyenne canadienne au niveau des accidents de travail avec perte de temps (2,7 par 100 travailleurs).

- Parmi les quatre provinces canadiennes les plus peuplées, c'est au Québec où le coût moyen des prestations par réclamation est le plus bas. En effet, il est de 11 317\$ contre 12 254\$ en Ontario, 14 645\$ en Alberta et, 12 626\$ en Colombie-Britannique.

## **8.2 Les recommandations**

Il apparaît évident de que les résultats de l'évaluation du coût d'évitement, quoique sommaires, indiquent que la CSST aurait avantage à donner suite à l'implantation d'un continuum de soins pour tissus mous du type de MH. À cet effet, le consultant recommande ce qui suit.

### **Recommandation I :**

De mettre sur pied un projet pilote en partenariat avec la CSST.

### **Recommandation II :**

Que les tarifs soient réajustés progressivement afin d'atteindre la valeur du marché soit 44,00\$.

## **ANNEXES**

## **Annexe I :**

## **Bibliographie**

- 1 Australian Government, « The Costs of Work-Related Injury and Illness for Australian Employers, Workers and the Community », National Occupational Health and Safety Commission, 2004
- 2 CSST, Rapport annuel (2002 et 2003)
- 3 Guzman, J., Yassi, Annalee, Cooper, E., J., Kholkar, J., « Return to Work After Occupational Injury », Canadian family Physician, 2002
- 4 Hass, M., « Economic Evaluation : A Useful Research Method », Centre for Health Economics Research and Evaluation, 2000
- 5 Ministère de la santé de l'Ontario, « Modifications apportées à la prise en charge des services de physiothérapie », 2005
- 6 Occupational Health Professionals, « The Costs Effectiveness of an Occupational Physiotherapy Service : The case for In-House Provision », 2001
- 7 Pinnington, M., Miller, J., Stanley, I., « An evaluation of Prompt Access to Physiotherapy in the Management of Low Back pain in primary care », Family Practice, 2004
- 8 Société de l'assurance automobile du Québec, « Les bons soins au bon moment », 2004
- 9 Société de l'assurance automobile du Québec, « Rapport de gestion », 2003
- 10 Steenstra, I., Anema, J., Bongers, P., de Vet, H., van Mechelen, W., « Cost Effectiveness of a Multi-stage Return to Work Program for Workers on Sick Leave Due to Low Back pain, Design of a Population Based Controlled Trial », Hypoxia, 2003
- 11 CB Alberta, « Millard Health », 2005
- 12 Weil, D., « Valuing the Economic Consequences of Work Injury and Illness : A Comparison of Methods and Findings », Department of Finance and Economics, Harvard University
- 13 Work Safe Victoria, « Sprains and Strains Care Model Framework : Operationalising the Evidence », 2003

## **Annexes II :**

### **Coûts économiques des accidents de travail**

Indemnités payées aux accidentés du travail et de la route  
Estimation du coût d'évitement découlant des traitements de physiothérapie

**Coûts économiques supportés par l'employeur, le travailleur et la société**

<b>Catégories de coûts</b>	<b>Employeur</b>	<b>Travailleur</b>	<b>Société</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Perturbations des coûts de production</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Primes de temps supplémentaires</li> <li>• Paiements excédentaires</li> <li>• Coûts du roulement de personnel</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pertes de revenus, nets des compensations et de l'assistance sociale et des taxes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compensation et paiements de transferts aux travailleurs pour pertes de revenus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Valeur de la production et temps supplémentaire.</li> <li>• Roulement de personnel</li> </ul>
<b>Coûts du capital humain</b>	Nil	Nil	Nil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La valeur actuelle des gains avant l'accident moins la valeur actuelle des gains après l'accident</li> </ul>
<b>Coûts médicaux</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paiements médicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paiement des écarts</li> <li>• Paiements des tiers payeurs privés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compensation au niveau des paiements médicaux</li> <li>• Paiements des tiers payeurs publics</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts médicaux et de réhabilitation découlant de l'accident</li> </ul>
<b>Coûts administratifs</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts des services juridiques plus les amendes et pénalités</li> <li>• Coûts des enquêtes internes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts des services juridiques</li> <li>• Frais de déplacements nets des remboursements</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts des services juridiques</li> <li>• Coûts de mise en force des politiques</li> <li>• Coûts directs du système de compensation</li> <li>• Frais de déplacement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coûts des services juridiques</li> <li>• Coûts d'investigation</li> <li>• Frais de déplacement</li> </ul>
<b>Coûts de transfert</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Négligeable</li> </ul>	Nil	Coûts récurrents pour les paiements de transferts (assistance sociale, assurances)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bien être et taxes</li> </ul>
<b>Autres coûts</b>	Nil	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Souffrance</li> <li>• Coûts des « aidant »</li> <li>• Allocations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paiements compensatoires</li> <li>• Paiements récurrents</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Souffrance</li> <li>• Coûts des « aidant »</li> <li>• Coûts d'équipements et cetera</li> </ul>

Source : Modèle adapté de l'étude : Australian Government, « The Costs of Work-Related Injury and Illness for Australian Employers, Workers and the Community », National Occupational Health and Safety Commission, 2004.

## **Annexe III :**

### **Liste des personnes contactées**

Indemnités payées aux accidentés du travail et de la route  
Estimation du coût d'évitement découlant des traitements de physiothérapie

Grant Sorochan  
Health Care Evaluation  
Manager  
Brian Stephen Ph.D.,  
Health Care Evaluation  
Supervisor  
Health Care Services  
**Worker Compensation Board of Alberta**  
**MILLARD HEALTH**

Matt Wilson  
Manager Health Services  
Ting-Le Lo  
Manager-Data Analytics Team  
**CSPAAT Ontario**

Guy Breton  
Vice-président  
**Société de l'assurance automobile du Québec**  
**(SAAQ)**

Colette Mendenhall  
Directeur de la planification  
**Groupe Dale Parizeau DPLM**

**Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes**

**Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)**