

Avis concernant le régime québécois de santé et de sécurité du travail et le fonctionnement de la CSST

Présenté au

Groupe de travail sur la révision du régime
québécois de santé et de sécurité du travail



Janvier 2010

Table des matières

Préambule	3
Paradoxe : Malgré les critiques, le régime québécois coûte moins cher qu'ailleurs...	4
Une logique de services à revoir complètement	7
Une approche gagnante : Le continuum de services et l'interdisciplinarité	8
Des pratiques professionnelles évolutives	10
La physiothérapie préventive en milieu de travail	10
Devenir de véritables partenaires dans un cadre de fonctionnement renouvelé	11
À propos du cadre juridique	12
Recommandations	12
Conclusion	13

Tableau 1	
Comparaisons des régimes SST des quatre grandes provinces canadiennes	4

Tableau 2	
Coûts moyens des services médicaux et de physiothérapie pour les quatre grandes provinces canadiennes	5

Annexe	
HealthCarePapers, Vol. 8, No. 3, 2008 – <i>Unequal Access</i> , pages 1 et 3 (sommaire)	

Préambule

La Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec (FPPPQ) est heureuse de collaborer aux travaux du Groupe de travail sur la révision du régime québécois de santé et de sécurité du travail en lui transmettant cet avis concernant à la fois le régime lui-même et le fonctionnement de son administration : la CSST.

La FPPPQ regroupe plus de 250 cliniques privées offrant des services de physiothérapie et d'ergothérapie dans toutes les régions du Québec. Les services donnés aux prestataires de la CSST au chapitre de l'indemnisation comptent pour un peu moins de 40 % de la clientèle des cliniques, en excluant les services de réadaptation.

À l'instar des autres services de santé, mais à l'exception des services médicaux, les services de physiothérapie et d'ergothérapie sont régis par le Règlement sur l'assistance médicale qui encadre la fourniture de services et fixe les tarifs versés par la Commission. Ce règlement a été promulgué en 1993 et a gelé le tarif des services jusqu'au 22 novembre 2007, date à laquelle des modifications administratives, notamment l'introduction de l'avis motivé du médecin traitant après huit semaines ou 30 traitements, et une première hausse de tarif (3\$) en 14 ans sont entrées en vigueur. Ces modifications ont été imposées par la Commission à l'issue de difficiles négociations avec les représentants des associations de physiothérapeutes et d'ergothérapeutes. Une seconde hausse (1\$) est intervenue en avril 2009, portant finalement le tarif à 36 \$ par traitement.

Entre 2003 et 2007, la FPPPQ a produit plusieurs études et avis sur le régime de santé et de sécurité du travail. Par exemple, l'une de ces études, portant sur les coûts d'évitement des indemnités versées aux travailleurs accidentés¹, illustre que la CSST pourrait épargner jusqu'à 160 M \$ par an en améliorant la prise en charge des victimes d'accidents (implantation d'un continuum de services), et ce, sans même toucher aux fondements du régime actuel.

Au cours des années, la physiothérapie et l'ergothérapie ont été en butte à maintes critiques prétendant que les services rendus par les cliniques coûtent trop chers, plus que partout ailleurs au Canada, et ce, malgré le fait que pendant plus de 14 ans, les tarifs aient été gelés. Pourtant, la FPPPQ a livré plusieurs analyses à la Commission démontrant que les tarifs québécois étaient et sont encore les plus bas au Canada pour des services de physiothérapie et d'ergothérapie et que ces affirmations ne tenaient aucunement compte des différences marquées entre les systèmes des provinces, en particulier en ce qui a trait à la prise en charge des travailleurs.

Heureusement, les remous suscités par tout cela semblent avoir soulevé un questionnement au sein du conseil d'administration de la CSST puisqu'il commandait au début de 2008 une étude sur cette problématique à monsieur Marcel Gilbert, chercheur au *Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation* de l'École nationale d'administration publique. Globalement, le rapport de l'ÉNAP a confirmé que le problème réside essentiellement dans la faiblesse des mécanismes de contrôle du régime de santé et de sécurité du travail du Québec.

¹ Estimation des coûts d'évitement d'indemnités aux travailleurs/citoyens victimes d'accidents et qui découlent de la prise en charge de traitement de physiothérapie, Pierre Boucher, économiste, avril 2005.

Paradoxe : Malgré les critiques, le régime québécois coûte moins cher qu'ailleurs...

Depuis plusieurs années, les coûts de physiothérapie ont été ciblés comme étant la source ou l'une des sources du problème de contrôle des coûts d'indemnisation. Or, nous avons pu démontrer qu'il n'en était rien et qu'il fallait plutôt chercher du côté de l'admissibilité des réclamations et de l'universalité du régime. Mais encore là, le régime québécois performe plutôt bien, comme le démontre le tableau 1, ci-dessous.

Tableau 1

Comparaisons des régimes SST des quatre grandes provinces canadiennes

VARIABLES	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique
Nombre de réclamations rapportées	141 792	356 851	181 159	173 014
Nombre total de nouvelles réclamations avec pertes de temps	93 886	83 179	37 577	63 042
Paiements de prestations de soins médicaux et de réhabilitation (excluant les frais d'administration)	371 161 000\$	682 658 000\$	251 739 000\$	257 490 000\$
Frais d'administration pour les employeurs qui cotisent	275 439 000\$	467 447 000\$	121 294 000\$	234 144 000\$
Durée d'une réclamation (jours)	87	N D	48	58
Poids des prestations admises en indemnité	13.51%	11.04%	7.36%	6.51%
Fréquence des lésions par 100 travailleurs assurés	2.69	1.61	2.24	3.12
Pourcentage de la main d'œuvre assurée	93.3%	73.1%	89%	93.1%
Population active (n)	4 151 015	7 069 712	1 932 608	2 374 067
Main d'œuvre assurée (n)	3 872 897	5 167 959	1 720 021	2 210 256
Coûts des prestations pour les employeurs qui cotisent	1 401 659 000\$	1 379 103 000\$	642 348 000\$	776 890 000\$
Valeur « per capita » des cotisations par travailleur assuré	361,91\$	266,86\$	373,45\$	351,49\$
Moyenne des cotisations par rapport aux réclamations avec pertes	14 929\$	16 580\$	17 094\$	12 323\$
Valeur « per capita » des frais d'administration des employeurs qui cotisent par rapport à la main d'œuvre assurée	71,12\$	90,45\$	70,52\$	105,94\$
Réclamations avec perte de temps acceptées par rapport aux réclamations rapportés	66,21%	23,31%	20,74%	36,44%
Nouvelles réclamations avec pertes de temps par rapport à la population active qui est assurée	2,42%	1,61%	2,18%	2,85%
Valeur « per capita » des prestations par rapport à la main d'œuvre qui est assurée	95,84\$	132,09\$	146,36\$	116,50\$

Source : Association des commissions des accidents de travail du Canada, janvier 2007.

Ce tableau comparant les quatre grandes provinces canadiennes illustre que :

1. la proportion de la main-d'œuvre assujettie au régime de santé et de sécurité du travail au Québec est supérieure à celui des autres provinces canadiennes;
2. le nombre de réclamations (avec perte de temps) acceptées par la CSST dépasse – et de loin – le niveau des autres provinces, notamment trois plus qu'en Ontario et en Alberta et presque deux fois plus que la Colombie-Britannique;
3. malgré tout, le Québec réussit à conserver des coûts relativement bas par rapport aux autres provinces;
4. c'est le nombre de réclamations acceptées qui est la véritable cause des coûts.

Le travail accompli par les professionnels de la santé en physiothérapie et en ergothérapie, tant sur le plan de la prestation des traitements que sur le plan des recommandations de travail allégé et l'accompagnement de certains travailleurs, contribue de manière importante au retour au travail ou au maintien au travail. Ces impacts ne sont malheureusement pas pris en considération, ou pas assez.

Par ailleurs, plusieurs provinces imposent un plafond pour les traitements de physiothérapie de base, par exemple, il est de 25 en Ontario, tout en offrant des plans forfaitaires pour la prise en charge de divers types de blessures. Les tarifs versés s'ajustent en conséquence. Toutefois, plusieurs questions demeurent sans réponses : Qu'arrive-t-il aux travailleurs des autres provinces lorsque leur plafond est atteint? Qui les prend en charge? Qui paie ? L'employeur? Le travailleur ? Le système de santé public ? Un assureur privé ?

Comme le soulignait l'ÉNAP dans son rapport en 2008, il est très difficile de comparer les différents régimes de santé et de sécurité du travail, mais il est possible d'y arriver. Il en va tout autrement lorsqu'il s'agit de comparer les modes et les coûts de prise en charge des accidentés du travail. Mais il est certain que toute forme de réaménagement tant dans la nature et que dans le degré de couverture des services offerts générera des conséquences ailleurs, soit dans le système de santé, soit chez les assureurs privés ou chez les employeurs, soit sur les coûts de réadaptation ou les coûts d'IRR, selon les solutions retenues.

Selon des données de 2005 publiées par l'Association des commissions des accidents de travail du Canada, parmi les principales provinces, c'est au Québec que le coût moyen des soins médicaux et de physiothérapie est le plus bas :

Tableau 2

Coûts moyens des soins médicaux et de physiothérapie

	Alberta	Colombie	Ontario	Québec
Coûts globaux des soins médicaux et de physiothérapie (M\$ en 2005)	266 806 000 \$	263 881 000 \$	433 885 000 \$	317 558 000 \$
Coûts moyens des soins MD + Pht (\$)	7 524,14 \$	4 521,99 \$	5 872,52 \$	3 288,51 \$

Source : Association des commissions des accidents de travail du Canada, janvier 2007.

Enfin, en ce qui a trait à l'augmentation des coûts, rappelons que le rapport de l'ÉNAP (tableau 1) indique que la croissance des coûts la plus forte entre 2001 et 2006 dans les déboursés pour l'assistance médicale origine des « médicaments et autres produits pharmaceutiques », et ce, à hauteur de 14,45%. Le même tableau rapporte que le taux de croissance moyen de l'ensemble des déboursés de l'assistance médicale, pour la même période, est de 5,01%.

Au Québec, c'est la CSST qui fixe les tarifs remboursés aux professionnels, alors que, dans les autres provinces, c'est par voie d'entente que ces tarifs sont déterminés. L'analyse comparative des données interprovinciales sur les tarifs en physiothérapie et ergothérapie faite par l'ÉNAP en 2008 illustre clairement que les professionnels québécois sont nettement sous-rémunérés par rapport à leurs collègues du reste du Canada, et ce, d'autant plus que ces derniers traitent aussi plus de clients sur une base horaire et qu'ils touchent également une rémunération pour la production de rapports professionnels et administratifs afférents.

Comme nous l'avons souligné dans le passé, cet écart entre les tarifs de la CSST et les tarifs privés des cliniques a entraîné progressivement celles-ci à restreindre les plages horaires pour les personnes accidentées du travail, à réduire la durée des traitements en fonction de leur valeur relative et même à abandonner ces services pour plusieurs d'entre elles. Par surcroît, les études économiques récentes réalisées pour la FPPPQ démontrent que le coût moyen de prestation d'un traitement de physiothérapie au Québec dépasse maintenant 48 \$ / traitement, conséquence des hausses salariales et des frais fixes des cliniques.

Au sujet des coûts des services médicaux et de physiothérapie et des coûts de fonctionnement des régimes de santé et de sécurité du travail, une importante étude réalisée dans quatre provinces canadiennes et intitulée « Unequal Acces » démystifie de façon irréfutable les questionnements en regard des coûts de la physiothérapie chez les accidentés du travail au Québec.

Confirmant la conclusion du rapport de l'ÉNAP, cette étude démontre que les provinces de l'Ontario, de la Saskatchewan, de l'Alberta et de la Colombie Britannique disposent de modèles de traitement des accidentés forts différents du modèle de la CSST au Québec. En effet, dans ces provinces, les gouvernements ont mis en place le modèle du « WCB – Expedited Care for Injured Workers ».

Si, à priori, ce modèle fait état de coûts plus bas qu'au Québec, dans les faits, l'organisation et la prise en charge des soins s'avèrent fort différentes et, en bout de piste, génèrent des coûts sensiblement apparentés, voire supérieurs, à ceux du Québec. Comme le rapporte les auteurs de l'étude, ce modèle de prise en charge favorise une clientèle en particulier – les accidentés du travail – au détriment du reste de la population. *Les coûts de « traitement expéditif » sont assumés par différents organismes autres que la WCB*, ce qui explique aussi la différence de coût avec le Québec.

Cette approche contrevient à l'esprit et à l'application de la Loi canadienne sur la santé. Dans les faits, ces pratiques pourraient être illégales.

Une logique de services à revoir complètement

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles offre à tous les travailleurs québécois une protection sans égard à la faute. En vertu de son article 1, la Loi a pour objet, dans un premier temps, « la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les bénéficiaires » et, dans un deuxième temps, le « retour au travail du travailleur victime d'une lésion professionnelle ».

Une victime d'accident du travail est avant tout un patient qu'il faut traiter selon son état de santé et dans les règles de l'art. Il est évident que tout thérapeute doit viser le recouvrement de la santé et le retour de son patient à ses activités habituelles. C'est la règle suivie par les physiothérapeutes et les ergothérapeutes, qu'ils soient en pratique privée ou publique.

En novembre 2007, le nouveau règlement sur l'assistance médicale est venu tenter de baliser la prestation de services en physiothérapie et en ergothérapie en imposant l'obtention d'un avis motivé du médecin traitant après huit semaines ou 30 traitements pour autoriser la poursuite des traitements à l'accidenté du travail, et ce, sous le prétexte d'un objectif de prévention de la chronicité. Nous nous sommes opposés à cette mesure qui vise les mauvaises cibles et recourt à de mauvais moyens. D'ailleurs, au printemps 2008, l'analyse faite par la CSST de près de 8 000 avis motivés a démontré, comme nous l'avions prévu, que 97 % de ces avis recommandaient la poursuite des traitements. Dans ce cas, comment donc est-il possible de prévenir la chronicisation puisque, à toutes fins utiles, une fois l'avis motivé reçu, les moyens de contrôle n'existent plus.

Lorsque les négociateurs de la CSST nous ont présenté pour la première fois ce projet d'avis motivé, à la fin de 2006, nous avons formulé d'importantes réserves, notamment parce que le risque de chronicisation ne concernait que moins de 20 % des personnes traitées et que la cible véritable, selon les données de la CSST, tournait autour de 3 % à 4 % des patients aboutissant dans le cycle de l'IRR à long terme. Nous étions convaincus et nous le sommes toujours que le dépistage précoce par les intervenants, durant le processus de traitement, des facteurs de risques de chronicité était un moyen privilégié pour éviter la chronicisation. Nous avons alors proposé à la CSST d'implanter le continuum de services et de reconnaître et appuyer le travail des physiothérapeutes et des ergothérapeutes dans la détection et la prévention des risques de chronicité, notamment sur le plan des facteurs psychosociaux, en lien avec les médecins traitants. Malheureusement, la Commission a plutôt choisi la voie réglementaire.

La FPPPQ considère toujours que ce règlement ne contribue aucunement à prévenir de la chronicité et qu'il édicte des procédures qui empiètent sur les pratiques professionnelles, voire la déontologie. Le nouveau règlement ne permet pas réellement de considérer de nouveaux choix pour améliorer les soins aux patients et qu'il est même susceptible de complexifier et de judiciaire davantage les processus d'aide aux accidentés du travail. En outre, comme nous l'écrivions il y a près de deux ans en commentant le rapport de l'ÉNAP, nous nous interrogeons sérieusement sur le fait que l'avis motivé du médecin traitant ne s'applique pas au réseau public et qu'il ne vise que les services privées. Pourquoi encourage-t-on deux modes différents de prise en charge et de suivi des patients pour des blessures similaires?

Une approche gagnante : le continuum de services et l'interdisciplinarité

Mais la situation pourrait être différente.

Lors de plusieurs échanges que nous avons eus depuis 2004 avec des représentants de la CSST, à tous les niveaux, ainsi que lors des négociations qui ont eu lieu en 2006 et 2007, la Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec a fait valoir que le régime actuel et le règlement sur l'assistance médicale, adoptés en 1992-1993, repose sur des prémisses et des concepts de services remontant aux années 1980 et qu'il était urgent d'en faire la révision.

En effet, depuis cette époque, la structure industrielle du Québec a changé considérablement, de même que la nature des activités dans les différents secteurs et le profil des travailleurs. Par exemple, nous faisons face maintenant à une main-d'œuvre plus âgée, comportant de plus en plus femmes. Les blessures que nous soignons sont différentes (les maux de dos, par exemple) et les contextes dans lesquels nous sommes appelés à donner des soins deviennent plus complexes, délicats. Par exemple, les problématiques de santé mentale s'accroissent, la clientèle est plus exigeante, mieux renseignée et demande à être partie prenante des soins qu'elle reçoit.

En parallèle, dans tous les domaines de la santé, et en physiothérapie comme en ergothérapie, les pratiques professionnelles ont évolué de manière considérable :

1. sous la pression des changements technologiques, des résultats d'études de plus en plus nombreuses et des données probantes, les règles de pratique, les orientations cliniques et les pratiques elles-mêmes se sont transformées et continuent de le faire ;
2. les modes de prise en charge des patients ont changé et s'orientent de plus en plus vers la responsabilisation du patient (autonomisation) à l'égard des soins et des services qu'il reçoit ;
3. la continuité des services en fonction des besoins du patient est devenu un critère et un gage de qualité indispensable, faisant appel à la multidisciplinarité et, de plus en plus, à l'interdisciplinarité ;
4. l'adoption de la Loi 90 modifiant le Code des professions du Québec ouvre la voie à la redéfinition des responsabilités professionnelles dans plusieurs disciplines, dont la médecine, la physiothérapie et l'ergothérapie, pour mieux assurer la continuité des soins.

Il serait illusoire de limiter au seul cadre juridique circonscrit par la LATMP l'examen du fonctionnement du régime québécois de santé et de sécurité du travail et la prestation des services de professionnels de la santé, y compris celle des médecins. Au contraire, il faut prendre en considération ce qui se passe en périphérie et dans les autres systèmes, en particulier en santé, afin d'implanter les solutions qui font leur preuve. Malheureusement, pendant trop longtemps, cela ne s'est pas fait, entraînant des écarts importants dans les façons de prendre en charge les patients pour un même type de blessure selon le régime ou le tiers payeur. Parmi les effets pervers que cela a généré, notons le désintéressement marqué et croissant de bon nombre de cliniciens et d'intervenants à l'égard du cadre de travail de la CSST.

Depuis le milieu des années 2000, la FPPPQ s'est employée à analyser l'offre de services des cliniques de façon à proposer un nouveau modèle de prise en charge, mieux adapté aux besoins de l'ensemble des clientèles et fondé sur la continuité des services et l'interdisciplinarité (lorsque nécessaire). Diverses expériences faites ailleurs au Canada, notamment en Alberta et au Québec², et à l'étranger (Nouvelle-Zélande, Australie) nous ont incité à entreprendre cette démarche et ont guidé nos réflexions.

Dès 2004, lors d'échanges avec la vice-présidence de la CSST, nous avons proposé d'implanter graduellement, en concertation avec la CSST, un continuum de services aux travailleurs accidentés. Notre proposition comportait trois phases ainsi que des projets pilotes régionaux et sous-régionaux pour consolider chaque étape. Nous avons réitéré cette proposition au cours des années subséquentes, en suggérant la mise en place d'un comité d'implantation impliquant aussi les parties patronales et syndicales, de façon à les rassurer sur le processus. Hélas, cette proposition est restée lettre morte.

Parallèlement, au cours des dernières années, dans le cadre de travaux avec la Société de l'assurance automobile du Québec, nous en sommes arrivés à la mise au point d'un continuum de services en physiothérapie et en ergothérapie³ et à la conception d'un programme de services interdisciplinaires de réadaptation⁴, auxquels ont collaboré plusieurs experts, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec et des représentants de nos partenaires ergothérapeutes et psychologues. Ces modèles s'appuient sur une solide littérature scientifique ainsi que sur des données probantes. Voici ce que nous proposons :

- la prise en charge des personnes accidentées (avec lésions musculosquelettiques) par les cliniques de physiothérapie de 1^{ère} ligne, dont les professionnels sont formés et aptes à détecter rapidement les facteurs de risques psychosociaux susceptibles de provoquer la chronicité ;
- la consolidation du réseau actuel de cliniques interdisciplinaires de réadaptation (anciens centres d'évaluation et de réadaptation) – C.I.R., offrant des services interdisciplinaires exclusivement en 2^e ligne, et dont la mission est d'évaluer et traiter les personnes à risques de chronicité par le biais de programmes interdisciplinaires éprouvés, notamment en physiothérapie, ergothérapie et psychothérapie ;
- l'implantation à travers le Québec d'un réseau de cliniques reconnues qui, tout en œuvrant en 1^{ère} ligne, peuvent également offrir des services en équipe interdisciplinaire.

C'est le continuum de services. Lorsque la 1^{ère} ligne arrive au bout de ses ressources ou qu'on y détecte un niveau de risques qu'elle ne peut pas traiter, le patient doit être référé à une équipe interdisciplinaire qui, elle, pourra aller plus loin et offrir des services interdisciplinaires adaptés, prévenant la chronicisation.

Une version adaptée de ces modèles de prise en charge a été réalisée pour les clientèles du système de santé et de services sociaux recevant des services dans les cliniques privées.

² Modèle *Millard Health*, en Alberta, et *Programme de soins personnalisés*, SAAQ.

³ L'offre de services en physiothérapie et en ergothérapie : le continuum idéal des services à la personne accidentée – Les modèles de services de réadaptation offerts en clinique privée, FPPPQ-AQEPP-APQ, octobre 2008.

⁴ Programme intégré de services interdisciplinaires en réadaptation : le continuum idéal des services à la personne accidentée, FPPPQ-AQEPP-APQ, janvier 2009.

Prochainement, la FPPPQ implantera une formule d'accréditation des cliniques et des équipes interdisciplinaires de manière à garantir la qualité des services.

Nous sommes persuadés que la CSST pourrait bénéficier grandement des travaux qui ont été réalisés pour mettre au point une continuité de services en physiothérapie et en ergothérapie.

Des pratiques professionnelles évolutives

Comme nous l'avons souligné précédemment, les changements introduits par la Loi 90 sur les responsabilités professionnelles exercent une pression grandissante sur nos façons de faire. Plusieurs lois ont été modifiées en conséquence et les règlements de plusieurs ordres professionnels ont été révisés ou sont en révision. Comme le disait le docteur Yves Lamontagne, président du Collège des médecins du Québec, « le principe derrière cette Loi est de nous permettre d'entrer dans le XXI^e siècle. La médecine, ainsi que l'ensemble des soins que l'on offre aux malades, ont considérablement évolué depuis 30 ans. La loi vient reconnaître cette réalité ».⁵

Au mois de mai 2009, l'Ontario déposait le Projet de loi 179 visant à accroître les responsabilités professionnelles dans plusieurs disciplines, dont la physiothérapie : prescription d'examen diagnostique (rayon X), soins sous le derme, évaluation et diagnostic clinique, administration de substances par voie d'inhalation, etc. Récemment, l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec a créé un comité spécial sur la « pratique avancée » qui analysera les actes professionnels dans la perspective d'ouvrir vers de nouvelles responsabilités pour les physiothérapeutes.

Dans cette optique, la CSST gagnerait à laisser plus d'ouverture à la pénétration des influences externes et à se donner plus de souplesse pour adapter son cadre juridique et administratif à l'évolution des pratiques professionnelles et des modes de prise en charge des patients, donc des travailleurs victimes de lésions. Les associations professionnelles seraient certainement très heureuses d'y contribuer.

La physiothérapie préventive en milieu de travail

Au fil des années, à la demande d'entreprises, des cliniques de physiothérapie ont développé des approches préventives en milieu de travail : examen des sites et des postes de travail, analyse des efforts demandés, rencontres avec les travailleurs, suggestion de programmes de prévention adaptés pour prévenir des lésions ou des problèmes de santé spécifiques, conseils personnalisés, etc.

Nous avons tenté de documenter ces initiatives, mais elles demeurent encore ponctuelles. Toutefois, les résultats d'une initiative menée par une clinique dans la région de la Beauce ont attiré notre attention et pourrait servir de base à la mise au point d'un programme de

⁵ Le Devoir, 12 octobre 2002.

physiothérapie préventive. En effet, trois clients importants de cette clinique, des entreprises manufacturières, ont vu leur taux de cotisation diminuer, dont l'un de façon substantielle, à l'issue de l'implantation d'un tel programme. De fait, la baisse de cotisation observée chez ces clients se situe dans une fourchette variant de 23 % à 78 %, ce qui n'est certes pas négligeable. Ces entreprises étaient assujetties à un taux de cotisation personnalisé.

Nous pensons qu'une approche de physiothérapie préventive en milieu de travail pourrait être déployée à plus grande échelle, sur une base régionale. Outre qu'elle pourrait générer des économies substantielles aux employeurs, nous sommes certains qu'elle serait également profitable aux travailleurs en offrant des moyens simples mais efficaces d'éviter des situations à risques et de réduire les blessures qui en découlent.

Sur la base de l'initiative réalisée en Beauce, une première évaluation du marché s'appuyant sur les taux de cotisation de la CSST permet de déceler un potentiel d'environ 25% des entreprises qui pourraient voir leur taux de cotisation diminuer. L'étude de l'économiste Pierre Boucher sur les coûts d'évitement⁶ évalue que, globalement, les économies pourraient aller jusqu'à 40 M \$, annuellement, selon le niveau de cotisation des employeurs.

La CSST devrait appuyer de telles initiatives et, de concert avec les cliniques, mettre en place des projets de physiothérapie préventive, à caractère mesurable, selon les différentes classes d'employeurs et les caractéristiques régionales.

Devenir de véritables partenaires dans un cadre de fonctionnement renouvelé

Pour des raisons que nous ignorons, mais qui peuvent être attribuables en partie au modèle de gestion et de la structure de gouvernance de la Commission, il a toujours été extrêmement difficile d'établir des relations de collaboration et d'ouverture avec la CSST. La notion de partenariat n'existe que sur papier et ne se vérifie pas au-delà. Les possibilités d'échange entre les fonctionnaires de la Commission et les fournisseurs de services de santé sont très rares et fortement limitées par un juridisme étroit et un paravent de règles administratives rigides. Il devient alors quasi impossible d'établir une réciprocité d'échanges. Les suggestions constructives ou les idées nouvelles qui pourraient améliorer des situations problématiques suscitent souvent la méfiance et trouvent peu ou pas d'échos.

En fait, les « partenaires » que nous sommes sensés être ont plutôt l'impression d'être des adversaires qu'il faut contrer par tous les moyens même si cela est parfaitement contre-productif. Une forme de culture relativement opaque s'est développée progressivement isolant la permanence de la CSST des partenaires qui, finalement, ne sont plus que des exécutants que l'on écoute difficilement. Vu de l'extérieur, le régime québécois de santé et de sécurité du travail évolue comme un système étroitement fermé et peu ouvert aux changements. Nous pensons que cette situation mène à un cul-de-sac.

⁶ Estimation des coûts d'évitement d'indemnités aux travailleurs/citoyens victimes d'accidents et qui découlent de la prise en charge de traitement de physiothérapie, Pierre Boucher, économiste, avril 2005.

À propos du cadre juridique

Notre système de santé et de sécurité du travail est géré par une gouvernance paritaire impliquant de manière égale les employeurs et les travailleurs (les parties). Le système est financé essentiellement par les cotisations prélevées chez les employeurs.

Le cadre juridique du régime est issu des négociations entre les parties et est enchâssé dans la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP), dont découle une réglementation complexe, notamment le Règlement sur l'assistance médicale qui encadre la prestation des services de santé aux travailleurs accidentés. Nous avons expérimenté depuis plusieurs années les méandres de cette réglementation, ainsi que la complexité très grande et la bureaucratie qui l'entourent. Tout changement, même mineur, le cheminement de projets et l'adoption de changements, même mineurs. En fait, la réglementation actuelle constitue davantage un rempart, un retranchement contre le changement plutôt qu'un moyen de le gérer.

Comme nous ne sommes pas des experts pour analyser la structure ou le fonctionnement du régime administré par la CSST, nous laisserons cela à d'autres. Toutefois, lors des dernières négociations avec les représentants de la Commission, de même que dans le cadre de l'implantation et de l'application des changements au Règlement sur l'assistance médicale, nous avons observé la lourdeur des processus administratifs et décisionnels. Le Groupe de travail SST pourrait proposer d'en alléger le fonctionnement de manière à favoriser un peu plus d'initiative et une véritable gestion du changement.

En ce qui concerne les dispositions réglementaires auxquelles sont assujettis les services de physiothérapie et d'ergothérapie, la FPPPQ est d'avis que la réglementation devrait être revue en concertation avec les ordres professionnels afin d'éviter les conflits déontologique et l'ingérence dans les pratiques professionnelles. Il faudrait y inclure une formule souple pour ajuster périodiquement les modes administratifs et les modes cliniques.

De plus, nous demandons que la détermination des tarifs et honoraires soit entièrement exclue de la réglementation afin de permettre une négociation normale entre la Commission et ses fournisseurs de services. Au terme de 14 années de gel de tarifs, nous avons pu constater combien il était difficile de modifier ne serait-ce qu'un iota dans ce Règlement. La FPPPQ est d'avis que la CSST et ses fournisseurs sont tout à fait aptes à négocier des ententes.

Recommandations

- L'implantation d'un continuum de services intégrés de physiothérapie et d'ergothérapie, reconnaissant le rôle des professionnels et l'interdisciplinarité en fonction des besoins en réadaptation des travailleurs.
- La libre négociation des ententes de services professionnels de santé entre la CSST et ses fournisseurs (honoraires, tarification des frais administratifs connexes), notamment en excluant les clauses à incidence monétaire de la Réglementation sur l'assistance médicale.
- L'introduction de mécanismes statutaires de concertation entre la CSST et ses partenaires en vue de favoriser un ajustement graduel et plus harmonieux du cadre administratif et

juridique entourant les services de santé offerts aux travailleurs.

- La création d'un forum biennal réunissant des représentants des parties patronales et syndicales, des groupes d'accidentés du travail, des fournisseurs de services et des fonctionnaires de la CSST dans le but de faire le point périodiquement sur la situation du régime et de convenir des changements de cap à effectuer.
- L'implantation du concept de la physiothérapie préventive par le biais de projets pilotes régionaux ou sous-régionaux.
- Le développement au sein de la CSST d'une nouvelle culture organisationnelle plus souple et plus ouverte sur le monde extérieur, axée sur la réingénierie des processus.

Conclusion

La physiothérapie et l'ergothérapie ne doivent pas être considérées uniquement comme des centres de coûts, mais bien pour ce qu'elles sont réellement : un investissement rentable dans la santé des travailleurs ainsi que dans l'économie du Québec. Elles font partie de la solution, non pas du problème. Nous proposons une approche gagnant – gagnant.

FPPPQ
2010-01-28

Annexe

