

**MARS 2020**

*Rapport de recherche*

# **La judiciarisation du régime d'indemnisation des lésions professionnelles au Québec**

**Mathieu Charbonneau**, *chercheur-associé*

**Guillaume Hébert**, *chercheur*

## REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier certaines des personnes sans qui la réalisation de cette étude aurait été impossible. Les commentaires de Katherine Lippel, de l'équipe de chercheurs et de chercheuses de l'IRIS de même que les corrections de Martin Dufresne et de Monique Moisan ont rehaussé la qualité de ce document. Les auteurs demeurent néanmoins les seuls responsables de son contenu et des erreurs qui pourraient encore s'y trouver.

---

## IMPRESSION

Katasoho imprimerie & design  
5000, rue d'Iberville, bur. 202, Montréal (QC) H2H 2S6  
514.961.5238 / info@katasoho.com

## FAITS SAILLANTS

- En 1931, le gouvernement québécois a mis en place la responsabilité collective des employeurs dans le financement du régime d'indemnisation des lésions professionnelles. Mais l'avènement des politiques néolibérales dans le dernier quart du XX<sup>e</sup> siècle s'est traduit par une décollectivisation progressive des risques dans ce domaine.
- L'une des facettes de cette décollectivisation concerne le mode de tarification des employeurs. Au Québec, à partir des années 1990, d'une tarification par secteur économique, le régime a fait de plus en plus de place à une tarification par incidence, c'est-à-dire qui individualise en fonction des antécédents de lésions les cotisations que les employeurs doivent verser.
- La personnalisation du financement mène les employeurs à contester plus fréquemment les réclamations des travailleuses et travailleurs ainsi que les décisions de l'organisme public d'indemnisation, la CNESST. Ces contestations juridiques et médicales entraînent une plus grande judiciarisation du régime.
- Le système d'évaluation médicale du régime québécois favorise la multiplication de la production d'expertises médicales à la demande des employeurs.
- Les comparaisons interprovinciales montrent que le régime québécois est considérablement plus marqué par la judiciarisation. De fait, le Québec suit une trajectoire inverse à celles de la Colombie-Britannique et de l'Ontario où l'on observe une diminution de la judiciarisation.
- Pour limiter les ressources investies dans la judiciarisation du système et pour consacrer les ressources disponibles à des politiques visant la réparation et la prévention à la source des dangers d'accident du travail et de maladie professionnelle, le gouvernement québécois devrait réduire le recours à la tarification par incidence et réduire le nombre et la portée des instances qui démultiplient les contestations juridico-médicales.



# Table des matières

<b>FAITS SAILLANTS</b>	<b>03</b>
<b>LISTE DES GRAPHIQUES</b>	<b>07</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b>	<b>09</b>
<b>SIGLES ET ACRONYMES</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUCTION</b>	<b>13</b>
<b>CHAPITRE 1 – HISTOIRE DU RÉGIME QUÉBÉCOIS D’INDEMNISATION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES : ÉVOLUTION LÉGISLATIVE, FINANCEMENT ET CONTESTATION</b>	<b>15</b>
1.1 De 1909 à 1931 : Indemnité forfaitaire, assurance privée et confrontation juridique	15
1.2 De 1931 à 1977 : Mutualisation publique obligatoire	16
1.3 De 1977 à 1985 : Transformations législatives, ouverture à la personnalisation du financement, contestation de l’avis de cotisation et médicalisation du système de contestation	17
1.4 De 1985 à nos jours : Néolibéralisme, démutualisation du financement et renforcement du système de contestation	20
<b>CHAPITRE 2 – LES MODES DE TARIFICATION DES COTISATIONS</b>	<b>25</b>
2.1 Financement et opérations de la CNESST : cotisation, FSST et capitalisation	25
2.2 Les modes de tarification des cotisations	26
2.3 Le principe d’imputation des coûts	30
<b>CHAPITRE 3 – LA JUDICIARISATION DU RÉGIME QUÉBÉCOIS D’INDEMNISATION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES : ANALYSE STATISTIQUE</b>	<b>35</b>
3.1 Évolution du système de contestation : évaluation médicale, révisions et appels	35
3.2 Comparaisons interprovinciales de l’évolution des contestations des décisions : Québec, Ontario et Colombie-Britannique	43
<b>CONCLUSION</b>	<b>49</b>
<b>RECOMMANDATIONS</b>	<b>53</b>
<b>NOTES DE FIN</b>	<b>55</b>



## Liste des graphiques

<b>GRAPHIQUE 1</b>	Répartition du taux moyen de cotisation par tranche de 100 \$ de masse salariale assurable, 2020	25
<b>GRAPHIQUE 2</b>	Répartition des produits du FSST, 2018	25
<b>GRAPHIQUE 3</b>	Résultat global, niveau de capitalisation effectif aux fins de la tarification (%), 2003-2018, CNESST	26
<b>GRAPHIQUE 4</b>	Répartition des cotisations selon le mode de tarification, 2000-2018, CSST/CNESST (en M\$)	28
<b>GRAPHIQUE 5</b>	Répartition des cotisations selon le mode de tarification, 2000 à 2018, CNESST.	29
<b>GRAPHIQUE 6</b>	Répartition des mutuelles de prévention selon le nombre d'employeurs membres, CSST/CNESST, 2000-2018	30
<b>GRAPHIQUE 7</b>	Demandes d'évaluation médicale au SAM (1986 à 1992) et au BEM (1992 à 2018), 1986-1987 à 2017-2018	35
<b>GRAPHIQUE 8</b>	Demandes d'évaluation médicale au BEM, en % du nombre de travailleurs couverts par la CSST/CNESST, 1994 à 2017	36
<b>GRAPHIQUE 9</b>	Demandes de révision administrative par les employeurs et par les travailleurs (BRP/DRA), en % du nombre de travailleurs couverts par la CSST/CNESST, 1998 à 2018	37
<b>GRAPHIQUE 10</b>	Évolution du nombre total de demandes de révision administrative par les employeurs et par les travailleurs (BRP/DRA) et du nombre de travailleurs couverts par la CSST/CNESST, 1998 à 2018 (base 100 = 1988)	37
<b>GRAPHIQUE 11</b>	Demandes de révision en réparation (BRP/DRA) en % du nombre de travailleurs couverts par la CSST/CNESST, 1988 à 2018	37
<b>GRAPHIQUE 12</b>	Proportions des demandes de révision en réparation faites par les travailleurs et les employeurs, 1986 à 2018, BRP/DRA, CSST/CNESST	38
<b>GRAPHIQUE 13</b>	Demandes de révision en financement (BRP/DRA) et nombre de travailleurs couverts par la CSST/CNESST, 1998 à 2018 (base 100 = 1988)	38
<b>GRAPHIQUE 14</b>	Demandes de révision inscrites par les employeurs en fonction du mode de tarification (DRA), par cent millions de dollars de masse salariale assurée à la CSST/CNESST, 2000 à 2018	39
<b>GRAPHIQUE 15</b>	Demandes de révision inscrites à la DRA, employeurs et travailleurs sous taux personnalisé (par M\$ de masse salariale assurée)	39
<b>GRAPHIQUE 16</b>	Demandes de révision inscrites à la DRA, employeurs et travailleurs sous régime prospectif (par M\$ de masse salariale assurée)	39

<b>GRAPHIQUE 17</b>	Nombre annuel de dossiers ouverts par types de requérant, Tribunal administratif du travail, 1985-1986 à 2018-2019	40
<b>GRAPHIQUE 18</b>	Évolution du nombre de dossiers ouverts au Tribunal administratif du travail par types de requérant et du nombre de travailleurs couverts par la CSST/CNESST, 1990-1991 à 2017-2018 (base 100 = 1990)	40
<b>GRAPHIQUE 19</b>	Dossiers fermés par motifs de fermeture, 1985-1986 à 2017-2018; Tribunal administratif du travail	41
<b>GRAPHIQUE 20</b>	Dossiers fermés par motifs de désistements naturels et par conciliation, 1998-1999 à 2017-2018, Tribunal administratif du travail	42
<b>GRAPHIQUE 21</b>	Dossiers fermés par motifs de désistements naturels et par conciliation, et total de dossiers fermés, 1998-1999 à 2017-2018, Tribunal administratif du travail (base 100 = 1998-1999)	42
<b>GRAPHIQUE 22</b>	Nombre de demandes de révision enregistrées, WSIB (ON), 1998 à 2018	45
<b>GRAPHIQUE 23</b>	Nombre d'appels entrants (incluant les appels réactivés), WSIAT (ON), 1998-2018	45
<b>GRAPHIQUE 24</b>	Demandes de révision, WorkSafeBC, 2002 à 2018	46
<b>GRAPHIQUE 25</b>	Nombre total d'appels, WCAT (BC), 2003 à 2018	46
<b>GRAPHIQUE 26</b>	Comparaisons, nombre de demandes de révision administrative et d'appels en dernière instance, Colombie-Britannique, Ontario et Québec, 2017	46



## Liste des tableaux

<b>TABLEAU 1</b>	Évolution du mode de financement et du système de contestation du régime québécois d'indemnisation des lésions professionnelles	23
<b>TABLEAU 2</b>	Modes de tarification des cotisations à la CNESST	27
<b>TABLEAU 3</b>	Types de coûts imputés et période d'imputation à la CNESST	31
<b>TABLEAU 4</b>	Couverture, salaire maximum assurable et base d'indemnité, Québec, Ontario et Colombie-Britannique	43
<b>TABLEAU 5</b>	Taux moyens provisoires ventilés des cotisations pour l'année 2019, Québec, Ontario et Colombie-Britannique	43
<b>TABLEAU 6</b>	Contestation de l'évaluation médicale, services-conseils et systèmes de contestation, Québec, Ontario et Colombie-Britannique	44
<b>TABLEAU 7</b>	Comparaison de l'évolution des révisions administratives et des appels en dernière instance, QC, ON et CB, 2004-2018	47



## SIGLES ET ACRONYMES

<b>BEM</b>	Bureau d'évaluation médicale
<b>BRP</b>	Bureaux de révision paritaire
<b>CALP</b>	Commission d'appel en matière de lésions professionnelles
<b>CAS</b>	Commission des affaires sociales
<b>CAT</b>	Commission des accidents du travail
<b>CALP</b>	Commission d'appel en matière de lésions professionnelles
<b>CLP</b>	Commission des lésions professionnelles
<b>CNESST</b>	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
<b>CNI</b>	Coûts non imputés
<b>CSST</b>	Commission de la santé et de la sécurité du travail
<b>DRA</b>	Direction de la révision administrative
<b>FSST</b>	Fonds de santé et sécurité du travail
<b>IRR</b>	Indemnités de remplacement du revenu
<b>LAT</b>	Loi des accidents du travail
<b>LATMP</b>	Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
<b>LSST</b>	Loi sur la santé et la sécurité du travail
<b>SAM</b>	Service d'arbitrage médical
<b>SST</b>	Santé et sécurité au travail
<b>TAT</b>	Tribunal administratif du travail
<b>RAMQ</b>	Régie de l'assurance maladie du Québec



## INTRODUCTION

Le financement des régimes publics d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles est le fruit d'un « compromis historique » datant du début du XX<sup>e</sup> siècle. En échange d'une interdiction faite aux travailleuses et travailleurs lésés de poursuivre leur employeur en justice, c'est-à-dire l'instauration d'un système « sans égard à la faute » (*no fault*, en anglais), les employeurs ont l'obligation d'assumer le financement des indemnités versées aux travailleuses et travailleurs accidentés<sup>1</sup>.

Étant donné la difficulté de financer les indemnisations, certains gouvernements ont institué la mutualisation publique obligatoire des risques privés des employeurs. Ainsi, au lieu de laisser les employeurs supporter individuellement les coûts des accidents du travail, les gouvernements les ont assemblés par secteur d'activité économique. Les employeurs se retrouvent ainsi à devoir verser des cotisations tarifées en fonction des risques propres à leurs secteurs d'activités respectifs.

Au Québec, le gouvernement décide de procéder à cette mutualisation des risques en 1931. Cette approche de tarification des employeurs en fonction du risque des différents secteurs d'activités prédominera au Québec pendant près de 60 ans.

En 1985, la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* vient poser les jalons de l'actuel régime québécois administré par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST)<sup>2</sup>. Or, durant les années 1990, on assiste à une série de réformes ayant pour effet de « démutualiser » les risques que l'État avait jadis groupés par secteur d'activités économiques<sup>3</sup>.

Ainsi, le mode de financement du régime public sera progressivement transformé par la « personnalisation » des cotisations des employeurs. Également qualifiée de « tarification par incidences » ou encore « tarification réactive » (de l'anglais *experience rating*), la personnalisation de la tarification consiste à établir les cotisations en fonction du coût des lésions déclarées survenues chez un employeur ou parmi un regroupement d'employeurs membres d'une « mutuelle de prévention »<sup>4</sup>. La

tarification par incidences démutualise le financement des coûts des lésions professionnelles et s'apparente à la logique actuarielle propre à l'assurance privée.

Ces mouvements de mutualisation et de démutualisation reflètent chaque fois l'esprit de l'époque dans laquelle ils se sont produits. Au début du XX<sup>e</sup> siècle, le mouvement ouvrier revendiquait et obtenait la prise en charge par l'État de certaines responsabilités socioéconomiques. En revanche, durant les dernières décennies, l'avènement de l'idéologie et des politiques néolibérales remet systématiquement en cause tous les instruments de gestion collective.

En matière d'indemnisation des travailleuses et travailleurs, l'un des principaux effets de la personnalisation de la tarification serait d'inciter les employeurs à concentrer des ressources sur la gestion active – parfois désignée comme « gestion agressive » – des dossiers de réclamations, plutôt que sur la prévention en santé et sécurité du travail (SST)<sup>4</sup>.

La gestion active des réclamations (de l'anglais *claim management*) consiste en l'utilisation de personnel interne, ou de consultants externes dédiés à la surveillance des dossiers de réclamations, à la contestation des décisions de l'organisme public d'indemnisation et/ou à l'organisation des assignations temporaires, un mécanisme permettant la réintégration au milieu de travail d'un employé victime d'une lésion professionnelle, mais capable d'effectuer des tâches limitées dans un poste différent<sup>5</sup>. Ces opérations ont pour objectif de limiter le plus possible l'impact financier des lésions professionnelles sur les cotisations de l'employeur au système d'indemnisation public.

La personnalisation du financement réintroduirait ainsi une logique de faute, ou du moins de démonstration de la responsabilité, à l'intérieur même du système « sans égard à la faute »<sup>6</sup>, en imputant à l'employeur individuel, qu'il soit ou non fautif, les coûts des accidents survenus chez lui. Surtout, en incitant les employeurs à déployer des stratégies de réduction de coûts des indemnités, la tarification par incidences mobiliserait des ressources juridico-légales et de l'expertise médicale afin de contester les réclamations des travailleuses et travailleurs et les décisions de l'organisme public, générant une judiciarisation des régimes d'indemnisation des lésions professionnelles.

Dans le contexte québécois, une étude publiée en 2002 par Terry Thomason et Silvana Pozzebon concluait que

<sup>1</sup> En 1980, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) est créée. Elle sera rebaptisée CNESST en 2016 lors de sa fusion avec la Commission des normes du travail et la Commission de l'équité salariale. Nous utiliserons dans le texte les acronymes CSST et CNESST de façon interchangeable.

la tarification par incidences encourage les employeurs à mettre en place des initiatives de prévention de la SST, mais aussi à procéder à la gestion active des réclamations. Cette double tendance aurait contribué à la diminution du nombre de réclamations déclarées pour lésions professionnelles<sup>7</sup>. L'étude n'évaluait toutefois pas l'impact des politiques de personnalisation des cotisations dans la durée ni la contestation des décisions de la CNESST.

Selon le Commissaire au développement durable dans le Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2019-2020, « [l]es efforts mis en prévention [n'ont] souvent [qu'un] effet à plus long terme dans le milieu de travail et par ricochet sur la prime de l'employeur. Il existe donc un risque que les employeurs déploient plus d'efforts pour la contestation au détriment d'efforts pour la prévention<sup>8</sup> ». Un rapport de la Commission de l'économie et du travail datant de 2006 observait une « culture de la contestation » dans le régime québécois ; il pointait également, parmi les causes de l'incitation à la contestation systématique, les transformations de son mode de financement<sup>9</sup>.

Selon des observatrices et observateurs du régime de protection de la SST au Québec, la trop grande utilisation de la tarification par incidence serait à l'origine d'un alourdissement des procédures judiciaires et médicales. Selon Katherine Lippel<sup>10</sup> de la Faculté de droit de l'Université d'Ottawa, la démutualisation du financement du régime québécois produirait effectivement « une incitation aux employeurs à “gérer leurs dossiers”, ce qui se traduit dans beaucoup de cas par la contestation des dossiers [de réclamations] ». Pour sa part, Geneviève Baril-Gingras<sup>11</sup>, du Département de relations industrielles de l'Université Laval, émet également l'hypothèse voulant que la tarification par incidences représente une incitation à la contestation des lésions indemnisées plutôt qu'aux efforts de prévention en SST.

L'objectif de cette étude est de vérifier si les réformes successives de personnalisation du financement du régime québécois ont effectivement favorisé sa judiciarisation. Notre hypothèse est que la tarification par incidences aurait réintroduit une logique d'affrontement médico-légal au sein même du régime public d'indemnisation des lésions professionnelles « sans égard à la faute ». Nous nous demanderons ainsi si la personnalisation de la cotisation a contribué à l'instauration d'un système caractérisé par la gestion active des dossiers de réclamations, soit une contestation plus systématique des réclamations et des décisions de la CNESST.

Pour vérifier cette hypothèse, nous analyserons des données statistiques obtenues en vertu de la *Loi sur l'accès*

aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et portant sur l'évolution des contestations à la Direction de la révision administrative de la CNESST et des décisions portées en appel au Tribunal administratif du travail, ainsi qu'à leurs équivalents en Ontario et en Colombie-Britannique.

Le chapitre 1 retrace l'histoire du régime québécois d'indemnisation des lésions professionnelles en mettant en lumière l'évolution de son financement et de son système de contestation des décisions et d'évaluation médicale. Le chapitre 2 décrit les grandes lignes du financement de la CNESST, des modes de tarification des cotisations des employeurs et du principe d'imputation des coûts. Le chapitre 3 présente une analyse statistique de l'évolution de la judiciarisation du régime québécois de 1986 à nos jours, puis sa comparaison avec les régimes de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. La conclusion de l'étude revient sur l'hypothèse de départ, aborde d'autres effets néfastes de la tarification personnalisée, puis se termine par des recommandations en vue d'une éventuelle réforme du financement de la CNESST.

# HISTOIRE DU RÉGIME QUÉBÉCOIS D'INDEMNISATION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES : ÉVOLUTION LÉGISLATIVE, FINANCEMENT ET CONTESTATION

Le fondement historique des systèmes actuels de protection de la SST et d'indemnisation des lésions professionnelles remonte au tournant du XX<sup>e</sup> siècle. Face aux conséquences néfastes de l'industrialisation, les travailleuses et travailleurs n'avaient auparavant qu'un seul recours en cas d'accident du travail : s'adresser aux tribunaux en espérant parvenir à démontrer la responsabilité de leur employeur et ainsi obtenir justice sous forme de compensations financières.

À cette époque, les travailleuses et travailleurs sont exposés sur une base routinière à des conditions de travail dangereuses qui provoquent des accidents et des maladies. Aucune indemnisation n'est généralement versée aux employés qui en sont victimes, qu'il s'agisse d'insalubrité causant des infections, de machinerie non sécuritaire mutilant et handicapant à vie ou d'incendies causant la mort. Des cas flagrants d'injustice font d'ailleurs les manchettes, suscitent l'émoi de la population et finissent souvent devant les tribunaux pour qu'on détermine qu'il s'agissait bel et bien d'accidents du travail<sup>12</sup>.

Le développement de l'État-providence, d'abord en Europe, s'opérera sur la base d'une transformation juridique majeure, notamment en France avec la loi sur les accidents du travail de 1898. Cette loi remplace le principe de « faute » légale par le principe de « risque » professionnel, technique et objectivement mesurable grâce aux probabilités statistiques<sup>13</sup>. Rompant avec le fardeau de la preuve, l'intervention de l'État normalise alors les accidents du travail, tout en protégeant les employeurs de la responsabilité civile et en accordant des compensations aux travailleuses et travailleurs accidentés.

Nous présentons dans ce qui suit les grandes lignes de l'histoire québécoise du droit des accidents du travail et du régime d'indemnisation des lésions professionnelles en nous concentrant sur l'évolution de son mode

de financement et de son système de contestation des décisions<sup>a</sup>.

## 1.1 DE 1909 À 1931 Indemnité forfaitaire, assurance privée et confrontation juridique

Au Québec, le système juridique de protection contre les accidents du travail sans égard à la responsabilité remonte à 1909 et à la *Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail et la réparation des dommages qui en résultent*. Inspirée de la loi française de 1898, la loi québécoise de 1909 établissait le passage du principe de faute en responsabilité civile à celui de risque professionnel, reconnaissant la responsabilité de l'employeur sans égard à sa faute<sup>14</sup>. Cette loi peut être considérée comme la première loi de sécurité sociale au Canada<sup>15</sup>. Elle institue un compromis historique entre employeurs et travailleuses et travailleurs<sup>16</sup>. Comme l'explique Lippel, avec la loi de 1909, les victimes d'un accident du travail

avaient droit à une indemnité (réduite ou forfaitaire) et aux soins de santé nécessités par leur état. En échange de cette couverture qui ne dépendait pas de la preuve de la faute de l'employeur, les travailleurs perdaient leurs droits d'exercer des recours en vertu du droit commun [...] les travailleurs recevaient un dédommagement forfaitaire et [...] les employeurs

---

<sup>a</sup> Cette analyse s'inspire notamment de la périodisation développée par Alexandre Duchesne-Blondin : *Analyse socio-historique des transformations du régime assurantiel québécois en matière de santé et sécurité au travail (1885-2015)*, Université du Québec à Montréal, 2017.

se voyaient protégés de poursuites en responsabilité civile de la part de leurs employés<sup>a</sup>.

Ne reconnaissant pas les maladies professionnelles<sup>b</sup>, la loi de 1909 stipulait que l'employeur devait payer une indemnisation forfaitaire directement au travailleur accidenté, sans pouvoir réclamer une contribution de la part des travailleuses et travailleurs<sup>17</sup>. Autrement dit, tout en instaurant un système sans égard à la responsabilité civile, cette loi ne prévoyait rien pour financer l'indemnisation des victimes d'accidents du travail.

Ainsi, en raison des conditions de son application, la loi de 1909 demeure largement avantageuse pour les employeurs. En matière d'indemnités de remplacement de revenus, les accidentés sont d'ailleurs si mal informés à propos de leurs droits qu'ils acceptent des dédommagements sans commune mesure avec les conséquences des blessures encourues.

En s'inspirant de l'Ontario et des recommandations du rapport Meredith de 1913<sup>18</sup>, le mouvement ouvrier réclamait un régime dont les cotisations seraient perçues et redistribuées par une entité indépendante<sup>19</sup>. En effet, la loi de 1909 ne permettait pas non plus de protéger les travailleuses et travailleurs contre des recours « dilatoires et abusifs » des employeurs et de leurs assureurs<sup>c</sup>. Malgré

la fin de la responsabilité civile de l'employeur, la loi de 1909 maintenait une situation dans laquelle les travailleuses et travailleurs devaient affronter les employeurs et leurs assureurs sur le terrain juridique<sup>20</sup>.

En 1926, quatre ans après le dépôt du rapport de la Commission Roy, le gouvernement libéral de Louis-Alexandre Taschereau amende la loi de 1909 en obligeant les employeurs à contracter une assurance privée et en interdisant aux avocats de facturer des honoraires aux travailleuses et travailleurs<sup>21</sup>. Mais cette nouvelle législation s'avère de nouveau inapplicable, notamment en raison des coûts prohibitifs de l'assurance privée pour les employeurs. L'intervention de l'État vient pallier ce problème en 1928 avec la *Loi relative aux accidents du travail* et la *Loi concernant la Commission des accidents du travail*<sup>22</sup>. Prémont et Tancelin expliquent que

[I] es deux lois de 1928 corrigent à peine l'échec de la loi ultralibérale de 1926 en créant la Commission des accidents du travail (CAT). [...] L'assurance obligatoire est toujours contractée auprès de l'entreprise privée et les demandes d'indemnisation peuvent être présentées directement à l'assureur<sup>23</sup>.

## 1.2 DE 1931 À 1977 Mutualisation publique obligatoire

En 1914, le gouvernement de l'Ontario avait mis en place une commission indépendante percevant des cotisations et redistribuant des indemnités. Au Québec, il faut attendre 1931 pour qu'un tel régime soit établi par le gouvernement avec l'adoption de la *Loi concernant les accidents du travail* (LAT)<sup>24</sup>. Cette loi complète le compromis de 1909 puisque la CAT devra dorénavant gérer un Fonds d'accidents du travail financé par les cotisations des employeurs. L'ensemble du système a dès lors un objectif plus ambitieux : la stabilisation des revenus des travailleuses et travailleurs accidentés à travers la mutualisation des risques<sup>25</sup>. Le fonds recueille les cotisations et gère

### a Lippel précise que

[I]es travailleurs québécois n'ont, encore aujourd'hui, aucun recours civil à l'encontre de leurs employeurs pour la réparation des conséquences des lésions professionnelles, et les recours à l'encontre d'autres employeurs protégés par le régime sont limités

Katherine LIPPEL, « L'avenir du droit de la santé et de la sécurité du travail dans le contexte de la mondialisation », *Revue de droit d'Ottawa / Ottawa Law Review*, vol. 47, n° 2, 2016, p. 543.

Il importe de noter que la loi de 1909

permettait aux travailleurs d'obtenir des dommages majorés dans l'éventualité où leur employeur avait commis une faute inexcusable. L'employeur, de son côté, pouvait invoquer la faute inexcusable du salarié ou de la salariée [...] pour faire diminuer les dommages qui seraient autrement payables au travailleur (*ibid.*, p. 544).

De plus,

[a] l'origine, au Québec, on ne prévoyait le remboursement des coûts des soins médicaux que dans l'éventualité où le travailleur ne survivait pas à l'accident, une forme de garantie de créance pour les médecins en cas de décès de leurs patients, mais le droit aux soins pour tous a commencé en 1928 (*ibid.*, p. 543).

**b** Il faudra attendre la loi de 1931 pour que le gouvernement du Québec reconnaisse législativement les maladies professionnelles.

**c** Comme l'indique Lippel,

[d]e 1909 à 1914 l'indemnité due à l'ouvrier était payable, au choix de la victime, soit sous forme de rentes versées directement aux bénéficiaires, soit sous forme de capital versé à une compagnie d'assurance qui, à son tour, payait une rente aux bénéficiaires. Si l'ouvrier ou ses représentants choisissaient le paiement par le biais d'une compagnie

d'assurance, le montant maximal affecté à l'établissement de la rente était de 2000 \$. Si, par contre, l'ouvrier ou ses représentants préféraient être payés directement, la loi interprétée par la jurisprudence ne prévoyait pas de semblable limite. À la suite de ces jugements, le législateur, en 1914, a modifié la loi dans le but de limiter toute compensation à un capital maximal de 2000 \$, dès lors que l'ouvrier ou ses ayants droits purent exiger que le capital leur soit payé directement.

Katherine LIPPEL, *Le droit des accidentés du travail à une indemnité : analyse historique et critique*, Université de Montréal, 1986, p. 93-94.



l'indemnisation tout en assurant la stabilité financière de la commission<sup>26</sup>.

En modifiant la fonction de la CAT, la loi de 1931 permettait également de dépolitiser le mécanisme d'indemnisation des accidentés du travail. Plutôt que de jouer le rôle d'arbitre entre deux parties qui s'affrontent, elle [la CAT] adopte le rôle de juge et partie dans deux litiges, d'une part à titre de percepteur des employeurs et d'autre part à titre de redistributeur de ses fonds aux accidentés. Ainsi, la CAT, organisme étatique, devient partie intéressée dans le processus de compensation, et l'ouvrier se transforme en un bénéficiaire d'un système d'assistance sociale et cesse d'être le créancier dans un système de responsabilité civile<sup>27</sup>.

Historiquement, la LAT de 1931 préfigure en quelque sorte le régime d'assurance sociale au Québec<sup>28</sup>. En effet, c'est « le principe d'une assurance mutuelle obligatoire, sous la gestion de l'État, qui est mis en pratique<sup>29</sup> ». Il s'agit d'un revers pour les assureurs privés qui profiteraient d'un système où l'assurance continuerait de prévaloir avec des subsides de l'État. Dans le contexte de la crise économique des années 1930, la loi de 1931 mettait en place une forme de mutualisation publique obligatoire des risques des employeurs puisque les cotisations de ces derniers étaient établies selon le risque propre aux différents secteurs d'activités économiques et en fonction de la masse salariale assurée<sup>30</sup>. En effet, dans un régime de mutualisation, les employeurs d'un même secteur doivent verser un taux unique de cotisation, nonobstant leur historique en matière d'accidents du travail.

Ainsi, à cette époque, le cœur de la mission de la CAT est l'indemnisation, et son organisation administrative, axée sur le service de réclamations et du bureau des cotisations, est relativement simple<sup>31</sup>. En ce qui concerne la contestation des décisions, la CAT met en place un processus interne où les commissaires ont la responsabilité d'entendre les demandes de révision administrative et de trancher les litiges<sup>32</sup>. En 1941, la CAT instaure un bureau médical chargé des diagnostics et des expertises<sup>33</sup>.

À la suite de la grève de l'amiante, puis avec la mise en place du *Code du travail* en 1964, une partie du mouvement syndical revendique la reconnaissance des maladies professionnelles causées par l'amiante et l'établissement de comités paritaires de prévention en milieu de travail<sup>34</sup>. L'action syndicale et l'impact de la négociation collective précéderont en fait les efforts étatiques en matière de SST et de reconnaissance de certaines maladies professionnelles, notamment pulmonaires<sup>35</sup>.

Les années 1970 marquent le déclenchement d'importantes transformations du régime québécois

d'indemnisation des lésions professionnelles. Après une période de croissance soutenue de ses revenus et dépenses durant la décennie 1960, la CAT connaît deux années déficitaires en 1973 et 1975. Dans le contexte de crise économique et de choc pétrolier de 1973, « l'augmentation importante et rapide du nombre de bénéficiaires indemnisés et du poids financier que les prestations représentent devient un enjeu majeur<sup>36</sup> ». La viabilité financière de la CAT est mise en doute.

Deux rapports, soit le rapport Mineau (1973) et le rapport Riverin (1975), viendront remettre en cause le régime d'indemnisation et recommander des réformes majeures. Ces deux rapports remettent en question l'efficacité et la crédibilité de la commission en raison de la lourdeur administrative et de la gestion interne des plaintes, marquée par la partialité et la partisanerie<sup>37</sup>. En 1974, dans ce contexte, le système de révision interne sous responsabilité des commissaires sera remplacé par un bureau d'appel et un contentieux, deux nouvelles divisions demeurant néanmoins sous la dépendance de la CAT<sup>38</sup>.

À cette époque, la gestion financière des surplus du Fonds des accidents sera transférée à la Caisse de dépôt et placement du Québec<sup>39</sup>. De plus, l'autorité en matière de réadaptation sera déplacée de la commission vers le système sociosanitaire public et universel créé en 1971. Les cliniques de réadaptation de la CAT seront intégrées au réseau de la santé. À l'instar du régime actuel de la CNESST, c'est toutefois la CAT qui paie les frais médicaux au système public de santé, ce dernier administrant les soins aux travailleuses et travailleurs accidentés<sup>40</sup>.

### 1.3 DE 1977 À 1985 Transformations législatives, ouverture à la personnalisation du financement, contestation de l'avis de cotisation et médicalisation du système de contestation

En 1977, le gouvernement du Parti québécois de René Lévesque mettra en pratique les recommandations du rapport Mineau concernant le processus de contestation des décisions, en réformant la LAT grâce à la *Loi modifiant la loi des accidents du travail* et la *Loi sur l'indemnisation des victimes d'amiantose ou de silicose dans les mines et les carrières* et en modifiant de nouveau la *Loi de la Commission des affaires sociales*. Un système de révision et d'appel sera mis en place. La CAT se dotera d'un bureau de révision interne de ses décisions, sous la responsabilité de la commission, et le législateur déléguera les

responsabilités d'instance d'appel à la Commission des affaires sociales (CAS)<sup>41</sup>. Avec ce transfert de responsabilités à la CAS, le système de contestation du régime québécois est doté, pour la première fois, d'un droit de contestation dévolu à un tribunal indépendant.

La publication en 1978 du livre blanc *Politique québécoise de la santé et de la sécurité du travail* est plus déterminante encore. Elle pose les premiers jalons qui mèneront à la transformation majeure du régime québécois dans les années subséquentes<sup>42</sup>. Les missions de prévention et de réadaptation allaient dorénavant être priorisées par rapport à l'indemnisation. Comme l'explique Duchesne-Blondin,

[d]u fait que les employeurs et leurs représentants soutiennent qu'une contribution patronale trop importante au régime de [SST] pourrait engendrer des difficultés économiques (Gilbert, 1991); du fait que les représentants syndicaux sont aussi favorables à la diminution des risques encourus pour les travailleurs; la prévention en vient à être perçue comme l'option la plus souhaitable pour diminuer, à la source, les problèmes en matière de [SST]. En favorisant la prévention, le coût des lésions devrait théoriquement diminuer, sans pour autant porter préjudice aux droits des travailleurs<sup>43</sup>.

C'est ainsi que la *Loi sur la santé et sécurité du travail* (LSST) est adoptée en 1979, substituant la Commission de la santé et sécurité du travail (CSST) à la CAT. La responsabilité de la prévention qui était assumée par le ministre du Travail et de la Main-d'œuvre est attribuée à la nouvelle CSST<sup>44</sup>.

La LSST institue la prévention comme mission prioritaire, c'est-à-dire « l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physiques des travailleurs<sup>45</sup> ». Pour ce faire, la loi de 1979 précisait les droits et les obligations des travailleuses et travailleurs et des employeurs ainsi que les modalités de leur participation au régime, en plus de placer les activités d'inspection au centre de la mission de prévention.

Sur le plan du financement, cette période marque l'amorce d'une forme de personnalisation de la tarification des cotisations des employeurs. Depuis la mise en place du régime de 1931, la personnalisation du financement était l'exception à la règle<sup>a</sup>.

La personnalisation des cotisations est définie en 1978 et sera ensuite instituée en fonction d'un principe de « mérite-démérite ». Il s'agit d'une première réforme de personnalisation de la tarification des cotisations.

Désormais, la cotisation est ajustée en fonction de la dépense engendrée par chaque établissement par rapport aux coûts globaux générés par l'ensemble du secteur (Lippel, 1986), c'est-à-dire qu'un établissement générant des accidents et des maladies plus coûteuses que le montant versé par la CSST se voit alors facturer une prestation fiscale supplémentaire (facturation de démérite). Par contre, si le même établissement représente une charge inférieure à la contribution fiscale déboursée, il recevra un remboursement (crédit de mérite)<sup>46</sup>.

Cette phase de transformation du régime québécois se termine par l'adoption en 1985 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP), second pilier, avec la LSST de 1979, du régime québécois de SST. Regroupant l'ensemble des lois sur les lésions professionnelles en fusionnant la LAT et la *Loi sur les victimes d'amiantose et de silicose*, la LATMP opère une consolidation de la transformation amorcée en 1977<sup>47</sup>. La LATMP porte sur la réparation des lésions professionnelles et de leurs conséquences en établissant le mode de financement du régime québécois basé sur les cotisations des employeurs. Selon la loi de 1985, la réparation comprend la fourniture des soins nécessaires à la consolidation<sup>b</sup> d'une lésion, la réadaptation physique, sociale et professionnelle du travailleur, le paiement d'indemnités de remplacement du revenu, d'indemnités pour préjudice corporel et d'indemnités en cas de décès<sup>48</sup>.

La LATMP de 1985 se donne pour objectifs généraux la réinsertion sociale et la réintégration au marché du travail par le maintien du travailleur accidenté en emploi au sein de l'entreprise<sup>49</sup>. La loi confère de nouveaux droits aux travailleuses et travailleurs victimes de lésions professionnelles – le droit à la réadaptation et le droit au retour au travail – et on introduit la possibilité de l'assignation temporaire<sup>50</sup>. Le droit au retour au travail garantit temporairement le lien d'emploi, permet la réintégration à l'emploi, protège les avantages sociaux et le salaire en

**a** Par exemple, de très grandes entreprises, peu nombreuses dans leurs secteurs respectifs au Québec, et donc peu nombreuses dans une unité de classification, ou ayant un poids disproportionné dans l'historique de lésions de plus d'une unité, pouvaient avoir un impact significatif sur les cotisations. Autrement dit, leurs coûts de lésions étaient peu mutualisés puisque peu répartis entre plusieurs employeurs au sein d'un secteur d'activités.

**b** On définit la « consolidation » ainsi : « la guérison ou la stabilisation d'une lésion professionnelle à la suite de laquelle aucune amélioration de l'état de santé du travailleur n'est prévisible. VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, « Chapitre 3. Audit de performance – Prévention en santé et sécurité du travail », *Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2019-2020 – Rapport du commissaire au développement durable*, mai 2019, p. 9.

vigueur avant la lésion, et garantit la priorité sur un poste différent chez le même employeur, répondant aux nouvelles capacités du travailleur lésé<sup>51</sup>. La législation de 1985 fait ainsi de la réadaptation physique, sociale et professionnelle un droit dont les coûts sont financés par la commission<sup>52</sup>. Quant à elle, l'assignation temporaire

permet à un employeur de demander à un de ses employés en convalescence d'occuper un autre poste temporairement au sein de l'entreprise si sa condition physique le permet (Dagenais, 1995). En ce sens, le travailleur peut être amené à reprendre du service, même si sa lésion n'est pas encore consolidée. La nouvelle Loi prévoit deux protections pour le travailleur : il garde son salaire et ses avantages sociaux d'avant la lésion professionnelle et il peut contester l'assignation temporaire (Ibid., 1995). Cette nouvelle mesure a pour objectif d'offrir une solution alternative, car la période d'assignation temporaire n'entraîne pas directement le versement d'indemnités et n'affecte pas le dossier de l'employeur (Ibid., 1995). [...] l'activation de ce mécanisme est le choix discrétionnaire de l'employeur qui, toutefois, doit recevoir l'assentiment du médecin traitant [du travailleur]. Le travailleur, au-delà de son droit de contester la décision rendue, a l'obligation de se conformer à l'assignation sous peine de sanctions<sup>53</sup>.

Au sujet du financement du régime, la loi de 1985 maintient le *statu quo*. L'article 314 de la LATMP réaffirme que la CSST « peut établir par règlement un système de cotisation basé sur le mérite ou le démérite des employeurs en fonction des catégories d'employeurs qu'elle désigne<sup>54</sup>. » La base de ce système de mérite-démérite est « l'analyse des coûts imputés au dossier d'un employeur pendant un certain nombre d'années<sup>55</sup> ». D'ailleurs, le principe d'imputation<sup>b</sup> des coûts au dossier de l'employeur est également maintenu, mais son application est davantage détaillée, la loi précisant les éventuels partages de coûts entre employeurs et entre unités de classification, notamment dans le cas des maladies professionnelles (voir les articles 326 à 330)<sup>56</sup>.

a Par exemple, « [p]our l'année 1985, l'admissibilité d'un employeur au système de mérite-démérite est modifiée, c'est-à-dire que la cotisation minimale de cet employeur devra être de 50 000 \$ comparativement à 675 \$ pour l'année 1982 ». CSST, *Loi annotée sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, Commission de la santé et de la sécurité du travail, 1986, p. 168.

b Nous présentons le principe d'imputation des coûts dans la partie 2.3.

c Notons également que, tout comme la LAT, la LATMP prévoit une catégorie d'employeurs « tenus personnellement responsables au

La principale innovation de la loi de 1985 par rapport à la LAT, concernant le financement, consiste à instaurer un droit de contestation de la cotisation de l'employeur. En effet, l'article 325 de la LATMP établit que « [l'] avis de cotisation, y compris le montant des intérêts imposés à l'employeur, constitue une décision de la commission<sup>57</sup> ». Quant à l'article 331, il indique que « [l]orsque la Commission impute le coût des prestations à un employeur, elle l'en avise par écrit. Cet avis constitue une décision de la Commission<sup>58</sup> ». Au même moment, l'article 358 institue un droit de révision des décisions de la CSST, « permet [tant] autant au travailleur qu'à l'employeur de contester une décision rendue [par la Commission]<sup>59</sup> ». En somme, la loi de 1985 ouvre la porte à davantage de contestation des décisions de la CNESST sur le coût des cotisations et l'imputation des prestations au dossier de l'employeur.

La LATMP « médicalise » le système de contestation des décisions en créant un mécanisme de contestation médicale fondé sur l'arbitrage médical : le Service d'arbitrage médical (SAM). Même si la loi de 1985 reconnaît la valeur de l'opinion du médecin traitant (le médecin du travailleur), le SAM devient un mécanisme de surveillance des médecins traitants.

Avant 1985, la CAT ou la CSST détenaient tous les pouvoirs quant à l'évaluation médicale. Le SAM relève plutôt du ministère du Travail et permet à la commission ou à l'employeur de contester l'opinion du médecin traitant du travailleur. Ainsi, le SAM vise à trancher les opinions divergentes entre médecin traitant et médecin de l'employeur ou de la CSST<sup>60</sup>. Notons par ailleurs que dans ce nouveau système, le travailleur ne peut contester l'opinion de son médecin et demander l'arbitrage médical<sup>61</sup>.

Enfin, la loi de 1985 réforme aussi le système de contestation des décisions de la commission en modifiant les organes de révision administrative et d'appel en dernière instance. D'abord, elle remplace le Bureau de révision interne de la commission et crée les bureaux de révision paritaire (BRP). Les BRP sont des organes indépendants et paritaires de révision administrative, composés d'un président salarié de la CSST, d'un représentant des employeurs et d'un représentant des travailleuses et travailleurs, et chargés d'entendre en audience les demandes de révision des décisions de la

paiement des prestations ». Ne payant pas de cotisations à la commission, sauf pour des dépenses liées à l'administration de leurs dossiers, cette catégorie d'employeur est définie par la loi de 1985 qui inclut dans cette catégorie les « entreprises de transport ferroviaire ou maritime, interprovincial ou international » et les employeurs de travailleuses et travailleurs œuvrant comme camelots. CSST, *op.cit.*, p. 178.

CSST et de trancher les dossiers. Par ailleurs, la loi remplace la CAS en créant la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles (CALP), un tribunal administratif indépendant relevant du ministère de la Justice et ayant pour fonction de traiter, en dernière instance, les appels des décisions des BRP<sup>62</sup>.

#### **1.4 DE 1985 À NOS JOURS Néolibéralisme, démutualisation du financement et renforcement du système de contestation**

Le contexte économique suivant l'instauration de la LATMP est marqué par la crise économique de la fin des années 1980 et par l'émergence des politiques néolibérales. D'une part, la CSST connaîtra plusieurs déficits de 1985 à 1992, sauf en 1988, y compris des déficits records en 1985 et 1991<sup>63</sup>. En conséquence, la cotisation moyenne des employeurs augmentera rapidement après 1985, pour être ensuite réduite durant la récession économique, et le coût des indemnités de remplacement du revenu (IRR) atteindra des sommets en 1988 et 1989, pour ensuite tendre à baisser<sup>64</sup>. Cette explosion des coûts sera de plus favorisée par la croissance des frais de réadaptation professionnelle et d'assistance médicale<sup>65</sup>.

D'autre part, de 1986 à 1989, Monique Jérôme-Forget sera PDG de la CSST ainsi que présidente du conseil de l'IRSSST. L'écart entre l'orientation que Mme Jérôme-Forget donnera à la CSST dès le début de son mandat et ses prises de position ultérieures témoigne de la nature des transformations profondes du régime québécois durant les années 1990. Dès 1987, elle lance « l'Opération moins 10 % », visant à « réduire de 10 % le nombre d'accidents du travail<sup>66</sup> ». Cette initiative de Mme Jérôme-Forget reposait sur le postulat selon lequel « la prévention est économiquement payante<sup>67</sup> ». En plus de la prévention, le quotidien *Le Soleil* rapportait que la CSST comptait également réduire le nombre d'accidents du travail par « l'assignation temporaire à un emploi utile à la réadaptation », le « retour progressif en emploi tout en évitant les risques de rechute et d'aggravation » et en informant « davantage les employeurs sur les moyens de gérer efficacement le paiement des indemnités pour les 14 premiers jours d'absence<sup>68</sup> ». La gestion active des dossiers de réclamation, se traduisant par la judiciarisation du régime, faisait ainsi partie de la stratégie de la commission de réduction du nombre de lésions professionnelles, c'est-à-dire de réduction des coûts des indemnités et prestations.

Or, cinq ans plus tard, en 1992, dans un discours devant la Chambre de commerce du Montréal

métropolitain, Mme Jérôme-Forget, devenue présidente de l'Institut de recherche sur les politiques publiques, dénonçait une « conspiration du silence » au sujet des défauts de la CSST, pointant « l'activisme judiciaire » par le recours excessif aux services d'avocats, signalant que « l'avocat reçoit autant que la victime » dans certains cas, remettant en cause le paritarisme, et proposant la privatisation des programmes de réadaptation<sup>69</sup>. En 1992, le successeur de Mme Jérôme-Forget, Robert Diamant (1989-1993), prononcera quant à lui un discours au Centre patronal de santé et sécurité du travail, priorisant la stabilité financière du régime, notamment en veillant à « établir un taux moyen de cotisation qui respecte la capacité de payer de notre économie et, ainsi, lui permettre d'être concurrentielle<sup>70</sup> ».

Dans le contexte de mise en place des politiques néolibérales, on assistera à un renforcement de la personnalisation de la tarification des cotisations et du système de contestation des décisions de la CNESST. Une triple réforme sera appliquée durant les années 1990 : réforme du système de contestation, réforme de l'évaluation médicale et réforme majeure de personnalisation du financement. Avec l'élargissement de la personnalisation, la contestation des décisions allait dorénavant avoir un impact substantiel sur le niveau des cotisations des employeurs.

À cette époque, plusieurs acteurs patronaux remettent en cause le principe de mérite-démérite dans la tarification des cotisations, considérant qu'il défavorise la prévention des lésions professionnelles tant mineures que très graves. Ils affirment que les petites lésions sont peu coûteuses pour l'entreprise et que les cas graves ne sont plus pris en compte après trois ans, et donc que dans les deux cas la prévention apparaît peu avantageuse<sup>71</sup>. Au tournant des années 1990, une série de réformes s'amorcent et accentuent la démutualisation du mode de financement du régime en permettant la personnalisation partielle ou complète des cotisations. La réforme de personnalisation du mode de financement sera opérée en deux phases.

La première phase de cette personnalisation est survenue en 1989, à la fin du mandat de Mme Jérôme-Forget à la tête de la CSST. La *Loi modifiant la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LRQ 1989, ch. 74) introduit les notions de « taux personnalisé » et d'« ajustement rétrospectif de la cotisation<sup>72</sup> » et crée trois catégories de tarification. Dès lors, les entreprises avec petite masse salariale paient des cotisations au « taux de l'unité » tarifées par secteur économique, à l'instar du régime de 1931 ; les entreprises à masse salariale moyenne sont également soumises à une tarification sectorielle, mais cette dernière varie selon l'expérience personnalisée

de l'employeur, c'est-à-dire la fréquence et la gravité des lésions professionnelles ; et les entreprises à grande masse salariale, soit la minorité des employeurs, mais une majorité des emplois au Québec, voient leurs cotisations désormais totalement tarifées en fonction de leur expérience d'incidences<sup>73</sup>. Ainsi sont jetées les bases du mode actuel de financement de la CNESST<sup>a</sup>.

La seconde phase de la réforme de la tarification surviendra en 1996, en vertu de la *Loi modifiant la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur la santé et sécurité du travail* (LRQ 1996, ch. 70), qui vient « consacrer le principe de l'utilisation, dans la détermination de la cotisation des employeurs, de l'expérience associée au risque que la Commission assure<sup>74</sup> ». Cette loi visait également, entre autres choses, à permettre à la CSST « de conclure une entente avec un groupe d'employeurs aux fins de déterminer le mode de tarification qui leur est applicable », à introduire « plus de souplesse dans le processus de cotisation des employeurs » et à « préciser certaines règles visant l'imputation des coûts des lésions professionnelles<sup>75</sup> ». Le seuil de cotisation donnant accès à la tarification personnalisée sera alors abaissé et, en 1998, les mutuelles de prévention<sup>b</sup>, permettant d'étendre la personnalisation des cotisations aux entreprises ayant de plus petites masses salariales, seront créées<sup>76</sup>.

Au Québec comme ailleurs, la justification principale derrière les politiques de personnalisation des cotisations, qui est aujourd'hui encore aussi celle de la CNESST, veut que la tarification par incidences favorise la prévention dans les milieux de travail ainsi que le retour en emploi des travailleuses et des travailleurs victimes d'une lésion professionnelle<sup>77</sup>. Selon ce point de vue, si la cotisation varie selon les coûts passés des lésions survenues dans son milieu de travail, l'employeur devrait être incité à investir en matière de prévention.

La décennie 1990 sera aussi marquée par une réforme du système de contestation des décisions de la CNESST, également opérée en deux phases. Dès 1990, des services de conciliation sont introduits à la CALP<sup>78</sup>. En 1992, la *Loi modifiant la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, la Loi sur la santé et la sécurité du travail et la Loi sur l'assurance-maladie*<sup>79</sup> a pour objectif de réduire la judiciarisation, les délais qui en résultent ainsi que le déficit budgétaire de la CSST, qualifiés de

« cancer » par le directeur de la commission de l'époque, M. Diamant<sup>80</sup>. Grâce à l'instauration de services de conciliation, dont les parties pouvaient se prémunir avant le traitement du dossier en première instance par les BRP, on espérait alors réduire les litiges entre employeurs et travailleuses et travailleurs<sup>81</sup>.

En outre, la loi de 1992 remplace le SAM par le Bureau d'évaluation médicale (BEM)<sup>82</sup> et on met en place un processus décisionnel qui accélère dans certains cas l'obtention d'expertises médicales par la CSST<sup>83</sup>. Indépendant de la CSST et administré par le ministère du Travail, le BEM est responsable de la production d'un avis médical dans les cas où il y a divergence d'opinions entre le médecin traitant [du travailleur] et le médecin désigné par la CSST ou par l'employeur, ou encore à la demande de la CSST si le médecin traitant ne s'est pas prononcé sur un ou plusieurs des sujets médicaux prévus à la loi<sup>84</sup>.

Le BEM peut de plus émettre un avis médical « même si le médecin du travailleur ou le professionnel de la santé désigné par l'employeur ou la CSST ne s'est pas prononcé sur le sujet<sup>85</sup> ». Ainsi, même si le BEM augmente le pouvoir d'expertise médicale de la commission, il s'inscrit en continuité avec le régime précédent du Service d'arbitrage médical.

La seconde phase de la réforme du système de contestation survient en 1997, par une volonté de déjudiciariser le régime<sup>86</sup>, avec la *Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives*. Dès 1998, les BRP sont ainsi remplacés, comme organismes de révision, par la Direction de la révision administrative (DRA), sans audition<sup>87</sup>. Selon la CNESST<sup>88</sup>, « [l]a mise en place de ce processus de révision administrative a pour objectifs d'humaniser, de simplifier et d'accélérer les services à la clientèle. Il s'agit d'une activité centralisée qui relève directement du président du conseil d'administration et chef de la direction ». Le système de contestation perd ainsi un palier indépendant de révision.

Enfin, avec la *Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives*, le paritarisme des BRP est déplacé vers la nouvelle Commission des lésions professionnelles (CLP), remplaçant la CALP comme tribunal indépendant d'appel de dernière instance traitant les demandes de contestation des décisions de la CSST, et dont les employeurs assurent le financement<sup>89</sup>. Les membres syndicaux et patronaux n'ont pas de pouvoir décisionnel à la CLP, contrairement à la situation au BRP. Khuong et Cloutier précisent :

[a]vant de convoquer les parties à une audience, la CLP tentait d'abord de régler le désaccord par la voie de la conciliation. [...] La CLP avait le pouvoir de trancher toute question de droit ou de fait nécessaire à sa compétence,

**a** Nous présentons les trois modes de tarification actuellement en vigueur à la CNESST dans la partie 2.2.

**b** Les mutuelles de prévention sont également présentées dans la partie 2.2.

et ses membres bénéficiaient de l'immunité des commissaires nommés en vertu de la *Loi sur les commissions d'enquête*. [...] Le fonctionnement de cette entité était [...] distinct des autres tribunaux de la province [...] <sup>90</sup>.

Alors que la CALP était sous la responsabilité du ministère de la Justice, la CLP est dorénavant sous celle du ministère du Travail.

Depuis le tournant des années 2000, quelques évolutions législatives importantes sont survenues quant au financement, à l'organisation et au système de contestation des décisions du régime québécois de compensation des lésions professionnelles sans que l'intégrité de la LSST et de la LATMP en soit affectée. En 2002, dans un contexte de stabilité financière, la *Loi modifiant la Loi sur la santé et la sécurité du travail et d'autres dispositions législatives* remplace le fonds des accidents de 1931 par le Fonds de santé et sécurité du travail (FSST). Cette intervention établit une fiducie, dont la CSST est fiduciaire, ce qui soustrait cette dernière « de l'application de la *Loi sur l'administration financière* et qui oblige la commission à préparer une déclaration de services et préparer un plan stratégique <sup>91</sup> ». Dès 2003, toutes les sommes versées en vertu de la LSST et de la LATMP, selon les décisions de la commission, sont prélevées du FSST et la gestion d'une partie du fonds est confiée à la CDPQ <sup>92</sup>. Puis, en 2009, la *Loi modifiant le régime de santé et de sécurité du travail afin notamment de majorer certaines indemnités de décès et certaines amendes et d'alléger les modalités de paiement de la cotisation pour les employeurs* indexe le montant des amendes prescrites par la LSST et le niveau de certaines indemnités de décès <sup>93</sup>.

Finalement, le projet de loi 42 déposé en 2015 constitue l'intervention la plus significative des dernières années. Elle a eu pour effet de fusionner la CSST, la Commission de l'équité salariale et la Commission des normes du travail, pour créer la CNESST, tout en laissant intacts les régimes de prévention de la LSST et d'indemnisation/réparation de la LATMP. Au même moment, la CLP a été fusionnée avec la Commission des relations du travail pour créer le Tribunal administratif du travail (TAT), sous la responsabilité du ministère du Travail <sup>94</sup>. Avec la création du TAT le 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'objectif était de réaliser des économies, notamment par « l'abolition de la présence automatique des membres paritaires pour les audiences de la section indemnisation de l'ancienne CLP <sup>95</sup> ».

**a** Plus précisément,

[I]es membres du TAT sont nommés par le gouvernement, après consultation du Comité consultatif du travail et de la main d'œuvre, et ce, pour un mandat de cinq ans, renouvelable. Ils doivent posséder une expérience pertinente de 10 ans dans le domaine. [...] Les membres bénéficient des pouvoirs et immunités des commissaires

Aujourd'hui, le TAT occupe notamment la fonction d'organe d'appel en dernière instance des décisions de la CNESST, à travers sa Division de la santé et de la sécurité du travail, offrant la possibilité de régler les litiges à l'amiable par le recours à des services de conciliation <sup>95</sup>.

\*\*\*\*\*

Nous avons vu dans ce chapitre que le régime mis en place en 1931 misait, pour son financement, sur la mutualisation publique des risques des employeurs. Au fil du temps, le système a connu des réformes successives qui ont en commun d'avoir érodé le principe de mutualisation en introduisant progressivement une personnalisation des cotisations des employeurs. Cette évolution est résumée dans le tableau 1 présenté ci-dessous <sup>96</sup>. Même si certaines de ces réformes ont été motivées par la volonté de rendre le système plus efficace ou de réduire la tendance à la judiciarisation, ces objectifs ne semblent pas avoir été atteints. Dans la prochaine section, nous nous pencherons plus en détail sur le mode de financement actuel de la CNESST.

---

nommés en vertu de la *Loi sur les commissions d'enquête*, tout comme c'était le cas pour la CLP [...]. Les conditions de travail, rémunération et avantages sociaux des membres sont déterminés par règlement du gouvernement. [...] Le processus de conciliation est maintenu au sein du TAT. [...] La décision du TAT est finale et sans appel. Un processus de révision est toutefois possible, dans trois cas précis [...].

Rady KHUONG et Catherine CLOUTIER, « Fusions et modifications : un nouveau régime des relations de travail au Québec en 2016 », *Canadian Journal of Administrative Law & Practice*, vol. 29, n° 3, septembre 2016, p. 292-293.

Tableau 1

### Évolution du mode de financement et du système de contestation du régime québécois d'indemnisation des lésions professionnelles

	Financement et tarification	Système de contestation		
		Révisions administratives	Appel en dernière instance	Évaluation médicale
1931	Mutualisation et Fonds des accidents	Interne : Commissaires		
1941	↓	↓		Bureau médical (diagnostics et expertises)
1974	↓	↓	Interne : Bureau d'appel et contentieux	↓
1977	↓	Interne : Bureau de révision	Indépendant : Commission des Affaires sociales (CAS)	↓
1978-1980	Principe mérite-démérite	↓	↓	↓
1985	Principe mérite-démérite + Contestation de l'avis de cotisation ↓	Bureaux de révision paritaire (BRP) (1986-1998)	Commission d'appels en matière de lésions professionnelles (CALP) (1986-1998)	Service d'arbitrage médical (SAM)
1989	Tarification par incidences ↓	↓	↓	↓
1990	↓	↓	Introduction de la conciliation à la CALP	↓
1992	↓	Services de conciliation aux BRP	↓	Bureau d'évaluation médicale (BEM)
1996	Principe d'utilisation de l'expérience	↓	↓	↓
1997	↓	Direction générale de la révision administrative (DGRA) (sans audiences)	Commission des lésions professionnelles (CLP)	
1998	Mutuelles de préventions ↓	↓	↓	
2002	Fonds de la santé et sécurité du travail ↓		↓	
2016			Tribunal administratif du travail (TAT) ↓	





## CHAPITRE 2

## Les modes de tarification des cotisations

Ce chapitre présente plus en détail le mode actuel de financement de la CNESST. En premier lieu, nous verrons les principales données opérationnelles et financières liées au financement de la CNESST. Nous décrirons ensuite les trois modes de tarification des cotisations en vigueur à la CNESST, à savoir le *taux de l'unité*, puis deux modes de tarification par incidences, soit le *taux personnalisé* et le *régime rétrospectif*. Nous présenterons enfin le *principe d'imputation* des coûts des lésions professionnelles, un dispositif administratif en fonction duquel la contestation des décisions de la CNESST peut affecter la cotisation des employeurs.

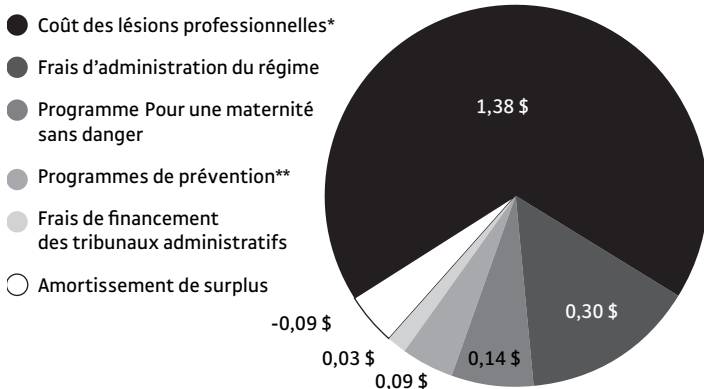
### 2.1 FINANCEMENT ET OPÉRATIONS DE LA CNESST : COTISATION, FSST ET CAPITALISATION

En vertu des deux lois-cadres de 1979 et 1985, les cotisations des employeurs financent en réalité deux régimes distincts. D'une part, le régime de prévention de la LSST et, d'autre part, le régime de réparation de la LATMP<sup>97</sup>. De plus, comme la CNESST l'explique, une « cotisation distincte est également prélevée pour l'administration des activités des secteurs des normes du travail et de l'équité salariale<sup>98</sup> ». Pour 2020, le taux moyen de cotisation par tranche de 100 \$ de masse salariale assurable est établi à 1,85 \$<sup>a</sup>. Le graphique 1 présente la répartition de ce taux en fonction des différents coûts, frais et programmes de la CNESST.

Rappelons que la CNESST est aussi en partie financée par la valorisation financière de ses actifs, c'est-à-dire que ses activités reposent aussi sur ses revenus de placement. En 2018, 82 % des produits du FSST provenaient

Graphique 1

#### Répartition du taux moyen de cotisation par tranche de 100 \$ de masse salariale assurable, 2020



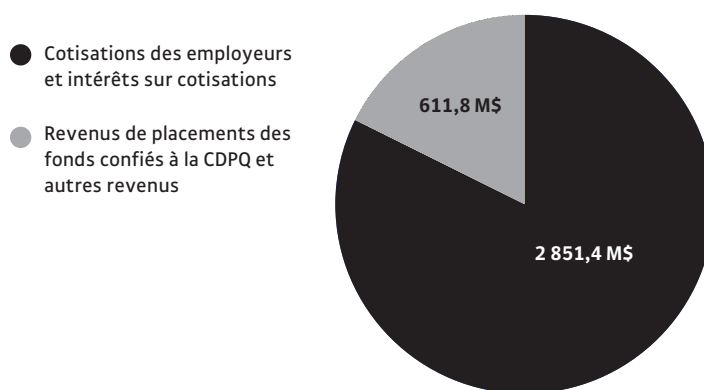
\* Comprend les indemnités de remplacement du revenu, les frais d'assistance médicale et de réadaptation, les indemnités pour préjudice corporel et les indemnités de décès.

\*\* Comprend le financement des organismes qui fournissent des services liés à la santé au travail, à la formation et à l'information ainsi qu'à la recherche et à la programmation.

SOURCE : CNESST, *Parlons assurance 2020*, DC100-313-26, septembre 2019, p. 3.

Graphique 2

#### Répartition des produits du FSST, 2018



SOURCE : CNESST, *Statistiques annuelles 2018*, DC200-1046-25, 2019, p. 28.

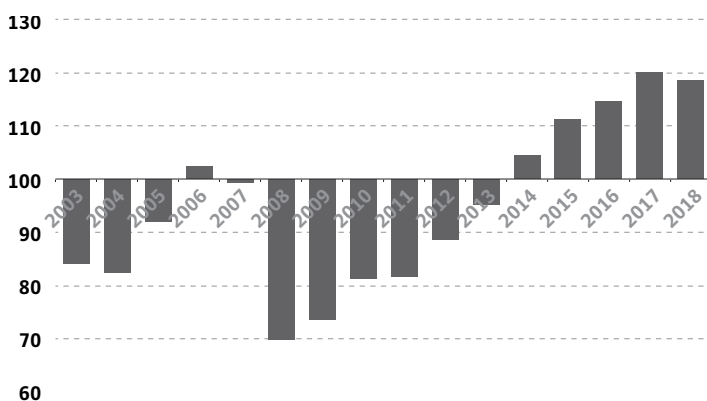
a Toutes les sommes présentées dans cette étude sont en dollars courants, sauf avis contraire.

des cotisations des employeurs (incluant intérêts), alors que 18 % étaient le fruit de revenus des placements confiés à la CDPQ (graphique 2).

La crise financière de 2007-2008 provoquera une baisse majeure de la valorisation des actifs de la CDPQ et le FSST connaîtra à ce moment un important déficit. La CSST demeurera sous-capitalisée jusqu'en 2013<sup>99</sup>. Le graphique 3 présente le résultat global de la CNESST selon le niveau de capitalisation effective aux fins de la tarification, c'est-à-dire « correspond[ant] à la proportion du total de l'actif sur le total du passif en excluant les obligations relatives aux maladies professionnelles latentes non encore déclarées<sup>100</sup> ».

Graphique 3

### Résultat global, niveau de capitalisation effectif aux fins de la tarification (%), 2003-2018, CNESST



SOURCE : CNESST, Données opérationnelles et financières (01-14), Demande d'accès à l'information N/D 194260DAJ, 9 octobre 2019.

## 2.2 LES MODES DE TARIFICATION DES COTISATIONS

Pour faciliter la compréhension du financement de la CNESST<sup>101</sup>, le tableau 2 présente un aperçu des différents modes de tarification qui permettent de déterminer le niveau des cotisations exigées des employeurs. Il existe actuellement trois modes de tarification à la CNESST, soit le taux de l'unité, le taux personnalisé et le régime rétrospectif. Ces deux derniers modes de tarification reposent en tout ou en partie sur la personnalisation de la tarification et s'appliquent aux moyennes, grandes et très grandes entreprises ainsi qu'aux employeurs membres d'une mutuelle de prévention.

Le « taux de l'unité » s'applique aux entreprises ayant de petites masses salariales. Il correspond au principe de mutualisation des coûts des lésions professionnelles

par secteur d'activités, c'est-à-dire que le poids des coûts de lésions survenues chez un employeur ne repose pas seulement sur ses épaules, mais est diffusé au dossier de l'ensemble des employeurs classifiés dans la même (ou les mêmes) unité(s) de classification. En effet, selon la nature des activités, un employeur peut être classifié dans plus d'un secteur. Sa cotisation est déterminée par un calcul tenant compte d'un taux moyen et des taux pondérés de chacun de ces secteurs de classification<sup>102</sup>. Les taux de cotisation de la tarification par unités de classification sont publiés annuellement<sup>103</sup>.

En outre, les associations d'employeurs et de travailleuses et travailleurs peuvent mettre sur pied des associations sectorielles paritaires (ASP). La mise en place de ces associations est obligatoire dans le secteur de la construction. Selon la CNESST, les ASP sont dédiées à la prévention. Il existe dix ASP, administrées de façon paritaire, toutes financées par une cotisation spéciale des employeurs de leurs secteurs respectifs, cotisation dont le taux inclut un taux d'ASP<sup>104</sup>.

La cotisation des moyennes et des grandes entreprises, mais aussi celle des employeurs membres des mutuelles de prévention, est déterminée en fonction d'un « taux personnalisé », dont le calcul tient compte du dossier d'incidences de lésions de l'employeur. La tarification personnalisée a un effet prospectif, c'est-à-dire qu'elle « ajuste les cotisations futures par des rabais ou des surcharges basés sur l'expérience passée<sup>105</sup> ». Ainsi, plus le coût des lésions survenues dans les milieux de travail de l'entreprise en question est élevé, plus la cotisation exigée de cet employeur est susceptible d'augmenter dans le futur. Pour déterminer le montant de la cotisation d'un employeur au taux personnalisé, on compare

les coûts des lésions professionnelles portés à son dossier [sur une période de référence de quatre ans] à ceux portés aux dossiers des employeurs qui exercent les mêmes activités, en tenant compte de la taille de son entreprise [en fonction de la masse salariale]<sup>106</sup>.

En fait, lorsqu'on applique un taux personnalisé, plus l'entreprise est grande, c'est-à-dire plus sa masse salariale assurable est importante, plus le degré de personnalisation de sa tarification est important<sup>a</sup>.

#### a Plus précisément,

[e]n règle générale, pour un employeur dont l'entreprise est de moyenne taille, la partie du taux calculée selon le risque propre à ses activités est de moindre importance. [...] À l'opposé, l'employeur qui verse une importante masse salariale bénéficie d'un taux fortement personnalisé.

CNESST, Statistiques annuelles 2018, DC200-1046-25, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2019, p. 28.

Tableau 2

**Modes de tarification des cotisations à la CNESST**

Tarification	Calcul de la prime	Cotisations annuelles	Nombre d'employeurs en 2017 *
<b>Taux de l'unité (petites entreprises)</b>	La prime est calculée à partir du taux de chaque unité** dans laquelle les activités de l'entreprise sont classées. Ce taux est établi en fonction de l'expérience de l'ensemble des employeurs classés dans une unité.	Jusqu'à 7500 \$	149 984 (73 %)
<b>Taux personnalisé (moyennes et grandes entreprises) (groupes d'employeurs membres d'une mutuelle)</b>	La prime est calculée à partir du taux de chaque unité correspondant aux activités de l'employeur, ajusté pour tenir compte des efforts investis*** pour prévenir les lésions professionnelles, faciliter la réadaptation et favoriser un retour au travail prompt et durable. Les employeurs membres d'une mutuelle sont soumis collectivement à la tarification à un taux personnalisé qui tient compte de leurs résultats communs en matière de lésions professionnelles.	Entre 7500 \$ et 400 000 \$ Les cotisations totales des membres de la mutuelle doivent être supérieures à 7500 \$. Les entreprises soumises à la tarification rétrospective ne peuvent pas faire partie d'une mutuelle.	23 764 (12 %) 28 581 (14 %)
<b>Tarification rétrospective (très grandes entreprises)</b>	La prime est établie en fonction du coût réel des lésions professionnelles pour une année donnée. Pour en déterminer le coût, on considère les lésions liées à cette année et leur évolution sur une période de référence.	400 000 \$ et plus	1 510 (1 %)

\* Le nombre d'employeurs provient des données de la CNESST.

\*\* Une unité correspond à un type d'activité d'un employeur. Ce dernier peut être classé dans plus d'une unité. Par exemple, un employeur qui exploite une station-service et un restaurant se verra attribuer deux unités de classification.

\*\*\* La CNESST compare le coût des lésions professionnelles au dossier de l'employeur avec ceux des employeurs classés dans la ou les mêmes unités, ce qui lui permet de déterminer le risque de l'employeur. Ce risque est pris en compte dans le calcul de la prime.

SOURCE : VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, « Chapitre 3. Audit de performance – Prévention en santé et sécurité du travail », Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2019-2020 – Rapport du commissaire au développement durable, mai 2019, p. 21.

D'autres balises permettent de fixer la cotisation exigée des employeurs. Par souci d'équité entre employeurs, le calcul du taux personnalisé distingue les coûts à court et à long termes d'une même lésion<sup>107</sup>. Le mode personnalisé fait ainsi appel à une « limite par lésion », un mécanisme typique dans le monde de l'assurance privée, afin d'éviter les coûts disproportionnellement élevés engendrés par les lésions graves<sup>108</sup>. À l'inverse, les employeurs au taux personnalisé sans lésions professionnelles durant quatre années peuvent profiter de rabais sur leur cotisation future<sup>109</sup>.

Depuis 1998, le taux personnalisé s'applique également aux employeurs membres d'une mutuelle de prévention. Une mutuelle de prévention est une entité privée, fondée par contrat annuel entre la CNESST et l'employeur, définissant les droits et obligations de chacune des parties<sup>110</sup>. Malgré leur désignation (« de prévention ») et la définition officielle de la CNESST, la tarification personnalisée des mutuelles n'est soumise à aucune évaluation en fonction d'indicateurs des efforts en matière de prévention en SST. Leur fonction première est précisément de permettre aux petits employeurs d'avoir accès au taux personnalisé. La

CNESST<sup>111</sup> définit une mutuelle de prévention comme un regroupement d'employeurs dont l'objectif est de « favoriser la prévention des lésions professionnelles, la réadaptation et le retour en emploi des travailleuses et travailleurs accidentés, en vue de bénéficier d'une tarification relative à la [SST] qui reflète leurs efforts ». La CNESST<sup>112</sup> résume ainsi les modalités de la personnalisation de la cotisation s'appliquant à un employeur membre d'une mutuelle : « L'adhésion à une mutuelle suppose [...] que le taux de l'employeur membre sera désormais déterminé à partir des masses salariales et des prestations de tous les employeurs de la mutuelle de prévention<sup>113</sup>. »

La création d'une mutuelle de prévention et l'adhésion à une mutuelle sont volontaires et l'identité des employeurs membres et la nature de leurs activités ne sont pas l'objet de critères<sup>114</sup>. L'employeur participant à une mutuelle doit élaborer un programme de

a Les employeurs désirant devenir membres d'une mutuelle de prévention sont toutefois soumis à trois critères d'admissibilité :

prévention<sup>115</sup>, le mettre à jour annuellement, maintenir le lien d'emploi ainsi qu'« assurer le retour en emploi prompt et durable<sup>116</sup> ». La CNESST indique que la mutuelle de prévention doit pour sa part démontrer qu'elle favorise la prévention, la réadaptation et le retour à l'emploi<sup>117</sup>. La gestion d'une mutuelle de prévention est la responsabilité d'un gestionnaire privé, personne physique ou morale, avec ou sans but lucratif<sup>118</sup>, par exemple d'une firme de services juridiques, d'une firme de consultants en ressources humaines ou d'une compagnie d'assurance. En plus des activités exigées par la loi, certaines mutuelles offrent aussi un service de « gestion des lésions professionnelles » incluant la déposition de contestations des décisions de la CNESST<sup>119</sup>.

Le troisième mode de tarification du régime québécois, la « tarification rétrospective », s'applique aux très grandes entreprises et constitue la tarification la plus personnalisée et réactive. La tarification par incidence rétrospective consiste à prélever une cotisation moyenne en début de période et faire un ajustement par rabais ou surcharge en fonction du dossier de lésions de l'employeur à la fin de la période<sup>120</sup>. La tarification rétrospective est aussi accessible aux regroupements d'employeurs<sup>a</sup> d'un même secteur tels que les établissements publics de services de santé et de services sociaux et les fonds de soutien à la réinsertion

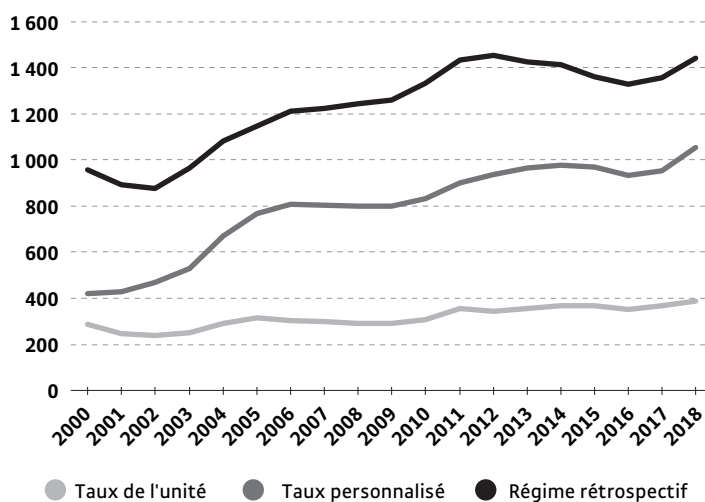
[...] le demandeur doit être un employeur au sens de la [LATMP]. Les travailleurs autonomes et les entreprises n'employant aucun travailleur ne peuvent donc pas adhérer à une mutuelle de prévention. [...] l'employeur doit être en règle avec la CNESST. Cela suppose qu'il respecte toutes les obligations qu'imposent la LATMP et la [LSST] Par exemple, l'employeur en défaut d'acquiescer sa cotisation ne peut pas adhérer à une mutuelle de prévention. [...] les employeurs assurés au taux de l'unité et au taux personnalisé sont admissibles, la performance des employeurs assujettis au mode rétrospectif étant déjà pleinement reconnue.

CNESST, *Ce que vous devez savoir sur les mutuelles de prévention*, DC200-1434, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2018, p. 4, [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Document/DC200-1434web.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Document/DC200-1434web.pdf).

a Par « employeurs formant un groupe », la CNESST désigne ici « l'ensemble formé par une société mère et ses filiales »; la société mère peut être « une personne morale constituée en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies (RLRQ, chapitre C-38) », « une coopérative constituée en vertu de la Loi sur les coopératives (RLRQ, chapitre C67.2) », « une coopérative de services financiers constituée en vertu de la Loi sur les coopératives de services financiers (RLRQ, chapitre C-67.3) », « une organisation constituée ou protégée en vertu de la Loi canadienne sur les organisations à but non lucratif (L.C. 2009, chapitre 23) » ou « une société qui n'est pas elle-même une filiale et qui, directement ou par l'entremise de ses filiales, contrôle chacune des sociétés formant un groupe. » *Ibid.*

Graphique 4

#### Répartition des cotisations selon le mode de tarification, 2000-2018, CSST/CNESST (en M\$)



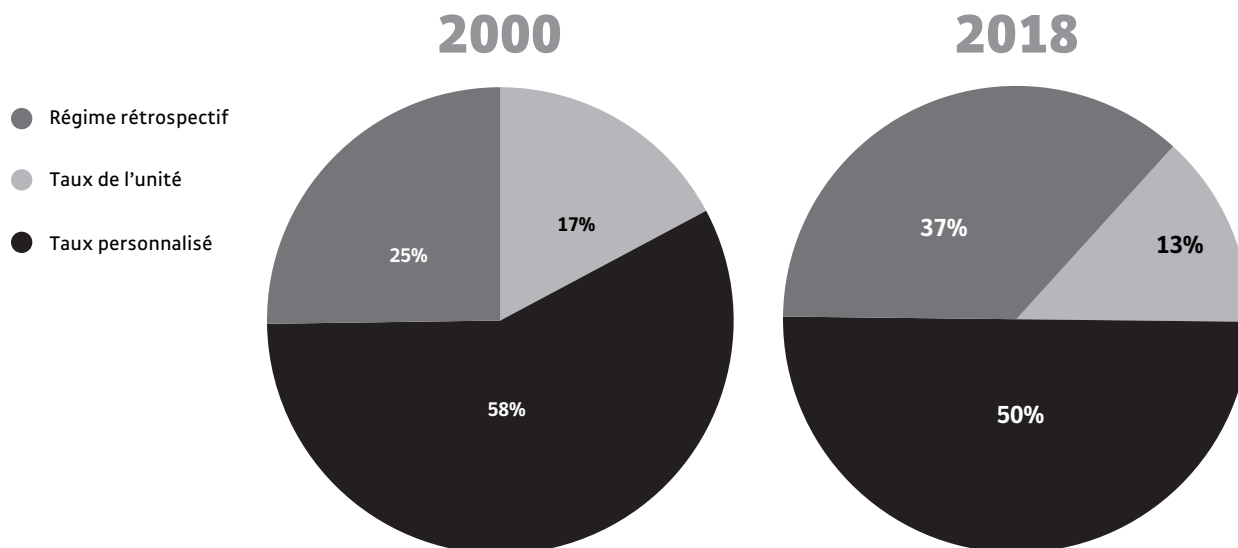
SOURCE : CNESST, *Données opérationnelles et financières (01-14)*, Demande d'accès à l'information N/D 194260DAJ, 9 octobre 2019.

sociale<sup>121</sup>. La CNESST décrit le mécanisme de tarification rétrospective de la manière suivante :

La tarification rétrospective vise à établir la cotisation d'un employeur en traduisant, le mieux possible, le coût réel pour une année donnée. Pour ce faire, la [CNESST] considère les lésions professionnelles liées à cette année et leur évolution sur une période de référence de quatre ans afin d'en déterminer le coût. [...] Cette cotisation est dite « cotisation ajustée rétrospectivement » puisqu'elle ne peut être établie qu'après la survenance et l'évolution des lésions dans l'entreprise de l'employeur. La cotisation ajustée rétrospectivement est comparée à la cotisation basée sur le taux (taux personnalisé, sauf exception) et la différence, l'ajustement rétrospectif, entraîne une baisse ou une hausse de la cotisation [durant l'année de versement de la cotisation]<sup>122</sup>.

La tarification rétrospective se rapproche ainsi du calcul actuariel des primes d'assurance privée en fonction du principe « à chacun son risque, à chacun sa prime ». En effet, sous le mode rétrospectif, le calcul de la cotisation de l'employeur est presque complètement démutualisé, car les coûts des incidences de lésions passées, sur une période de référence de quatre années, pèsent lourdement dans la tarification. L'employeur sous tarification par ajustement rétrospectif doit aussi choisir une limite par lésion<sup>123</sup> et payer une prime d'assurance pour le financement des montants excédant cette limite ainsi que la limite de la portion de sa cotisation ajustée rétrospectivement<sup>124</sup>.

Graphique 5

**Répartition des cotisations selon le mode de tarification, 2000 à 2018, CNESST.**

SOURCE : CNESST, Données opérationnelles et financières (01-14), Demande d'accès à l'information N/D 194260DAJ, 9 octobre 2019.

Bref, la tarification rétrospective ressemble au mécanisme d'« auto-assurance » de certains régimes collectifs d'assurance privée, selon lequel l'employeur endosse totalement les risques de réclamations à son dossier.

Nous avons obtenu, par demandes d'accès à l'information, des données sur l'évolution du rôle des différents modes de tarification dans le financement de la CNESST. Le graphique 4 dresse le portrait de l'évolution du poids respectif des trois modes de tarification dans la répartition des cotisations versées par les employeurs à la CNESST, de 2000 à 2018. Les données sur le taux personnalisé incluent les données sur les mutuelles de prévention.

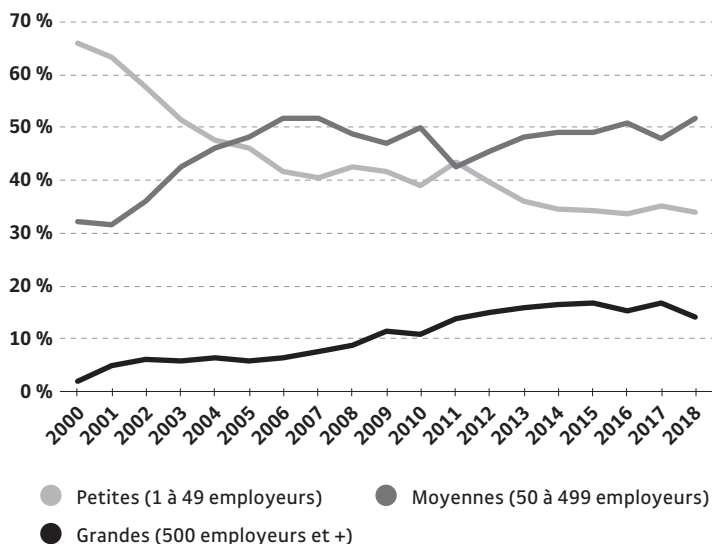
On constate que les sommes versées par les employeurs sont en croissance selon les trois modes de tarification, mais que les modes de tarification par incidences, c'est-à-dire le taux personnalisé et le régime rétrospectif, tendent à jouer un rôle croissant dans le financement de la CNESST. Alors que les cotisations versées en fonction du taux de l'unité passaient de 286 à 387 M\$ (+ 35,5 %) de 2000 à 2018, les cotisations liées au taux personnalisé sont passées de 957 à 1440 M\$ (+50,6 %) et celles liées au régime rétrospectif ont plus que doublé, passant de 419 M\$ à 1053 M\$ (+151,1 %). Le graphique 5 compare, entre 2000 et 2018, la part de chaque mode de tarification dans les cotisations versées par les employeurs. On observe une augmentation de la part du régime rétrospectif et une baisse de celui du taux de l'unité.

Le graphique 6 présente quant à lui la répartition des mutuelles de prévention selon le nombre d'employeurs membres. Afin d'observer l'évolution de la composition des regroupements d'employeurs constituant les mutuelles de prévention, nous avons regroupé les mutuelles en trois catégories : les petites (regroupant moins de 10 à 49 employeurs), les moyennes (50 à 499 employeurs) et les grandes (plus de 500 employeurs).

On observe une tendance à l'expansion des mutuelles de prévention. De 2000 à 2018, le nombre de grandes mutuelles de prévention est passé de 3 à 15 (de 1,9 à 14,2 % du nombre de mutuelles), les moyennes de 50 à 55 (de 32,1 à 51,9 %) et les petites de 103 à 36 (de 66 à 34 %). Nous ne pouvons pas produire une explication définitive de cette tendance, mais une première hypothèse peut être émise : pour se protéger de la réactivité des cotisations personnalisées, en partie démutualisées, les employeurs membres auraient paradoxalement cherché à remutualiser leurs risques, c'est-à-dire à créer des mutuelles de prévention permettant un plus large partage des risques et de l'impact des coûts de lésions sur leurs cotisations. Une seconde hypothèse serait celle d'une stratégie, de la part des employeurs membres des mutuelles de prévention, de réduction de leurs frais de gestion versés aux gestionnaires privés, par le moyen d'une forme d'économie d'échelle. Une dernière hypothèse, correspondant potentiellement à la précédente,

Graphique 6

### Répartition des mutuelles de prévention selon le nombre d'employeurs membres, CSST/CNESST, 2000-2018



SOURCE : CNESST, Données opérationnelles et financières (01-14), Demande d'accès à l'information N/D 194260DAJ, 9 octobre 2019.

voudrait que la concurrence entre gestionnaires de mutuelles ait mené ces derniers à convaincre les employeurs de profiter de certains avantages liés aux grandes mutuelles.

## 2.3 LE PRINCIPE D'IMPUTATION DES COÛTS

Afin de saisir comment la tarification par incidences constitue pour les employeurs une incitation à la gestion active des dossiers de réclamation, à travers la contestation des décisions de la CNESST, il faut comprendre le rôle que joue le principe d'imputation des coûts des lésions professionnelles.

Selon la loi actuelle, la règle générale d'imputation des coûts implique que « le coût des prestations d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est imputé au dossier de l'employeur au service duquel le travailleur bénéficiaire de ces prestations occupait son emploi au moment de son accident ou exerçait un travail de nature à engendrer cette maladie<sup>125</sup> ». Même s'il existait sous une autre forme avant 1985, le principe d'imputation a été élargi par la LATMP<sup>126</sup>. Les nouvelles règles d'imputation des coûts introduites par la loi de 1985 prévoient notamment l'imputation au dossier de l'employeur des frais d'assistance médicale, des indemnités de remplacement

### ENCADRÉ 1

#### Contestation médicolégal (exemple)

Le 2 décembre 2008, la CSST reconnaît qu'une employée d'une commission scolaire souffre d'un cancer de type mésothéliome, causé par l'exposition à l'amiante. La commission scolaire décide de contester la décision de la CSST et de porter le dossier à la CLP. L'employeur, donc la commission scolaire, a déboursé 28 615,15 \$ en honoraires d'avocat ainsi que 12 701,25 \$ pour l'expertise et le témoignage d'un médecin désigné chargé de produire une contre-expertise, pour un total de 41 316,40 \$ en dépenses médicolégal. La CLP, dans sa décision rendue en 2011, impute au dossier de l'employeur un coût de 204 134,23 \$.

SOURCE : Commission scolaire au Coeur-des-Vallées, Demande d'accès à l'information no. 2016-2017-006-1-2 du 21 novembre 2016, Gatineau, [www.cscv.qc.ca/application/files/3315/3658/2416/dai\\_2016-2017\\_006-1.pdf](http://www.cscv.qc.ca/application/files/3315/3658/2416/dai_2016-2017_006-1.pdf).

du revenu (IRR) – incluant en raison des maladies professionnelles – et des frais de réadaptation<sup>127</sup>.

Selon le Commissaire au développement durable dans le Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2019-2020, en exerçant son droit de contestation, un employeur peut éviter que les coûts d'une lésion soient imputés à son historique d'incidences, et ce faisant il peut atténuer l'impact d'une lésion sur la prime qu'il doit payer parce qu'elle ne sera pas considérée dans le calcul<sup>128</sup>.

L'encadré 1 présente un cas de contestation médicolégal d'une décision de la commission d'imputation des coûts liés à une maladie professionnelle, dont les informations ont été obtenues grâce à une demande d'accès à l'information<sup>129</sup>. Bien que le montant initial des coûts imputés soit inconnu, on remarque que, pour chaque dollar d'indemnités imputées au dossier de l'employeur à la suite de l'appel de dernière instance, plus de 20 ¢ ont été dépensés en expertise médicolégal.

Ainsi, une série de dispositions de la loi prévoit des cas où les coûts d'une lésion peuvent être portés au dossier individuel de l'employeur chez qui la lésion est initialement survenue, d'autres où ils sont imputés à l'ensemble des employeurs d'une unité, ou d'autres

encore aux employeurs de toutes les unités<sup>a</sup>. Cette externalisation et ce partage des coûts peuvent s'étendre aux employeurs d'une seule des unités de classification à laquelle l'employeur en question appartient, à plusieurs ou à l'ensemble des unités de classification supportant les coûts d'une lésion imputables à un tiers<sup>b</sup>.

La LATMP prévoit de plus des cas dans lesquels les coûts de lésions ne sont pas portés à des dossiers d'employeurs, reliés par exemple aux travailleuses et travailleurs déjà handicapés avant d'être victimes d'une lésion professionnelle et plus largement aux cas, prévus par la LATMP, de « condition personnelle » préexistante. Ces coûts sont considérés comme « coûts non imputés » (CNI)<sup>c</sup>. Par ailleurs, c'est la nature des coûts d'indemnités et de

**a** Par exemple, les coûts d'une lésion imputés aux employeurs de toutes les unités

concerne[nt] le remplacement de prothèses ou d'orthèses endommagées involontairement au travail, les prestations d'assistance médicale pour les lésions professionnelles n'empêchant pas le travailleur d'accomplir ses tâches au-delà du jour où s'est manifestée sa lésion, les frais relatifs au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite ou certains honoraires reliés au processus d'évaluation médicale.

CLICHE, Bernard et al., *Guide pratique du financement du régime d'indemnisation des lésions professionnelles*, Yvon Blais, 2016, p. 92.

**b** La loi prévoit aussi des cas où le coût d'une lésion « obère injustement » l'employeur, c'est-à-dire le « charge » de manière injuste ou « l'accable » de dettes, justifiant ainsi un partage des coûts. *Ibid.*, p. 92-96. Pour plus de détails sur les règles particulières de la LATMP prévoyant les dispositions et exceptions concernant l'imputation des coûts des lésions professionnelles dans les cas de délais de chirurgies, de maladies professionnelles attribuables à plus d'un employeur, de travailleuses et travailleurs déjà handicapés, de demandes de transferts partiels, d'omissions de soins ou de traitements, de certains coûts d'assistance médicale, d'accidents à la suite d'un désastre et d'employeurs tenus personnellement responsables au paiement des prestations, *Ibid.*

**c** Afin de financer les CNI,

[c] haque année, une partie du taux de prime de tous les employeurs est consacrée au financement de ces coûts. La Décision de classification permet aux employeurs d'avoir, pour chacune des unités de classification qui leur sont attribuées, une indication de la portion du taux de prime qui sert au financement des CNI. Les CNI constituent en moyenne 30 % du coût total des lésions professionnelles.

CNESST, *Parlons assurance 2020...*, op. cit., p. 3.

Comme l'explique un actuaire,

[a]lors que les coûts non imputés aux employeurs sont essentiellement imputés proportionnellement à l'ensemble des employeurs, des unités sont des utilisateurs importants alors que d'autres unités utilisent peu les transferts ou partages de coût. Cette situation a amené certaines personnes à dénoncer ce manque d'équité entre les différentes unités de classification.

LAROCHE, Richard, « Le financement des coûts non imputés à la CSST : où en est-on ? », *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail*, vol. 263, 2007, p. 7.

prestations qui détermine la période de début d'imputation de coûts aux dossiers des employeurs sous tarification par incidences. La CNESST présente les types de coûts imputés et leur période d'imputation respective (tableau 3).

La méthode de calcul des coûts de lésions imputés à l'employeur, déterminée selon une période de référence de quatre ans, varie pour les employeurs au taux personnalisé et sous régime rétrospectif. Pour les employeurs au taux personnalisé,

la période de référence de quatre ans [...] se termine un an avant l'année de tarification. Pour 2019, elle considère les coûts des lésions survenues au cours des années 2017, 2016, 2015, et 2014<sup>30</sup>.

Pour les employeurs sous régime rétrospectif, le calcul « tient compte du coût de toutes les lésions liées à l'année de tarification et imputé à l'employeur pour cette année et les trois suivantes<sup>31</sup> ». Sous les deux modes de tarification par incidences, un « facteur de chargement », variant selon la catégorie de lésions, est appliqué au calcul des coûts imputés<sup>d</sup>.

Tableau 3

### Types de coûts imputés et période d'imputation à la CNESST

Type de prestations ou d'indemnités	Date d'imputation
Indemnité de remplacement du revenu (IRR)	Période pour laquelle le travailleur est indemnisé
Frais d'assistance médicale et de réadaptation	Date où le service est rendu ou le bien reçu
Décès	
■ Indemnités forfaitaires versées à l'enfant mineur	■ Date où l'enfant accède à la majorité
■ Autres indemnités forfaitaires	■ Date de décès du travailleur
■ Autres indemnités mensuelles	■ Période pour laquelle l'indemnité est versée
■ Remboursement de frais divers	■ Date où le service est rendu ou le bien reçu
Indemnité forfaitaire pour préjudice corporel	Date de la première décision qui accorde l'indemnité

SOURCE : CNESST, *L'ajustement rétrospectif de la cotisation 2020. Guide de l'employeur*, DC200-1443-18, 2019, p. 14, [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1443-18web.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1443-18web.pdf).

**d** L'application de ce facteur de chargement varie. Sous le taux personnalisé, « la CNESST calcule un coût d'indemnisation qui englobe une estimation des coûts futurs », et elle applique « un facteur qui varie en fonction de la catégorie de la lésion et de l'année où elle est survenue. Aucun coût futur n'est toutefois calculé pour les lésions survenues durant la dernière année de la période de référence. » CNESST, *Pour mieux comprendre le mode de tarification au taux personnalisé*. Santé

## ENCADRÉ 2

Mécanisme d'imputation-désimputation  
(exemple)

Un employé subit un accident de travail le 1<sup>er</sup> mars et rencontre son médecin traitant pour évaluer sa condition et entreprendre un suivi médical. Trois mois plus tard, le 1<sup>er</sup> juin, l'employeur demande à un médecin désigné d'évaluer à son tour le travailleur accidenté. Même si le médecin traitant du travailleur poursuit le suivi médical et un plan de traitement qui améliorent l'état de l'employé, le médecin désigné de l'employeur « consolide la lésion du travailleur sans séquelles », c'est-à-dire qu'il déclare qu'une amélioration médicale supplémentaire de la condition du patient est impossible, et qu'il y a absence d'atteinte permanente ou de limitation fonctionnelle. Selon cette contre-expertise, le travailleur devrait réintégrer son emploi.

Pour trancher entre l'avis du médecin du travailleur (médecin traitant) et du médecin de l'employeur (médecin désigné), l'employeur demande un avis au Bureau d'évaluation médicale (BEM). Le 1<sup>er</sup> octobre, soit six mois après l'accident de travail et deux semaines après le retour du travailleur à son emploi, le BEM donne raison au médecin du travailleur et consolide la lésion le 1<sup>er</sup> octobre, sans séquelles.

Mais l'employeur conteste également la date de consolidation. C'est au Tribunal administratif du Travail (TAT) que revient la décision finale sur ce point. Toutefois, avant que le TAT entende la cause,

le service de conciliation du TAT tente de rapprocher les parties. Il y parvient et les parties syndicale et patronale ainsi que le travailleur conviennent de retenir la date de consolidation du 1<sup>er</sup> juin, date de l'expertise du médecin désigné de l'employeur.

Même si le travailleur a bénéficié d'indemnisations jusqu'au 1<sup>er</sup> octobre, il n'y a pas de recouvrement rétroactif de ces indemnités. Le travailleur n'y perd donc rien.

Au TAT, l'employeur se désiste de la contestation de la réclamation en échange du déplacement de la date de consolidation. Cette manœuvre est hautement rentable étant donné l'impact qu'aurait l'indemnisation sur son dossier personnalisé. Toutes les sommes versées comme indemnités (ainsi que les frais de traitement, de déplacement pour les traitements et de médicaments) entre le 1<sup>er</sup> juin et le 1<sup>er</sup> octobre sont éliminées (ou dés-imputées) de son dossier. Si au contraire la date de consolidation avait été maintenue au 1<sup>er</sup> octobre, ces sommes auraient été imputées au dossier de l'employeur du montant total de la valeur des indemnisations multiplié par un « facteur de chargement » (pouvant aller jusqu'à 4,4) attribué à l'employeur.

Ainsi, pour 12 000 \$ d'indemnisations versées à un travailleur, la réduction inscrite dans le dossier d'un employeur qui aurait un facteur de chargement de 3,8 s'élèverait à 45 600 \$. La contestation puis l'entente négociée sur la date de consolidation permet ultimement à l'employeur de faire disparaître cette somme dans le calcul que fera la CNESST pour déterminer ses cotisations futures.

et sécurité du travail: tarification 2019, DC100-1657-6, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, novembre 2018, p. 7.

Les catégories de facteurs de lésions sont les suivantes : « dossier actif », « dossier inactif » et « décès ». La définition des catégories de lésions sont les suivantes :

Un dossier actif est un dossier touchant une lésion qui continue d'entraîner des coûts. Le facteur est alors plus élevé parce que cette lésion risque davantage d'impliquer d'autres coûts ultérieurement. Un dossier inactif concerne une lésion ayant entraîné des frais uniquement au début de la période de référence. Le facteur dans ce cas est donc moins élevé. *Ibid.*

C'est ce qui explique pourquoi l'employeur est financièrement incité à offrir l'assignation temporaire au travailleur. Sous le régime rétrospectif, le facteur

pour coût d'indemnisation varie en fonction de l'ajustement (provisoire, second provisoire, rétrospectif) et de la catégorie dans laquelle le dossier de la lésion est classé : décès, dossier inactif, dossier actif. Il

permet notamment de répartir équitablement les coûts futurs entre les différentes catégories de dossiers de lésion.

CNESST, *L'ajustement rétrospectif de la cotisation 2019. Guide de l'employeur*, DC200-1443-17, juillet 2018, p. 15.

Enfin, sous le taux personnalisé, la limite par lésion peut être, en l'occurrence, déclenchée et appliquée au calcul. *Ibid.*, p. 10. Sous le régime rétrospectif, une quote-part « correspondant à la contribution de l'employeur au coût d'indemnisation imputé aux employeurs classés dans la même unité de classification, ou dans plusieurs unités dont la sienne fait partie », un « facteur pour dépenses non imputées à l'employeur » et, en l'occurrence, un coût total après limite, sont inclus dans le calcul. *Ibid.* p. 16-17.



Dans cet exemple, on voit comment le mode de tarification personnalisé peut rendre la gestion administrative d'un dossier plus rentable que la prévention à long terme.

Au-delà de la complexité des méthodes de calcul des coûts imputés, la loi québécoise confère à l'employeur différents droits de contestation en matière de financement et de réparation, notamment de contestation de la décision d'indemnisation, mais aussi de l'imputation des coûts au dossier dans l'avis de cotisation, et même de la cotisation elle-même, sans contestation des coûts imputés, par exemple afin de contester la classification d'une entreprise. Comme le note Lippel :

Tout porte à croire que beaucoup de ces contestations n'ont pas pour objectif de remettre en question la légitimité d'une réclamation, ni même la durée de l'incapacité. Souvent, elles ont des répercussions légales uniquement en ce qui a trait à la cotisation de l'employeur, soit en permettant l'imputation des coûts au fonds général ou en réduisant l'impact d'une lésion sur la cotisation par le biais des modalités spécifiques du Règlement sur l'utilisation de l'expérience et des règlements connexes. Par exemple, en modifiant le trimestre de tombée de la date de consolidation ou en reconnaissant une réclamation à titre de rechute plutôt qu'à titre de nouvelle lésion, on altère de manière significative l'impact économique sur la cotisation. Lorsque la contestation a une telle visée [...], elle tirera sa raison d'être d'objectifs économiques étrangers au but de la loi<sup>132</sup>.

C'est donc dire que ce ne sont pas toutes les contestations de décisions qui nuisent aux droits des travailleuses et travailleurs. Dans certains cas, les contestations peuvent mener à une entente jugée adéquate tant par le travailleur que par l'employeur. Toutefois, le mode de tarification des cotisations peut même inciter l'employeur à réduire l'indemnité de remplacement du revenu grâce à la contestation des décisions, à l'assignation temporaire et à la réintégration en emploi du travailleur.

Afin d'illustrer concrètement cette logique de contestation des décisions, permettant la réduction et le transfert des coûts imputés au dossier de l'employeur, l'encadré 2 présente un exemple fictif de contestation affectant la période d'imputation des coûts portés au dossier de lésions de l'employeur. Dans cet exemple, après que l'employeur au taux personnalisé ait porté en appel la décision de révision administrative de la DRA, le recours au service de conciliation du TAT permet de régler le dossier. Surtout, on voit comment le mode de tarification personnalisé peut rendre la gestion administrative d'un dossier plus rentable que la prévention à long terme.

Comme le concluait l'actuaire Richard Larouche<sup>133</sup> dans une étude publiée en 2007, « plus la cotisation des

employeurs est personnalisée, plus ils sont actifs en matière de demande de transfert ou partage d'imputation ». Mais quels sont les tenants et aboutissants de ce que la Commission de l'économie et du travail nommait en 2006 une incitation à la « contestation systématique »? Parmi les causes de cette incitation, la commission soulignait les trop courts délais permettant la contestation des décisions, indiquant qu'« il semble que plusieurs ne contestent une décision que pour avoir le temps de l'examiner et de décider s'il faut bien la contester, et ce, simplement pour ne pas perdre leur droit par l'effet de la prescription<sup>134</sup> ». Toujours selon ce rapport, une autre cause de la « culture de contestation » du régime québécois de réparation des lésions professionnelles serait l'incitation générée par les transformations de ce mode de financement<sup>135</sup>. Le prochain chapitre vise précisément à savoir si un lien peut être fait entre la personnalisation du financement du régime et sa judiciarisation.



## CHAPITRE 3

## LA JUDICIARISATION DU RÉGIME QUÉBÉCOIS D'INDEMNISATION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES : ANALYSE STATISTIQUE

Nous avons vu jusqu'à maintenant comment le système d'indemnisation des travailleuses et travailleurs accidentés au Québec a évolué au fil du temps relativement à deux dimensions précises : celle du financement du régime et celle des droits de contestations consentis tantôt aux employeurs et tantôt aux employé-e-s. Historiquement, le financement personnalisé était l'exception à la règle au Québec et la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP) de 1985 n'y change rien, puisqu'elle s'inscrit en continuité avec la loi de 1931. Ce sont plutôt les réformes des années 1990 qui vont intensifier l'utilisation de la personnalisation du mode de financement de la CSST (1989, 1996 et 1998). Dans ce chapitre, nous tâcherons de mesurer l'impact de ces réformes.

Quel fut donc l'impact de la mise en place de la tarification par incidences sur la contestation des décisions de la commission? Est-il possible de confirmer et, en l'occurrence, de mesurer l'évolution de la judiciarisation du régime, décrite au moins depuis le début des années 1990?

Nous présenterons une analyse de données statistiques portant sur l'évolution (1) des demandes de révision des décisions de la CNESST inscrites à la DRA, (2) des dossiers d'appel des décisions de la DRA ouverts au TAT et (3) des demandes d'évaluation médicale reçues au BEM. Nous comparons enfin la trajectoire du Québec avec celle des régimes de l'Ontario et de la Colombie-Britannique.

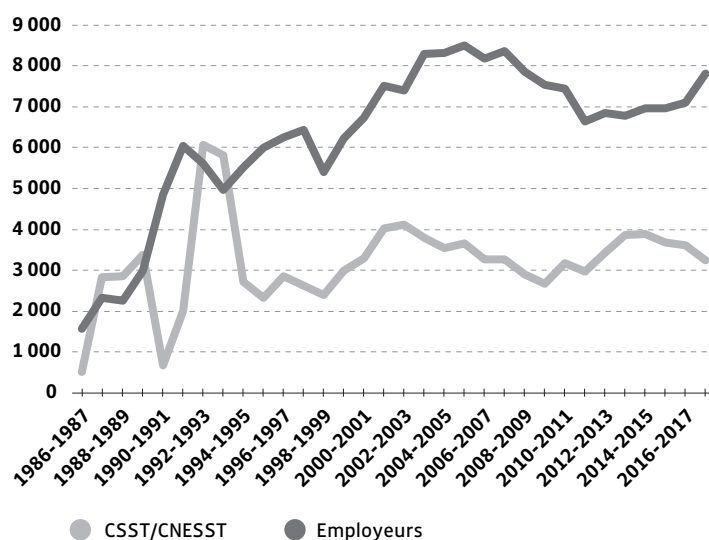
### 3.1 ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE CONTESTATION : ÉVALUATION MÉDICALE, RÉVISIONS ET APPELS

Dans ce qui suit, nous cherchons à savoir s'il est possible d'observer un impact de la personnalisation du financement du régime québécois sur l'évolution des

efforts de contestation des employeurs. Nous débutons par les demandes d'évaluation médicale. Le graphique 7 présente l'évolution du nombre de demandes d'évaluation médicale au SAM, puis au BEM, de la part de la CNESST et des employeurs, par année administrative, de 1986-1987 à 2017-2018.

De 1986-1987 à 1989-1990, on observe une croissance des demandes d'évaluation médicale tant de la part de la CSST que des employeurs. Puis, avec la première réforme de personnalisation du financement de 1989, les demandes des employeurs bondissent de 101 % de

Graphique 7  
Demandes d'évaluation médicale au SAM (1986 à 1992) et au BEM (1992 à 2018), 1986-1987 à 2017-2018



SOURCE : De 1986-1987 à 2014-2015 : UTTAM, *Le processus d'évaluation médicale à la CNESST*, Montréal, Union des travailleuses et travailleurs accidenté-e-s de Montréal, 2016, p. 4, [uttam.quebec/documents/BEM\\_2014-2015.pdf](http://uttam.quebec/documents/BEM_2014-2015.pdf) ; De 2015-2016 à 2017-2018 : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Demande d'accès à l'information, Référence 19338.

1989-1990 à 1991-1992. La personnalisation du financement aurait donc eu un impact quasi immédiat en incitant les employeurs à contester l'évaluation médicale du médecin traitant au SAM, avant que celui-ci soit transformé en BEM. Du côté des demandes de la CSST, elles sont multipliées par huit entre 1990-1991 à 1992-1993. Par la suite, malgré l'élargissement de son pouvoir d'expertise médicale sous le BEM, les demandes de la CSST redescendent de 1992-1993 à 1994-1995 (-55 %), puis se stabilisent relativement depuis, oscillant entre environ 3000 et 4000 demandes par année.

Après une diminution de 1991-1992 à 1993-1994, et après la réforme de personnalisation du financement de 1996 et la création des mutuelles de prévention en 1998, les demandes des employeurs ont cru de 5390 en 1998-1999 à 8499 en 2005-2006.

Le graphique 8 montre l'évolution du nombre de demandes d'évaluation médicale en fonction du nombre de travailleuses et travailleurs couverts par le régime. On constate qu'à la suite aux réformes des années 1990, le nombre de demandes augmente rapidement entre 1998-1999 et 2005-2006. Malgré les fluctuations, tant les demandes formulées par la CNESST que par les employeurs sont néanmoins en légère baisse pour l'ensemble de la période allant de 1994 à 2017. Malgré cette légère diminution, il n'en demeure pas moins que le BEM, qui n'a pas d'équivalent dans les provinces

comparées, est une structure qui gère plus de 10 000 demandes de révision par année.

En ce qui a trait maintenant à l'évolution des contestations des décisions, nous avons compilé les données quant au nombre de demandes de révision administrative inscrites aux BRP de 1986 à 1998 et obtenu, par demandes d'accès à l'information, les données équivalentes de la DRA de 1999 à 2018. Les graphiques suivants présentent respectivement le total annuel des demandes de révision administrative inscrites (graphiques 9 et 10), les demandes inscrites pour motif de réparation réparties par travailleuses et travailleurs et employeurs (graphiques 11 et 12) et les demandes inscrites pour motif de financement (graphique 13).

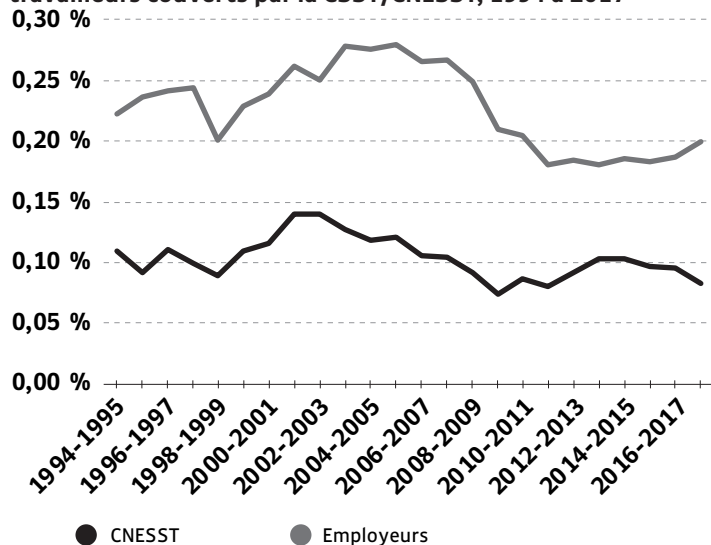
Notons que ces données « ne tiennent pas compte des » contestations « envoyées directement à la commission par un employeur qui remet en question la réclamation de son employé au moment de la soumission de la réclamation initiale, contestation qui mène à une réponse négative de la part de la commission<sup>136</sup> ». En effet, avant la décision de l'agent de la CNESST, l'employeur peut donner son opinion sur la pertinence d'accepter la réclamation et plusieurs des décisions appelées par le travailleur découlent d'une intervention de la part de l'employeur avant même la décision initiale de la commission.

Le graphique 9 montre l'évolution du nombre de décisions totales en fonction du nombre de travailleuses et travailleurs couverts par le régime. En 1992, le projet de loi 35, remplaçant le SAM par le BEM, rendait aussi les décisions à la suite d'un avis du BEM contestables au BRP (alors qu'auparavant, l'avis d'arbitrage médical n'était contestable qu'en tribunal de dernière instance à la CALP). Les années 1992 et 1993 correspondent précisément aux années records (1992-1993 et 1993-1994) de contestations médicales de la CSST au BEM (voir graphique 7). Ainsi, on peut supposer que les travailleuses et travailleurs et leurs représentants ont à cette époque réagi à ces contestations de la CSST par des demandes de révision à la DRA. On observe enfin que le nombre de demandes formulées par les employeurs augmente fortement entre 1998 et 2007, à la suite de la période de réforme du financement. En outre, dès 2006, le nombre total de demandes de révision de la part d'employeurs dépasse celui des travailleuses et travailleurs. Il s'y maintient depuis et l'écart s'est même considérablement creusé à partir de 2014.

Le graphique 10 montre comment la trajectoire du nombre total de demandes de révisions administratives par les employeurs suit une courbe tout à fait disjointe de l'évolution des demandes réalisées par les travailleuses

Graphique 8

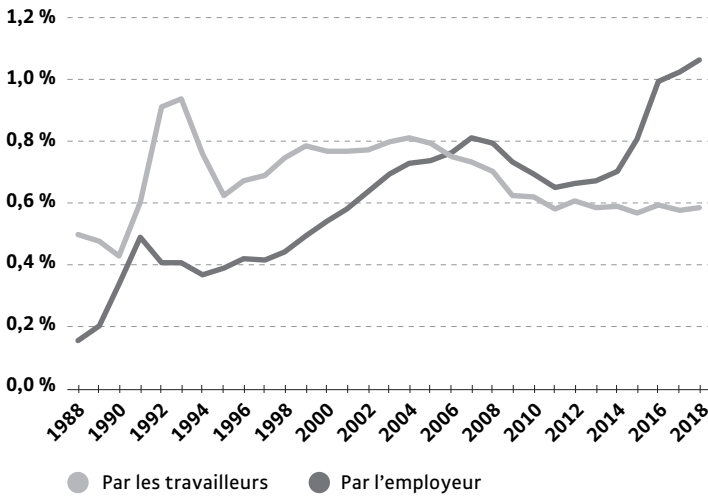
#### Demands d'évaluation médicale au BEM, en % du nombre de travailleurs couverts par la CSST/CNESST, 1994 à 2017



SOURCE : Idem. Statistiques annuelles de la CSST/CNESST pour le nombre de travailleurs couverts.

Graphique 9

**Demandes de révision administrative par les employeurs et par les travailleurs (BRP/DRA), en % du nombre de travailleurs couverts par la CSST/CNESST, 1998 à 2018**



N.B. Les demandes de révision totales incluent les demandes de révision en réparation ainsi que celles en financement. Les totaux de 1986 à 1999 incluent en plus les « Demandes de révision en Prévention-inspection » et les demandes relatives aux « Mesures disciplinaires et retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite », alors que les totaux de 1999 à 2018 incluent, en plus de la réparation et du financement, des demandes catégorisées sous « Autres motifs ». Le nombre de travailleurs couverts provient des rapports annuels de la CSST/CNESST. En 2009, une modification de la méthode de calcul du nombre de travailleurs couverts par la CSST/CNESST a fait croître leur nombre de 12 %. Ce changement n'affecte pas les tendances observées.

SOURCE : De 1986 à 1998 : CSST, Demandes de révision reçues pas le BRP, Rapports d'activité de 1986 à 1999 ; De 1998 à 2018 : CNESST, Direction de la statistique et de l'information de gestion, Rapport D19-512B, Demande d'accès à l'information.

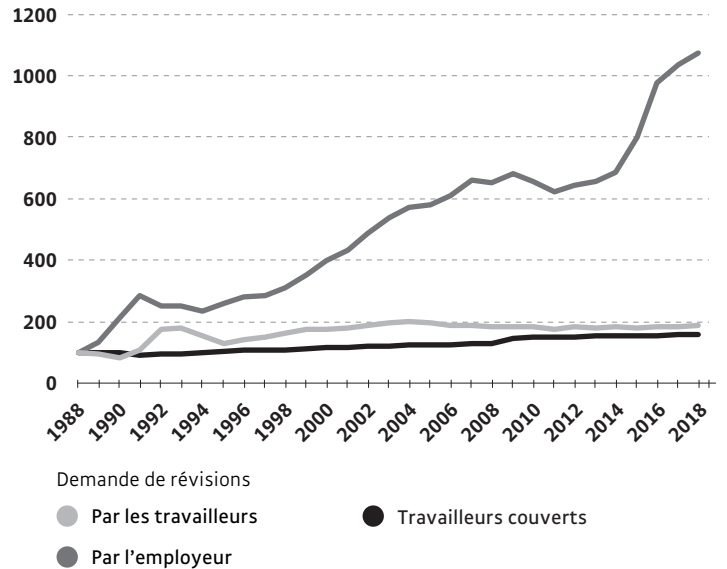
et travailleurs. Cette dernière évolue parallèlement à l'augmentation du nombre de personnes couvertes par la CSST/CNESST. On observe de nouveau une augmentation fulgurante du nombre de demandes de révision par les employeurs à partir de 1997, donc à partir de la fin des réformes de personnalisation.

Les graphiques 11 et 12 permettent d'évaluer l'impact des réformes de personnalisation du financement des années 1990 sur la contestation des décisions de la CSST en matière de réparation de lésions professionnelles, c'est-à-dire concernant les coûts des indemnités et prestations versées aux travailleuses et travailleurs.

D'abord, le graphique 11 montre qu'entre 1988 et 2014, le nombre de demandes de révision pour motif de réparation par les travailleuses et travailleurs, en proportion du nombre de personnes couvertes, était supérieur aux demandes formulées par les employeurs. Alors que ce

Graphique 10

**Évolution du nombre total de demandes de révision administrative par les employeurs et par les travailleurs (BRP/DRA) et du nombre de travailleurs couverts par la CSST/CNESST, 1998 à 2018 (base 100 = 1988)**



SOURCE : Idem pour les demandes de révisions. Les données sur le nombre de travailleurs couverts proviennent des rapports annuels de la CNESST.

Graphique 11

**Demandes de révision en réparation (BRP/DRA) en % du nombre de travailleurs couverts par la CSST/CNESST, 1988 à 2018**



SOURCE : De 1988 à 1998 : CSST, Demandes de révision reçues par le BRP, Rapports d'activité de 1988 à 1999 ; De 1999 à 2018 : CNESST, Direction de la statistique et de l'information de gestion, Rapport D19-512B, Demande d'accès à l'information ; pour le nombre de travailleurs couverts : statistiques annuelles de la CSST/CNESST.

ratio, qui se situait autour de 0,80 % depuis le début des années 2000 diminue et se stabilise autour de 0,60 % depuis le début des années 2010, le ratio des demandes par des employeurs connaît une accélération à partir de 1998, ce qui coïncide avec la création des mutuelles de prévention et avec la fin des réformes de personnalisation du financement. Le ratio des demandes de révision en réparation de la part des employeurs sur le nombre de personnes couvertes passe de 0,29 à 0,87 % en 20 ans, soit une croissance de 200 % au total. En outre, à partir de 2015, le ratio de demandes de révision en réparation de la part des employeurs dépasse celui des travailleuses et travailleurs.

Pour sa part, le graphique 12 montre que la proportion des demandes de révision en réparation s'est inversée : en 1986, 61,2 % des demandes provenaient des travailleuses et travailleurs et 38,8 % des employeurs, alors qu'en 2018, 39,9 % provenaient des travailleuses et travailleurs et 60,1 % des employeurs.

Le graphique 13 aborde cette fois les demandes de révision administrative en financement par les employeurs (ce type de demande ne concerne pas les travailleuses et travailleurs). Dès la première année des réformes de personnalisation du financement, les demandes de révision de décisions de financement doublent 1990 à 1991. Elles connaissent ensuite une relative stabilité durant les années 1990 puis augmentent

considérablement entre 1999 et 2007, soit peu après la fin des réformes de personnalisation du financement. En chiffres absolus, elles passent de 3473 à 7337, soit 111 % d'augmentation sur 8 ans. Enfin, après une baisse entre 2010 et 2013, elles reprennent une tendance à la hausse depuis 2013.

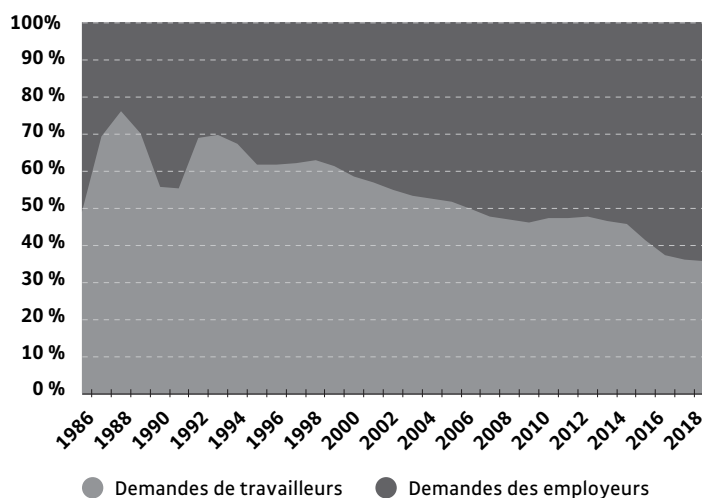
Nous ne disposons pas d'information pour expliquer la diminution entre 2010 et 2013.

Toutefois, la baisse de 2015 à 2016 pourrait s'expliquer par le « moratoire sur le traitement de certaines demandes de transfert du coût des prestations » de la part des employeurs, décrété en juin 2015 et levé en avril 2018, en vertu duquel la CNESST suspendait l'application de l'article 326 de la LATMP<sup>137</sup>.

Ces tendances témoignent du renforcement de la judiciarisation par gestion de dossiers de lésions professionnelles de la part des employeurs. Afin de conclure à un lien entre personnalisation du financement et contestation, il est utile de vérifier si cette dernière est proportionnellement plus fréquente chez les employeurs dont la tarification est influencée par l'incidence de lésions. Les données de la DRA nous permettent de faire cette analyse. Le graphique 14 présente les données des demandes de révision inscrites à la DRA par cent millions de dollars de masse salariale assurée selon le mode de tarification de l'employeur pour la période allant de 2000, soit deux ans après la fin des réformes de personnalisation du financement, à 2018. Notons que les données

Graphique 12

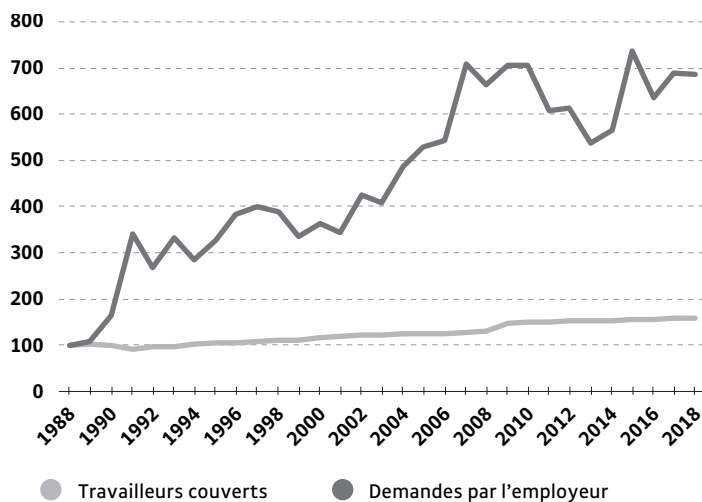
**Proportions des demandes de révision en réparation faites par les travailleuses et les employeurs, 1986 à 2018, BRP/DRA, CSST/CNESST**



SOURCE : De 1986 à 1998 CSST, Demandes de révision reçues par le BRP, Rapports d'activités de 1986 à 1999 ; De 1999 à 2018 : CNESST, Direction de la statistique et de l'information de gestion, Rapport D19-512B, Demande d'accès à l'information.

Graphique 13

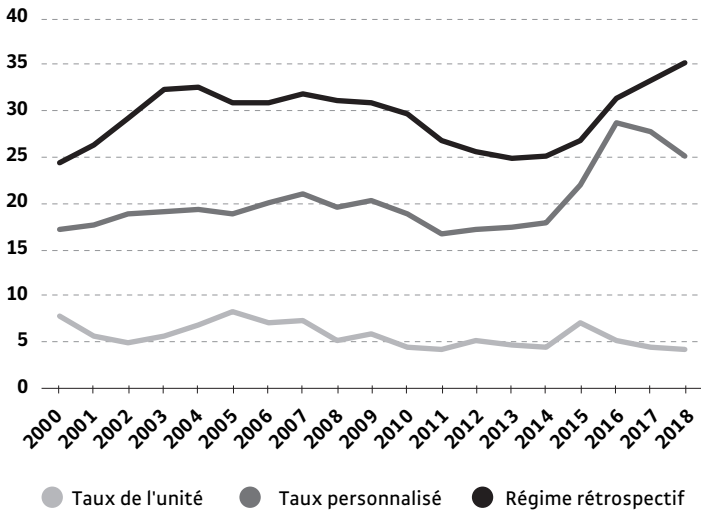
**Demandes de révision en financement (BRP/DRA) et nombre de travailleurs couverts par la CSST/CNESST, 1998 à 2018 (base 100 = 1988)**



SOURCE : Idem et CNESST, Données opérationnelles et financières (01-14), Demande d'accès à l'information, N/D : 194260DAJ, 9 octobre 2019.

Graphique 14

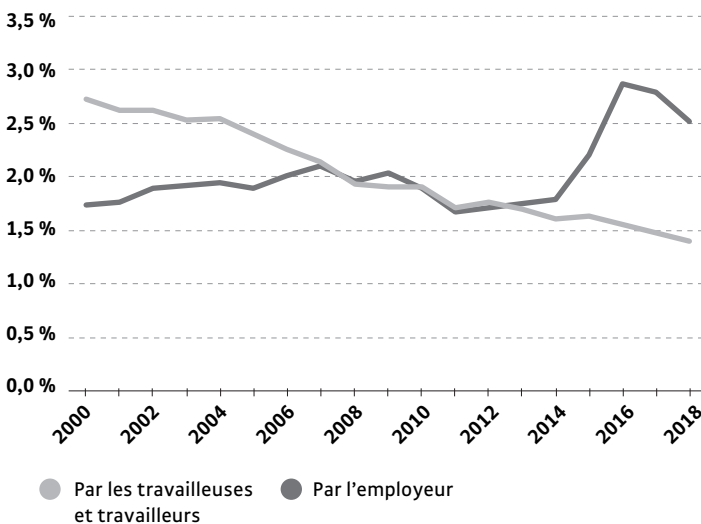
**Demandes de révision inscrites par les employeurs en fonction du mode de tarification (DRA), par cent millions de dollars de masse salariale assurée à la CSST/CNESST, 2000 à 2018**



SOURCE : CNESST, Direction de la statistique et de l'information de gestion, Rapport D19-512B, Demande d'accès à l'information; CNESST, Données opérationnelles et financières (01-14), Demande d'accès à l'information, N/D : 194260DAJ, 9 octobre 2019.

Graphique 15

**Demandes de révision inscrites à la DRA, employeurs et travailleurs sous taux personnalisé (par M\$ de masse salariale assurée)**



SOURCE : CNESST, Direction de la statistique et de l'information de gestion, Rapport D19-512B, Demande d'accès à l'information.

concernant le taux personnalisé incluent les demandes faites par les mutuelles de prévention.

Les données montrent que, dans le contexte du régime québécois, les modes personnalisés de tarification sont associés à davantage de contestation, par les employeurs, des décisions de la CSST/CNESST. Les employeurs sous modes de tarification par incidences, soit ceux au taux personnalisé et membres d'une mutuelle de prévention et sous régime rétrospectif, sont responsables de la grande majorité de l'ensemble des demandes des employeurs à la DRA.

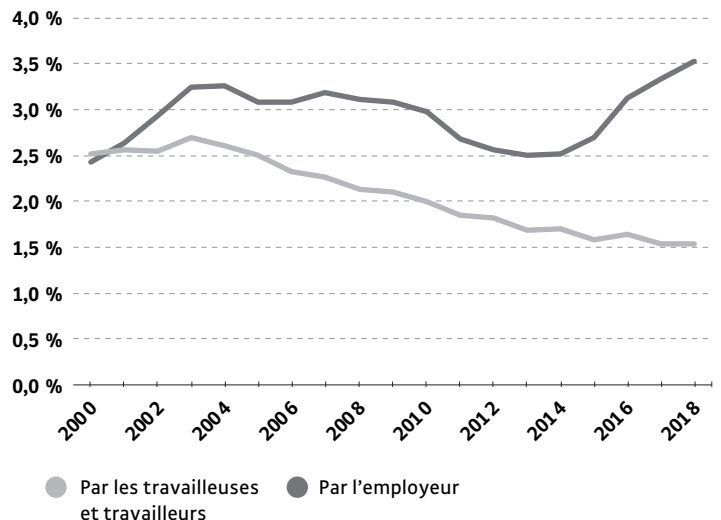
Les employeurs dont les cotisations sont fixées en vertu du taux personnalisé inscraient, depuis 2000, autour de 20 demande de révision par 100 millions de dollars de masse salariale assurée, avant de voir ce chiffre grimper à plus de 25 dans les dernières années. Les employeurs sous régime rétrospectif inscrivent entre 25 et 35 demandes de révision des décisions de la CNESST par 100 millions de dollars de masse salariale depuis l'an 2000. Dans les deux cas, malgré une diminution vers la fin des années 2000, les tendances sont à la hausse dans les dernières années pour lesquelles les données sont disponibles.

À l'inverse, le nombre de contestations inscrites par les employeurs dont les cotisations sont fixées en vertu du taux de l'unité a connu une faible baisse de 2000 à 2018, passant de 7,7 à 4,3 demandes par 100 millions de masse salariale.

La croissance supérieure du nombre de demandes de révision de la part des employeurs sous régime rétrospectif, par rapport à celles des employeurs au taux

Graphique 16

**Demandes de révision inscrites à la DRA, employeurs et travailleurs sous régime prospectif (par M\$ de masse salariale assurée)**



personnalisé montre que le degré de tarification par incidences peut influencer la propension à contester les décisions. Par ailleurs, le fait que le nombre de demandes de révision par les employeurs au taux de l'unité, le mode de tarification non personnalisé, soit demeuré relativement stable, diminuant même légèrement de 2000 à 2018, montre que la tarification mutualisée ne contribue pas à la judiciarisation du régime québécois.

En fait, l'incitation financière à contester générée par la personnalisation du financement semble si forte pour les employeurs sous tarification par incidence, que le nombre de demandes de révision des employeurs au taux personnalisé a dépassé celui des travailleuses et travailleurs en 2013 (graphique 15), et que celui des employeurs sous régime rétrospectif l'a fait dès 2001 (graphique 16). Les graphiques 15 et 16 montrent que l'évolution du nombre de demandes faites par les employeurs en pourcentage de la masse salariale assurée augmente alors que celles venant des travailleuses et travailleurs diminue, tant sous le taux personnalisé que sous le régime prospectif.

L'analyse des données de demandes de révision à la DRA confirme que les modes personnalisés de tarification engendrent une incitation, pour les employeurs, à la contestation des décisions de la CNESST. Nous terminons cette partie en procédant à un exercice

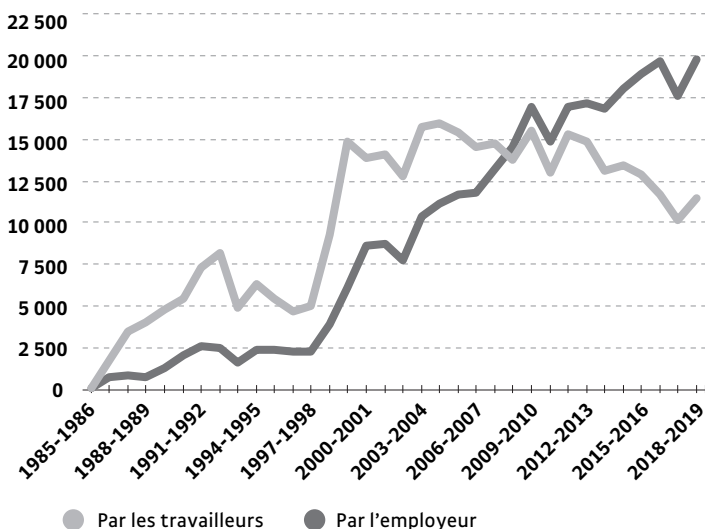
similaire dans le cas des dossiers portés en appel au TAT. Voyons si les tendances observées à la DRA, qui s'expliquent par l'incitation à la contestation générée par la tarification par incidence, peuvent également être observées quant aux appels des décisions de la DRA au TAT.

Le graphique 17 présente le nombre annuel de dossiers ouverts par les employeurs et les travailleuses et travailleurs de 1985-1986 à 2018-2019. Pour sa part, le graphique 18 montre comment a évolué l'ouverture de dossiers par des employeurs ou des travailleuses et travailleurs comparativement à l'évolution du nombre de personnes couvertes par la CSST/CNESST. Au TAT, un dossier « ouvert » est un dossier reçu, faisant partie de l'inventaire de l'ensemble des dossiers pour une année administrative, mais qui n'est pas en attente de fermeture<sup>138</sup>.

Le graphique 17 montre comment depuis 1998, soit l'année de la dernière réforme de personnalisation du financement avec la création des mutuelles de prévention, s'amorce une forte croissance, quasi constante, des dossiers de contestation ouverts par les employeurs, lesquels passent de 2343 en 1997-1998 à 19 813 en 2018-2019. Le

Graphique 17

**Nombre annuel de dossiers ouverts par types de requérant, Tribunal administratif du travail, 1985-1986 à 2018-2019**

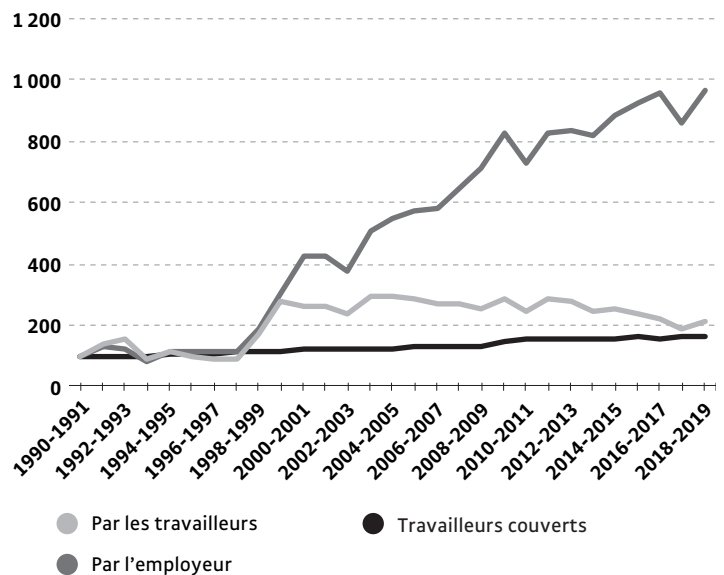


N.B. Pour toutes les données obtenues du TAT, les données de 1985-1986 à 1996-1997 furent compilées sous le régime de la CALP, celles de 1998-1999 à 2015-2016 sous celui de la CLP, et depuis 2016-2017 par le TAT.

SOURCE : Tribunal administratif du travail, Annexe 10, Demande d'accès à l'information.

Graphique 18

**Évolution du nombre de dossiers ouverts au Tribunal administratif du travail par types de requérant et du nombre de travailleurs couverts par la CSST/CNESST, 1990-1991 à 2017-2018 (base 100 = 1990)**

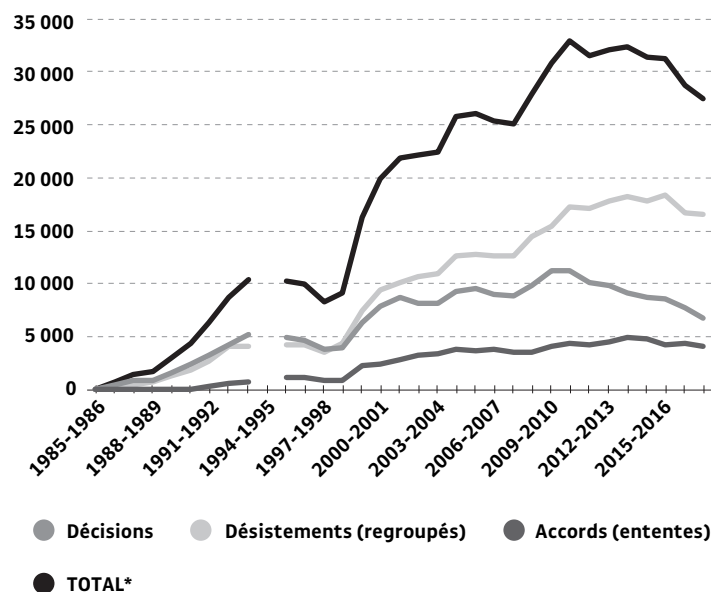


N.B. Pour toutes les données obtenues du TAT, les données de 1985-1986 à 1996-1997 furent compilées sous le régime de la CALP, celles de 1998-1999 à 2015-2016 sous celui de la CLP, et depuis 2016-2017 par le TAT.

SOURCE : Tribunal administratif du travail, Annexe 10, Demande d'accès à l'information.



Graphique 19

**Dossiers fermés par motifs de fermeture, 1985-1986 à 2017-2018 ; Tribunal administratif du travail**

\* Les chiffres ne s'additionnent pas.

N.B. Les données de 1994-1995 sont manquantes.

SOURCE : Tribunal administratif du travail, « AI10\_1985-86 à 1993-94 » (« Sommaire des désistements regroupés par régions »), « AI10\_1995-1996 » (« Fermeture regroupées par régions en 1995-1996 »), « AI10\_1996-1997 » (« Fermeture regroupées par régions en 1996-1997 »), « AI10\_1997-1998 » (« Fermeture regroupées par régions en 1997-1998 »), et « AI10\_1998-99 à 2018-2019 » (« MLD4-Graph-Motif Fermeture Dossier »), Demande d'accès à l'information, 20 décembre 2019.

graphique 18 montre que cette hausse ne s'explique pas par la simple augmentation du nombre de travailleuses et travailleurs couverts puisque le nombre de contestations par les employeurs augmente beaucoup plus rapidement. Pour leur part, les contestations par les travailleuses et travailleurs, après avoir augmenté à la fin des années 1990, ont depuis diminué de 22 %, passant de 14 843 en 1999-2000 à 11 519 en 2018-2019.

L'augmentation subite du nombre de dossiers de travailleuses et travailleurs en 1997-1998 tient au remplacement du BRP par la DRA, qui eût pour effet de supprimer les audiences. Le taux de confirmation des décisions devant la DRA étant très élevé, les dossiers ont eu tendance à se déplacer vers le tribunal de la CLP afin d'avoir accès à une session avec un conciliateur indépendant. La personnalisation du financement n'explique donc pas à elle seule l'explosion du nombre de dossiers de travailleuses et travailleurs de 1997-1998 à 1999-2000. Quant à elle, la baisse observée de 2016-2017 à 2017-2018 peut aussi s'expliquer par le moratoire, mentionné ci-haut, sur

l'application de l'article 326 de la LATMP, décrété en juin 2015 et levé en avril 2018<sup>39</sup>.

Enfin, nous avons obtenu les données du TAT quant à l'évolution du type de fermeture de dossier, de 1985-1986 à 2017-2018 (graphiques 19, 20 et 21). Les données obtenues ne distinguent pas le type de requérant (travailleuses et travailleurs et employeurs) ayant initialement porté le dossier au tribunal. Les définitions de chaque type de motifs de fermeture sont les suivantes :

- **Désistements** : « acte par lequel la partie retire la contestation qu'elle a déposée au Tribunal ou tout recours soumis à une autre instance<sup>40</sup>. »
- **Désistement naturel** : désistement produit par la partie appelante, à sa seule initiative, et sans qu'aucun conciliateur du Tribunal ne soit intervenu auprès d'elle. Ce résultat peut toutefois résulter d'un règlement entre les parties [suite à une session de conciliation], mais le Tribunal l'ignore<sup>41</sup>.
- **Désistement par conciliation** : « désistement produit par une partie à la suite de discussions avec un conciliateur du Tribunal. Le désistement a pour effet de confirmer la décision qui avait été contestée<sup>42</sup>. »
- **Décision** : « décision rendue par un juge administratif du Tribunal à la suite d'une audience, ou parfois sur dossier<sup>43</sup>. »
- **Accord** : accord intervenu entre les parties à la suite d'une conciliation, et par lequel les parties s'entendent pour infirmer la décision qui avait été contestée. Cet accord est conclu en vertu de l'article 23 de la Loi instituant le [TAT] et doit obligatoirement être entériné par une décision d'un juge administratif du Tribunal, pour qu'il produise ses effets<sup>44</sup>.

Depuis la fin des réformes de personnalisation du financement, le total des dossiers fermés annuellement au TAT a fortement augmenté, passant de 9 148 en 1998-1999 à 32 945 en 2010-2011. Sur la même période, le nombre de dossiers fermés par décisions est passé de 3 896 à 11 162. Toujours de 1998-1999 à 2010-2011, les fermetures par accords, où les parties s'entendent pour infirmer la décision contestée, sont passées de 867 à 4 378. Enfin, les fermetures par désistements ont augmenté de 4 323 en 1998-1999 à 16 553 en 2010-2011. Le graphique 19 semble montrer que depuis le début des années 2010, les désistements (en hausse) ont pris le dessus sur les décisions (en baisse).

Les graphiques 20 et 21 présentent quant à eux l'évolution des deux types de désistement, naturel et par conciliation, de 1998-1999 à 2017-2018. Nous n'avons pas pu obtenir les données antérieures à cette période.

Graphique 20

**Dossiers fermés par motifs de désistements naturels et par conciliation, 1998-1999 à 2017-2018, Tribunal administratif du travail**



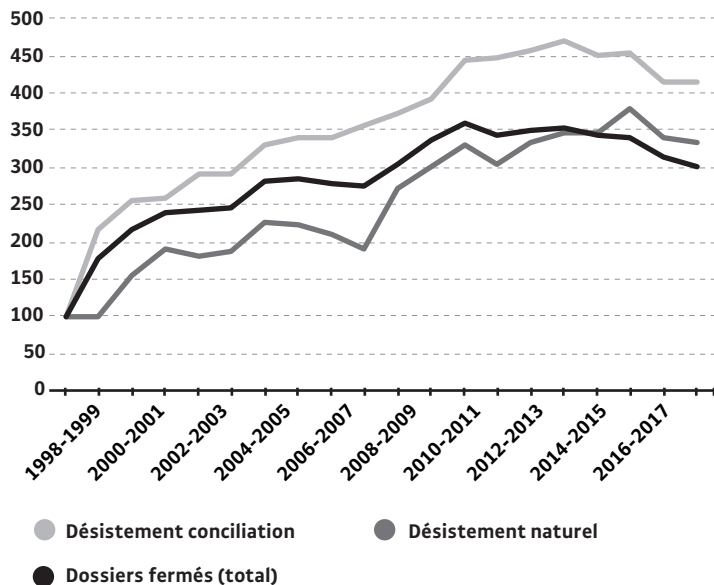
SOURCE : Source : Tribunal administratif du travail, *ibid.*

Nous retenons des graphiques 20 et 21 l'augmentation plus importante des désistements par conciliation qui, rappelons-le, sont « produit[s] par une partie à la suite de discussions avec un conciliateur du Tribunal » et ont « pour effet de confirmer la décision qui avait été contestée<sup>145</sup> ». Comme le montre le graphique 20, depuis la fin des réformes de personnalisation du financement, avec la création des mutuelles de prévention en 1998, les désistements par conciliation ont bondi de 2670 en 1998-1999 à 11 052 en 2017-2018, c'est-à-dire qu'ils ont plus que triplé en 20 ans. Sur la même période, le nombre de désistements naturels a plus que doublé, passant de 1653 à 5501. Le graphique 21 montre enfin que la croissance des désistements par conciliation est plus rapide que celle du nombre total de dossiers fermés au TAT.

L'une des explications de cette croissance des règlements hors cour au TAT est l'incitation des employeurs sous tarification personnalisée à modifier la date de tombée de la consolidation des lésions afin de modifier l'impact de celle-ci sur leur cotisation<sup>146</sup>. Une autre explication est l'offre faite, en vertu de l'article 60 de la LATMP, par certains employeurs à des travailleuses et travailleurs, souvent non syndiqués, de se désister, sans que l'employeur n'exige le remboursement des 14 premiers jours d'IRR. En conséquence, le travailleur

Graphique 21

**Dossiers fermés par motifs de désistements naturels et par conciliation, et total de dossiers fermés, 1998-1999 à 2017-2018, Tribunal administratif du travail (base 100 = 1998-1999)**



SOURCE : Tribunal administratif du travail, *ibid.*

peut recevoir jusqu'à 14 jours d'IRR, l'employeur évite une imputation de coûts et la réclamation n'apparaît pas dans les statistiques d'indemnisation. De plus, ces données sur les règlements hors cour au TAT sont sous-estimées car les « transactions<sup>a</sup> » en vertu du *Code civil*, selon lesquelles le travailleur peut accepter une somme forfaitaire de la part de l'employeur en échange de l'arrêt des procédures, ne sont pas comptabilisées dans les statistiques de fermeture de dossier.

a Plus précisément, la transaction est un document qui permet aux parties de régler un litige sur lequel le Tribunal ne peut statuer. Elle peut accompagner un accord ou un désistement résultant d'une conciliation effectuée dans un dossier contesté devant le Tribunal. [...] La transaction, document privé qui ne concerne que les parties, n'est pas signée par le conciliateur et n'est pas entérinée par le Tribunal. [...] En raison de son caractère privé, la transaction n'est pas déposée au dossier du Tribunal. La transaction appartient aux parties qui ont la responsabilité de voir à sa conservation.

TAT, *Cadre d'exercice de la conciliation à la Division de la santé et de la sécurité du travail*, Tribunal administratif du travail, 2016, p. 2.

### 3.2 COMPARAISONS INTERPROVINCIALES DE L'ÉVOLUTION DES CONTESTATIONS DES DÉCISIONS : QUÉBEC, ONTARIO ET COLOMBIE-BRITANNIQUE

Nous avons vu comment la personnalisation du financement a conduit à une judiciarisation du régime québécois de réparation des lésions professionnelles. On peut maintenant comparer la trajectoire québécoise à celles d'autres provinces canadiennes afin de voir ce que d'éventuelles similitudes ou distinctions nous apprennent. Nous nous demanderons dans cette section comment a évolué le nombre de révisions des décisions et d'appels en dernière instance dans les autres provinces canadiennes. Nous comparerons le régime québécois avec ceux des deux autres provinces les plus peuplées du Canada, l'Ontario et la Colombie-Britannique.

Notons que l'analyse interprovinciale des régimes de SST et d'indemnisation des lésions professionnelles se heurte à des limites méthodologiques. Ces limites s'expliquent par les nombreuses distinctions dans la configuration des dépenses, des programmes, des modes de financement et des systèmes de contestation des décisions en vigueur dans les différentes provinces canadiennes.

En plus de diverger selon les cadres législatifs, les méthodes de classification des activités économiques et les taux de cotisation selon la classification, les régimes provinciaux, sur leur territoire respectif, ne couvrent pas la même proportion de la main-d'œuvre, n'ont pas le même niveau de salaire maximum assurable ni la même base d'indemnité (tableau 4).

Tableau 4

#### Couverture, salaire maximum assurable et base d'indemnité, Québec, Ontario et Colombie-Britannique

	Couverture (estimation)	Salaire maximum assurable (\$)	Base d'indemnité
<b>Québec</b>	91,1 %	72 500	90 % du salaire net
<b>Ontario</b>	76,5 %	88 500	85 % du salaire net
<b>Colombie-Britannique</b>	97,1 %	81 900	90 % du salaire net

SOURCE : « Tableau 7.3. Salaire maximum assurable, base d'indemnité, couverture par province 2017 », CNESST, *La CNESST en bref : année 2017, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail*, 2018, p. 34, dont les données proviennent de l'ACATC.

En outre, les régimes provinciaux sont distincts quant à leur méthode d'évaluation et de perception des cotisations. C'est le cas par exemple en ce qui a trait aux différents programmes et postes de dépenses financés par les cotisations des employeurs. Le tableau 5 présente les différentes composantes des taux moyens provisoires des cotisations de 2019 dans les trois provinces de comparaison.

Premièrement, le régime québécois se distingue sur la composante médicale sous au moins deux angles. D'une part, seul le régime québécois est doté d'un mécanisme de contestation des évaluations médicales, en

Tableau 5

#### Taux moyens provisoires ventilés des cotisations pour l'année 2019, Québec, Ontario et Colombie-Britannique

	Québec	Ontario	Colombie-Britannique*
<b>Coûts de l'indemnisation</b>	1,33	0,91	1,16
<b>Coûts administratifs</b>	0,25	0,39	0,47
<b>Coûts professionnels en santé et sécurité</b>	0,13	0,13***	0,04
<b>Amortissement des surplus et déficits</b>	-0,13	0,22	-
<b>Autres**</b>	0,21	-	-0,39
<b>Totaux des taux moyens provisoires des cotisations</b>	1,79	1,65	1,55

\* En Colombie-Britannique, les coûts administratifs incluent le financement du tribunal d'appel, le *Workers' Compensation Appeal Tribunal* (WCAT) et de conseillers au WCAT et les cotisations des employeurs financent aussi les Bureaux de Conseillers des travailleurs et Bureaux de Conseillers des employeurs, des subventions de recherche, mais également des mesures de réduction des lésions et des programmes et des incitatifs financiers de prévention des lésions et de l'invalidité (*Certificate of Recognition*) administrés par des associations partenariales et des organisations industrielles.

\*\* «Autres» incluent toutes les dépenses de types administratifs portées aux états financiers des commissions provinciales qui ne sont pas incluses aux Coûts administratifs.

\*\*\* Ces coûts SST sont reliés aux associations de santé et sécurité, à la Loi sur la santé et la sécurité au travail, à l'Institut de recherche sur le travail et la santé, au Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail, à Sauvetage minier Ontario, au Bureau des conseillers des travailleurs et au Bureau des conseillers des employeurs.

SOURCE : Ventilation des taux moyens provisoires des cotisations, Association des commissions des accidents du travail du Canada/AWCBC, 2016 ; WorkSafeBC, *Serving British Columbians. 2018 Annual Report and 2019-2021 Service Plan*, 2019, p. 141.

Tableau 6

**Contestation de l'évaluation médicale, services-conseils et systèmes de contestation, Québec, Ontario et Colombie-Britannique**

	Québec	Ontario	Colombie-Britannique
<b>Mécanisme d'évaluation médicale</b>	Oui	Non	Non
<b>Services-conseils</b>	Non	Oui	Oui
<b>Révision administrative</b>	DRA (CNESST)	Review Division (WSIB)	Review Division (WorkSafeBC)
<b>Tribunal d'appel</b>	TAT	WSIAT	WCAT

l'occurrence le Bureau d'évaluation médicale (BEM). L'une des conséquences est que l'avis d'un médecin traitant au Québec est davantage remis en cause qu'en Ontario où le système n'inclut pas les mêmes recours<sup>147</sup>. D'autre part, le système ontarien est plus exigeant en matière de déclaration des accidents du travail. En effet, les employeurs de cette province doivent signaler tous les accidents qui requièrent davantage que le recours aux premiers soins. Au Québec, les employeurs ont l'obligation de rapporter uniquement les accidents qui ont causé la mort, la perte d'un membre ou des blessures sérieuses ou des dommages matériels supérieurs à 150 000 \$.

Par ailleurs, les trois régimes provinciaux comparés sont évidemment tous dotés d'instance de révision administrative et de tribunal d'appel. Le tableau 6 synthétise les distinctions et les similitudes des régimes du Québec, de l'Ontario et de la Colombie-Britannique quant à la contestation de l'évaluation médicale, aux services-conseils et aux systèmes de révision et d'appel.

Contrairement au Québec, des services conseils sont offerts par des « Bureaux de conseillers et travailleurs » et « Bureaux de conseillers des employeurs » en Ontario et en Colombie-Britannique. Dans ces deux provinces, ces Bureaux sont financés par les cotisations des employeurs et sont indépendants des commissions d'indemnisation des lésions professionnelles. Ils offrent des services similaires, à savoir des conseils, de l'information et de la représentation auprès des différentes instances de contestation<sup>148</sup>. Ils facilitent par conséquent la navigation dans un système qui peut s'avérer complexe, pour les travailleuses et travailleurs non syndiqués et les petits employeurs. Une certaine personnalisation du financement a été implantée dès 1984 en Ontario et en 1986 en Colombie-Britannique<sup>149</sup>.

Au fil du temps, la personnalisation du financement a reçu son lot de critiques, notamment en Ontario. Dès

son implantation, Terence G. Ison, professeur émérite de droit à l'Université York, relevait l'absence de preuve scientifique supportant la mise en place de la personnalisation à titre d'incitatif à la prévention. Notons également qu'un comité d'expert, ayant formulé une série de recommandations sur le système ontarien d'indemnisation des travailleuses et travailleurs, soulignait que la personnalisation des cotisations des employeurs ne semblait se traduire par aucun résultat positif en termes de SST<sup>150</sup>. Ce comité reprenait les conclusions d'un rapport, produit en 2008 à la demande de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (CSPAAT)<sup>a</sup>, l'équivalent ontarien de la CNESST, qui concluait que la personnalisation du financement incite à la réduction des coûts à court terme, mais pas à l'investissement dans la prévention à long terme<sup>151b</sup>.

Enfin, contrairement au Québec, les régimes ontarien et britanno-colombien offrent, soit à certaines catégories d'employeurs ou de manière volontaire, des programmes d'incitatifs financiers et de rabais sur les cotisations en fonction des efforts de prévention et des résultats en SST. Ces programmes incluent également des mesures de soutien à la prévention, de la formation en SST et des procédures de vérification et d'audits<sup>152</sup>.

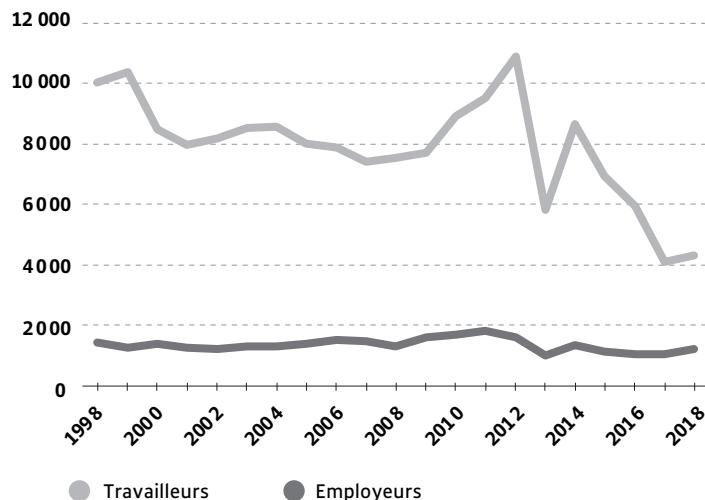
Nous présentons maintenant les données obtenues par demandes d'accès à l'information quant à l'évolution des demandes de révision administrative et des appels en dernière instance dans les provinces de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. En Ontario, l'organe de révision interne de la CSPAAT se nomme la Division des services d'appel. Il s'agit du premier palier du système ontarien de contestation et constitue par conséquent l'équivalent de la DRA au Québec. À des fins de compréhension et de comparaison, nous qualifions ces « appels » en révision interne de « demandes de révision ». Le graphique 22 montre l'évolution du nombre de demandes de révision inscrites par les travailleuses et travailleurs et par les employeurs depuis la fin des années 1990.

On observe que le nombre de demandes de révision formulées par les travailleuses et travailleurs est

a En anglais : Workers Safety and Insurance Board (WSIB).

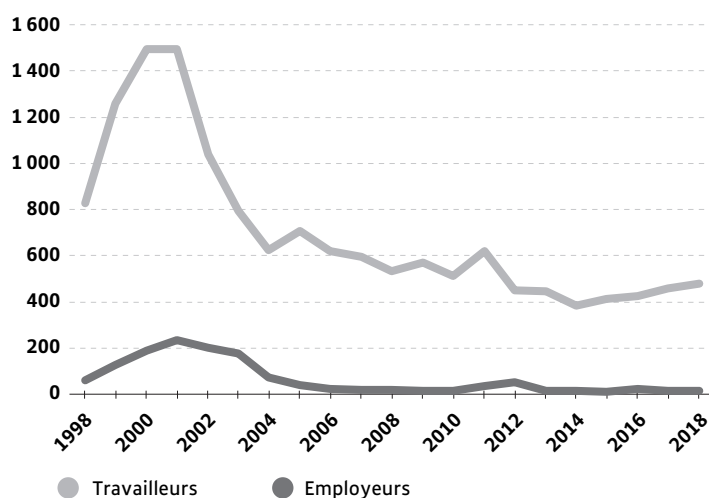
b Malgré ces critiques, la CSPAAT a mis en place, le 1<sup>er</sup> janvier 2020, une réforme du financement du régime ontarien qui élargit la personnalisation de son financement. Voir OFFICE OF THE EMPLOYER ADVISER, *The Employer's Guide to Workplace Safety and Insurance. Non-construction Employer's Guide to Workplace Safety & Insurance*, Toronto, Office of the Employer Adviser, 2019, p. 1.

Graphique 22

**Nombre de demandes de révision enregistrées, WSIB (ON), 1998 à 2018**

SOURCE : WSIB, Appeals Services Divisions (Appeals Branch), «Appeals registered—1998–2018», Appeal Branch Tracking System (pour 1998 à 2016; le 12 avril 2017) et InfoCenter (pour 2017 à 2018; le 30 novembre 2019), Demande d'accès à l'information, #19-201, 20 décembre 2019.

Graphique 23

**Nombre d'appels entrants (incluant les appels réactivés), WSIAT (ON), 1998-2018**

N.B. Les « appels réactivés » sont des appels reçus antérieurement, temporairement désactivés par la partie appelante, et enfin réactivés. L'année de réactivation des appels réactivés est comptabilisée dans le total des appels reçus durant l'année donnée.

SOURCE : WSIAT, «Incoming appeals (including reactivated appeals)», Demande d'accès à l'information, 11 décembre 2019.

beaucoup plus élevé que celui des employeurs, même si cette tendance connaît une baisse importante depuis une vingtaine d'années. Les demandes de révision des employeurs demeurent extrêmement stables sur la même période. C'est donc dire que les demandes de révision en Ontario sont globalement en diminution, en raison de la baisse des demandes formulées par les travailleuses et travailleurs, et en dépit du fait que le nombre de personnes couvertes a crû durant cette période.

En Ontario, le tribunal d'appel des décisions en dernière instance, l'équivalent du TAT au Québec, se nomme Tribunal d'appel de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (TASPAAT)<sup>a</sup>, sous l'autorité du ministère du Travail. Le graphique 23 montre l'évolution du nombre de recours en appel des travailleuses et travailleurs et des employeurs au tribunal de dernière instance dans ce domaine en Ontario.

On note une baisse du nombre de tels recours depuis le début des années 2000, particulièrement du côté des travailleuses et travailleurs. Alors que les appels par ces derniers atteignaient le nombre de 1500 au début des années 2000, il est nettement inférieur à 600 depuis 2012, même s'il est en légère hausse depuis quelques années. Quant aux appels de la part des employeurs, hormis une brève augmentation au tournant des années 2000, leur nombre est aussi stable que faible depuis 2005.

En Colombie-Britannique, WorkSafeBC est l'organisme gouvernemental, sous l'autorité du ministre du Travail, qui équivaut à la CNESST au Québec. Les travailleuses et travailleurs et les employeurs peuvent demander la révision des décisions rendues par WorkSafeBC auprès d'un département de révision (*Review division*) qui correspond à la DRA de la CNESST. Le graphique 24 montre l'évolution des demandes de révision formulées de 2002 à 2018 en Colombie-Britannique.

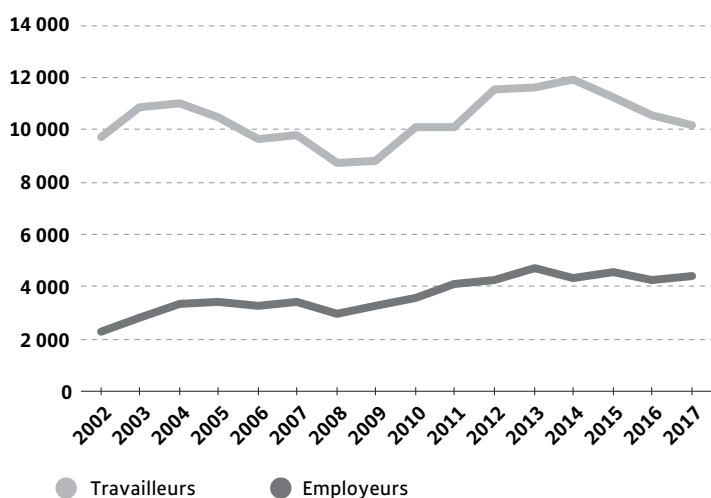
Sur la période étudiée, on constate une relative stabilité des demandes de révision formulées par les travailleuses et travailleurs, avec un creux en 2008 et un sommet en 2014. Le nombre de demandes oscille toutefois toujours autour de 10 000 par année, tant en début qu'en fin de période. Les demandes de révision des employeurs, nettement inférieures en nombre à celles des travailleuses et travailleurs, ont néanmoins connu une augmentation en 2002 et 2017, passant d'un peu plus de 2000 par année à un peu plus de 4000 par année.

<sup>a</sup> En anglais : Workplace Safety and Insurance Appeals Tribunal (WSIAT)

Enfin, le graphique 25 présente le nombre de recours en appel réalisés auprès du Workers' Compensation Appeal Tribunal (WCAT), c'est-à-dire le tribunal administratif indépendant qui fait office, comme le TAT au Québec, de tribunal de dernière instance. Ce tribunal administratif est également placé sous l'autorité du ministère du Travail de Colombie-Britannique.

Graphique 24

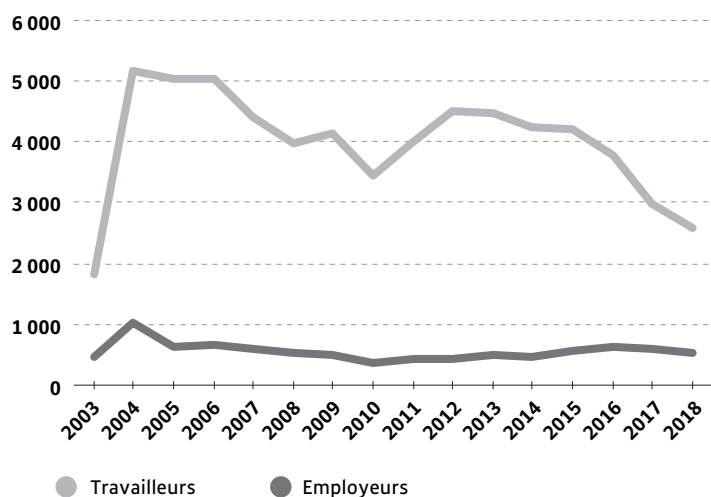
**Demandes de révision, WorkSafeBC, 2002 à 2018**



SOURCE : WorkSafeBC (WCB), Review Division, «Requests for review», Demande d'accès à l'information, WCB-2019-0150, 3 février 2020.

Graphique 25

**Nombre total d'appels, WCAT (BC), 2003 à 2018**



SOURCE : WCAT, «Appeals 2003-2018», Demande d'accès à l'information, A1903132, 18 décembre 2019.

On observe cette fois une baisse continue du nombre d'appels par les travailleuses et travailleurs, à l'exception de la période allant de 2010 à 2012 qui connaît une légère remontée. Du côté des employeurs, comme pour les travailleuses et travailleurs, l'année 2004 est celle qui compte le plus d'appels, mais dès l'année suivante, ce nombre chute de près de moitié et demeure stable depuis à environ 500 appels par année.

Le tableau 7 récapitule l'évolution du nombre de révisions administratives et d'appels de dernière instance entre 2004 et 2018 dans les trois provinces comparées. Le graphique 26 compare le nombre de demandes de révision administrative et d'appel en dernière instance dans les trois provinces de comparaison pour l'année 2017. Les résultats appuient l'hypothèse d'un système davantage judiciarisé au Québec.

En effet, la trajectoire québécoise est complètement opposée à celles des deux provinces de comparaison. De fait, alors que tant les révisions administratives (+38,2 %) que les appels de dernière instance (+15,3 %) sont en augmentation marquée au Québec, elles diminuent dans les autres provinces : le nombre de révisions administratives est en baisse de 43,8 % en Ontario et le nombre d'appels en dernière instance sont en diminution de 29,3 % en Ontario et de 49,5 % en Colombie-Britannique. La seule augmentation globale observée hors du Québec concerne le nombre de révisions administratives en Colombie-Britannique (hausse de 1,5 %), mais comme les données dans cette province sont disponibles jusqu'à 2017 et que les quatre dernières années affichent une baisse globale,

Graphique 26

**Comparaisons, nombre de demandes de révision administrative et d'appels en dernière instance, Colombie-Britannique, Ontario et Québec, 2017**

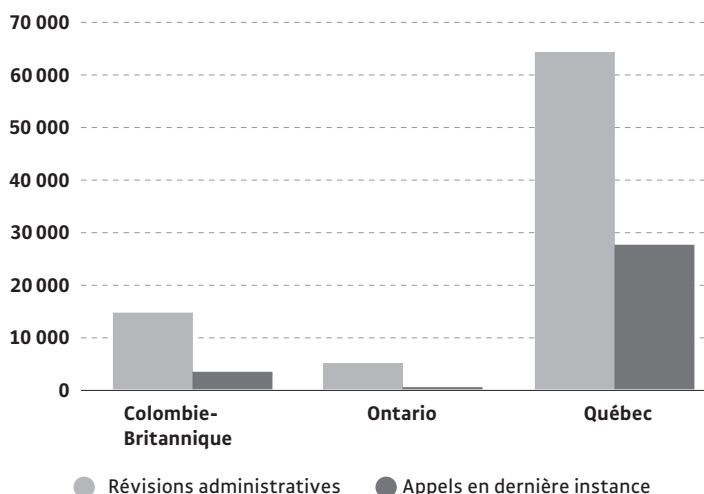


Tableau 7

**Comparaison de l'évolution des révisions administratives et des appels en dernière instance, QC, ON et CB, 2004-2018**

	Colombie-Britannique	Ontario	Québec
<b>Révisions administratives</b>	Travailleurs : -7,5 % ↓	Travailleurs : -49,6 % ↓	Travailleurs : -6,5 % ↓
	Employeurs : 31,1 % ↑	Employeurs : -5,8 % ↓	Employeurs : 87,8 % ↑
	↑ 1,5 %	↓ -43,8 %	↑ 38,2 %
<b>Appels en dernière instance</b>	Travailleurs : -49,7 % ↓	Travailleurs : -23,1 % ↓	Travailleurs : -28,0 % ↓
	Employeurs : -48,4 % ↓	Employeurs : -82,2 % ↓	Employeurs : 77,3 % ↑
	↓ -49,5 %	↓ -29,3 %	↑ 15,3 %

il est probable que l'évolution globale du nombre de demandes de révision administrative en Colombie-Britannique soit également négative à partir de 2018.

Une similitude entre le Québec et la Colombie-Britannique porte sur le nombre de demandes de révision formulées par les employeurs. Elles sont en hausse de 31,1 % en Colombie-Britannique et de 87,7 % au Québec durant la période à l'étude. Même si la province de l'ouest partage cette caractéristique avec le Québec, il est notable que cette augmentation soit beaucoup plus rapide au Québec, où elle s'est traduite par un renversement entre le nombre de demandes par des travailleuses et travailleurs et celles par des employeurs (voir graphique 9).

En somme, la comparaison du nombre de demandes de révision administrative et d'appels en dernière instance dans les trois provinces montre un plus grand recours aux instances de contestation, et donc une plus grande judiciarisation, au Québec qu'en Ontario ou en Colombie-Britannique. C'est ce que montre le graphique 26.

En bout de piste, démontrant la judiciarisation du régime québécois, la comparaison des données

provinciales devra toutefois être poussée plus loin dans le passé afin de bien saisir l'impact de la mise en place de la tarification par incidences ainsi que des degrés de personnalisation du financement dans les régimes hors-Québec. De plus, il sera nécessaire de mesurer les conséquences des différents cadres législatifs, par exemple de l'absence d'obligation de déclaration des lésions au Québec, des bureaux de conseillers dans les autres provinces, et des variations provinciales quant aux règles et procédures de révision administrative et d'appel en dernière instance.





## Conclusion

Au Québec, comme ailleurs, les régimes modernes d'indemnisation des lésions professionnelles ont reposé sur la mutualisation obligatoire des risques des employeurs. Dans la première moitié du XX<sup>e</sup> siècle, les gouvernements occidentaux ont déterminé que les employeurs prendraient collectivement la responsabilité des coûts des lésions professionnelles en finançant les régimes d'indemnisation par des cotisations calculées en fonction des risques des différents secteurs d'activités économiques. Au Québec, cette mutualisation des coûts des employeurs, comme mécanisme de financement du régime d'indemnisation des lésions professionnelles, remonte à 1931.

Depuis la dernière décennie du XX<sup>e</sup> siècle, le financement des régimes de santé et de sécurité du travail tend à la personnalisation, c'est-à-dire que la cotisation payée par plusieurs employeurs reflète dorénavant, en tout ou en partie, l'historique de leur milieu de travail en matière de lésions professionnelles. Cette personnalisation se traduit par une tarification par incidences des employeurs. D'un financement basé sur la mutualisation des coûts des employeurs, l'indemnisation des lésions est de plus en plus financée par une forme de prime d'assurance ajustée selon les coûts passés des lésions survenues dans les milieux de travail. En ce sens, la personnalisation rapproche les mécanismes d'indemnisation des lésions de ceux que l'on trouve dans le domaine de l'assurance privée.

Selon les études scientifiques que nous avons recensées, l'une des principales conséquences de la personnalisation du financement des régimes d'indemnisation est la gestion active des dossiers de réclamations, parfois également désignée comme « gestion agressive<sup>253</sup> ». La tarification par incidence représenterait une incitation financière encourageant les employeurs à contester les réclamations de leurs travailleuses et travailleurs, et éventuellement les décisions de l'organisme public d'indemnisation, afin de contrôler le coût de leur cotisation. Concrètement, cette gestion active des dossiers se traduirait par une judiciarisation du régime, puisque les employeurs se tourneraient ainsi plus fréquemment vers la contestation juridique et médicale des décisions de l'organisme public afin de réduire les coûts de lésions affectant le montant de leur cotisation.

Au Québec, le financement personnalisé était l'exception à la règle jusqu'aux réformes des années 1990. Les réformes de personnalisation du financement de la

CNESST surviendront en 1989, 1996 et 1998. Dès 1992, des dirigeants de la CSST, dont Monique Jérôme-Forget et Robert Diamant, formulaient déjà des critiques de la judiciarisation du régime.

Cette étude du mécanisme de financement du régime québécois de la CNESST a testé l'hypothèse de la judiciarisation comme conséquence de la personnalisation du financement. L'analyse des statistiques portant sur le Bureau d'évaluation médicale (BEM), la Direction de la révision administrative (DRA) et le Tribunal administratif du travail (TAT) a permis de situer les facteurs déterminants dans l'évolution des contestations des décisions au sein du régime québécois.

Premièrement, la loi de 1985, l'une des deux lois-cadres à l'origine du régime actuel de la CNESST, a notamment innové en mettant en place le Service d'arbitrage médical (SAM), ancêtre du BEM. Nous avons vu comment, après l'élargissement de la personnalisation en 1996 et, en 1998, la création des mutuelles de prévention – facilitant l'accès des petites entreprises à la tarification par incidences – le nombre de demandes de révision médicale introduites par les employeurs a fortement augmenté. Tout semble indiquer par conséquent que le système d'évaluation médicale du régime québécois contribue à la multiplication de la production d'expertises médicales à la demande des employeurs. En outre, cette structure qui traite plus de 10 000 demandes d'évaluation médicale par année n'a pas d'équivalent dans les autres provinces canadiennes.

Deuxièmement, l'analyse des données de demandes de révision à la DRA, sous la responsabilité de la CNESST, confirme que les modes personnalisés de tarification constituent une incitation pour les employeurs à contester les décisions de la commission. Nous avons vu comment, au milieu des années 1990, l'introduction d'un plus grand recours à la personnalisation coïncide avec une augmentation des demandes de révision par les employeurs, lesquelles surpasseront en proportion celles des employés au courant des années 2000. On a également constaté, lorsqu'on observe le nombre de demandes de révision introduites en fonction du type de tarification, que les demandes sont plus fréquentes de la part d'employeurs sous tarification par incidences que de ceux au taux de l'unité, dont la cotisation n'est pas personnalisée.

En outre, des données récentes signalent des délais de plus en plus longs en révision administrative et un taux de confirmation des décisions initiales très élevé. D'un délai moyen de traitement des demandes de révision

à la DRA de 44 jours en 2015, ce délai est passé à 65 jours en 2016, puis à 96 jours en 2017<sup>154</sup>. De plus, ces délais croissants se concluent par le maintien de la décision initialement contestée dans la large majorité des cas, la proportion des décisions maintenues par la DRA s'élevant à 95 % en 2017<sup>155</sup>.

Troisièmement, on observe des tendances similaires à celles de la DRA dans une autre instance de contestation, le Tribunal administratif du travail, où peuvent faire appel les parties qui contestent les décisions de révision administrative. Les réformes de personnalisation de la tarification correspondent au moment où les employeurs ont davantage recours aux contestations au TAT. Comme pour la DRA, ces contestations par les employeurs deviendront plus fréquentes que celles réalisées par les employés dans les années 2000. Depuis le début de la décennie 2010, on observe par ailleurs une diminution du nombre de décisions rendues par le TAT qui coïncide avec la diminution du nombre de contestations par les employeurs, ainsi qu'une nette augmentation du nombre de règlement hors cour.

En somme, les données colligées montrent que la tarification par incidences est un facteur incitant les employeurs à contester les décisions de la CNESST. Au Québec, la personnalisation du financement a contribué à la réintroduction d'une logique d'affrontement médico-légal à l'intérieur du système « sans égard à la faute ». Parmi les autres facteurs expliquant la judiciarisation du régime québécois figure l'existence du mécanisme d'évaluation médicale du BEM, une structure qui n'existe pas en Ontario ou en Colombie-Britannique. Nous avons vu que la judiciarisation y est moins importante qu'au Québec.

Selon la littérature se penchant sur la tarification par incidences, la judiciarisation ne serait que l'un des nombreux effets indésirables du financement personnalisé de l'indemnisation des lésions professionnelles. D'après plusieurs études<sup>156</sup>, et selon le Commissaire au développement durable dans le Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2019-2020<sup>157</sup>, la tarification par incidences aurait l'un ou plusieurs des effets suivants :

- la dangerosité des milieux de travail, en raison d'une incitation plus forte à la gestion active des réclamations qu'à la prévention en santé et sécurité du travail ;
- la dégradation de la santé physique et mentale des travailleuses et travailleurs faisant face à la gestion active de leurs dossiers et aux délais et procédures de révision administrative et d'appel ;
- une incitation financière à la sous-déclaration et la

non-déclaration des lésions professionnelles, par exemple par souci d'avantage concurrentiel entre employeurs ;

- le retour hâtif en emploi des travailleuses et travailleurs victimes de lésion, augmentant les risques de rechute et d'aggravation pour les victimes de lésion et les risques de lésion pour les autres travailleuses et travailleurs ;
- une entrave à la réhabilitation des travailleuses et travailleurs victimes de lésions lourdes ;
- le désincitatif à l'embauche de certain-e-s travailleuses et travailleurs souffrant de handicap ;
- l'augmentation de la complexité et la réduction de l'efficacité des régimes d'indemnisation.

La tarification par incidences aurait aussi pour conséquence néfaste des transferts de coûts des firmes et des industries vers d'autres acteurs du système des relations de travail, notamment les petites entreprises cotisant au taux de l'unité, les travailleuses et travailleurs, les services publics et les assureurs privés<sup>158</sup>. Une étude qualitative portant sur l'Ontario concluait par exemple que la tarification par incidences est un facteur expliquant le succès des agences de travail temporaire, lesquelles permettent aux employeurs d'externaliser les risques de lésions professionnelles grâce à la sous-traitance<sup>159</sup>.

Aggravant les phénomènes d'externalisation et de transferts de risques et de coûts, les coûts globaux des lésions professionnelles, tant financiers qu'humains, excèdent en fait le niveau des indemnités et des prestations<sup>160</sup>. Par exemple, l'IRSST a publié une étude estimant ces coûts globaux à 4,62 milliards \$ sur la période de 2005 à 2007, dont environ 1,78 milliards \$ en coûts financiers et 2,84 milliards \$ en coûts humains<sup>161</sup>.

Surtout, l'étude du lien entre tarification par incidences et prévention se frappe à une difficulté majeure : les effets néfastes du financement personnalisé génèrent un important problème de fiabilité des statistiques de lésions professionnelles. Ce problème de fiabilité statistique rend très ardue l'étude de l'impact du financement personnalisé sur la prévention en SST<sup>162</sup>.

La tarification par incidences entraîne des difficultés à discerner une baisse du nombre de réclamations par rapport aux véritables incidences de lésions professionnelles<sup>163</sup>. Par conséquent, même si la CNESST rapporte une baisse du nombre de lésions entre 2004 et 2015, cette donnée doit être remise en cause étant donné que les mécanismes de personnalisation créent un incitatif à la sous-déclaration de lésions<sup>164</sup>.

Dans le cas du régime québécois, en plus de l'incitation financière à d'éventuelles sous-déclarations, l'employeur ayant intérêt à ne pas voir sa cotisation impactée, au

moins trois autres facteurs laissent penser que la tarification par incidences contribue aux importantes limites des statistiques de lésions professionnelles. D'abord, au Québec, ce problème est exacerbé par le phénomène, que nous avons observé au chapitre 3, de règlements hors cour accompagnés de désistements. Ensuite, sans obligation de déclaration des lésions, le mécanisme de l'assignation temporaire contribue à la sous-estimation des statistiques de lésions professionnelles. Instauré en 1985 par la LATMP, rappelons que ce mécanisme « permet à l'employeur d'assigner temporairement un travail à un travailleur [victime de lésion professionnelle] en attendant qu'il puisse à nouveau exercer son emploi ou qu'il devienne capable d'exercer un emploi convenable<sup>165</sup> ». Selon Lippel, ce mécanisme

peut s'avérer un outil intéressant permettant de réduire le risque de chronicité chez les personnes qui s'absentent du travail pour une longue période en raison de leur lésion professionnelle ; elle peut permettre aux personnes qui présentent un risque de développer une incapacité chronique de maintenir leurs liens avec le milieu de travail durant leur convalescence. Par contre, il existe dans le système québécois des incitations économiques [...] qui ont pour effet d'encourager les employeurs à ramener les travailleurs au travail dès les premières journées d'incapacité<sup>166</sup>.

Enfin, comme l'indique le Commissaire au développement durable, certains coûts des lésions professionnelles se voient transférés vers les régimes privés d'assurances collectives et vers les autres systèmes publics<sup>167</sup>.

Selon cette logique, la tarification par incidences, en réduisant le taux de réclamations pour lésions professionnelles, aurait également comme conséquence un transfert de coûts du régime public d'indemnisation vers les couvertures privées d'assurance salaire ou invalidité. Les travailleuses et travailleurs se tourneraient vers leurs régimes collectifs d'assurance, substituant ainsi les indemnités privées aux indemnités publiques, par souci de réduction de la complexité et afin d'éviter les effets indésirables d'éventuelles contestations de leurs dossiers de réclamations. On sait par exemple que dans des secteurs comme la santé et les services sociaux, le coût des primes d'assurance salaire privée est en explosion depuis quelques années<sup>168</sup>.

En outre, des travailleuses et travailleurs souvent non syndiqués se tourneraient vers les programmes sociaux publics tels que la Régie des rentes du Québec, l'assurance emploi et l'aide sociale. Il est permis de croire que d'autres coûts des lésions professionnelles sont transférés vers la RAMQ en services d'assistance médicale, vers

le MSSS en services de réadaptation sociale, ou vers Emploi Québec en services de réadaptation professionnelle. La nature et l'ampleur exactes de ces phénomènes de transferts de coûts demeurent toutefois inconnues et un chantier de recherches sur cette question doit être développé.



## Recommandations

À la lumière de nos conclusions sur la judiciarisation du régime québécois d'indemnisation des victimes de lésions professionnelles et de l'état des connaissances scientifiques sur la tarification par expérience, nous formulons les quatre recommandations suivantes :

### 1) L'abolition du Bureau d'évaluation médicale

Nous recommandons l'abolition du BEM afin de mettre le médecin traitant du travailleur victime d'une lésion professionnelle au cœur de la production d'expertise médicale dans le régime québécois. Une victime de lésion professionnelle doit d'abord et avant tout être traitée comme un-e patient-e. Nous recommandons ainsi l'abolition de toute contestation de l'évaluation médicale du médecin traitant du travailleur, tant de la part de la CNESST que de l'employeur. La CNESST pourrait néanmoins conserver un droit de vérification sur la base d'un mandat de surveillance. En vertu de celui-ci, la CNESST pourrait requérir de la part du médecin traitant une seconde opinion médicale. En collaboration avec son patient, le médecin traitant devrait donc choisir un collègue, c'est-à-dire un spécialiste pratiquant, auquel serait transféré le dossier médical pour la production d'une seconde évaluation, dans le respect de la pratique clinique usuelle. En vertu de son mandat de surveillance, la CNESST aurait le pouvoir d'entériner ou non cette seconde évaluation.

### 2) La réforme du système de contestation

Afin de réduire la judiciarisation, nous recommandons une double réforme du système de contestation des décisions. D'un côté, nous recommandons l'abolition de la DRA, en raison de ses délais excessifs et étant donné qu'elle maintient les décisions dans la large majorité des cas de révision. De l'autre côté, nous recommandons l'élargissement du mandat et des ressources des services de conciliation du TAT. Il s'agit de faire jouer aux conciliateurs du TAT un rôle d'avantage indépendant et proactif afin de s'assurer que les délais soient minimisés et que les procédures soient accélérées.

### 3) La mise en place de Bureaux de conseillers des travailleuses et travailleurs et des employeurs

Rejoignant la recommandation précédente, nous recommandons la mise sur pied de Bureaux de conseillers des travailleuses et travailleurs et de Bureaux des conseillers des employeurs, à l'instar des provinces de l'Ontario et de la Colombie-Britannique. Sous la responsabilité du ministère du Travail et financés par les cotisations des employeurs à la CNESST, ces Bureaux permettraient de soutenir les travailleuses et travailleurs, surtout les travailleuses et travailleurs non syndiqués faisant face aux coûts prohibitifs des services juridiques, dans la compréhension de leurs droits et dans leur expérience des procédures de gestion de dossiers. Ces Bureaux contribueraient également à la réduction de la judiciarisation en permettant aux employeurs, surtout les plus petites entreprises, d'être en phase avec la loi et avec son application, et d'être supportés et dirigés dans la mise en place de programmes de prévention en SST.

### 4) La mise sur pied d'une Commission d'enquête sur le financement personnalisé à la CNESST, sur son lien avec la prévention en matière de SST et sur la tarification en fonction des efforts de prévention

Dans le contexte actuel, marqué par la recrudescence du nombre de lésions professionnelles reconnues par la CNESST et par l'augmentation des coûts des prestations versées<sup>169</sup>, le ministre du Travail a récemment annoncé son intention de déposer un projet de loi de modernisation du régime québécois de la SST<sup>170</sup>. Cette réforme est attendue et repoussée depuis plusieurs années<sup>171</sup>.

Dans la foulée notamment d'une étude publiée en 2020 par l'Institut national de santé publique du Québec<sup>172</sup>, on peut s'attendre à ce que le ministre légifère sur la possibilité d'étendre à l'ensemble des travailleuses et travailleurs les mécanismes de prévention contenus dans la LSST de 1979.

Toutefois, le ministre doit également profiter de cette opportunité pour revoir les incohérences héritées des

lois-cadres de 1979 et 1985 entre les régimes québécois de prévention et de financement-réparation<sup>173</sup>.

En effet, l'une des justifications principales de la personnalisation du financement est qu'elle contribue à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles. Or, il n'existe aucun consensus scientifique sur le lien entre tarification par expérience et prévention en SST<sup>174</sup>. À cet égard, depuis la mise en place des mutuelles de prévention en 1998, dont l'objectif déclaré était de responsabiliser les employeurs en matière de prévention, ni la CNESST ni la littérature scientifique n'ont, à notre connaissance, procédé à l'analyse de leurs retombées en matière de SST<sup>175</sup>.

En regard de l'état des connaissances scientifiques et étant donné la judiciarisation du régime générée par la personnalisation de son financement, les importantes limites des statistiques de lésions professionnelles et le manque d'études qualitatives de l'ensemble des effets néfastes de la tarification par incidences dans le contexte québécois, nous recommandons de soumettre la CNESST à un bilan complet des réformes des années 1990.

Ce bilan devrait s'inscrire dans le cadre d'une commission d'enquête sur le mode de financement de la CNESST, sur le lien entre financement et prévention de la SST et sur la transformation du mode de financement du régime.

Cette commission d'enquête aurait pour objectifs d'examiner :

- 1 les effets adverses de la tarification par incidences, notamment : l'impact de la gestion active des dossiers de réclamation et de l'affrontement médico-légal sur la santé physique et psychologique des travailleuses et travailleurs; les phénomènes de non-déclaration et de sous-déclaration des lésions professionnelles; les pratiques de retour trop hâtif en emploi des travailleuses et travailleurs victimes de lésions; la discrimination à l'embauche des personnes souffrant de limitations fonctionnelles, de handicaps et de problèmes de santé mentale; et l'expérience de la complexité bureaucratique vécue par les personnes lésées;
- 2 les coûts engendrés par le système de contestation médicolégale;
- 3 les coûts des lésions professionnelles supportés par le régime public et universel de soins de santé et les coûts humains non financés et non indemnisés par le régime de la CNESST;
- 4 le lien entre tarification par incidences et prévention de la SST;
- 5 la pertinence de l'abolition de la tarification par incidences et de la mise en place d'un mode de

financement alternatif en fonction des efforts de prévention.

Ces objectifs rejoignent certaines des recommandations du Commissaire au développement durable dans le Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2019-2020<sup>176</sup> : « [s']assurer que [l]es orientations stratégiques et budgétaires [de la CNESST] reflètent l'importance qui doit être accordée à la prévention en santé et en sécurité du travail » et « [p]roposer des mesures incitatives qui tiennent réellement compte des efforts en prévention. »

En ce sens, le remplacement du financement personnalisé par un mode de financement en fonction des efforts et des investissements en prévention<sup>a</sup> en matière de SST permettrait de limiter la judiciarisation et d'accomplir une véritable réduction à la source des dangers de lésions professionnelles.

<sup>a</sup> Pour des exemples de critères assurant l'efficacité des incitatifs financiers à la prévention en SST, voir le rapport de l'Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. EASHW, *Economic incentives to improve occupational safety and health : a review from the European perspective*, Luxembourg, Publications Office of the European Union, European Agency for Safety and Health at Work, 2010, p. 206.

## Notes de fin

- 1 LIPPEL, Katherine, « Une réforme du régime québécois de santé et de sécurité du travail : pour qui ? pourquoi ? pour quand ? », dans *L'intervention en santé et en sécurité du travail : pour agir en prévention dans les milieux de travail*, Québec, Presses de l'Université Laval, coll. « Collection santé et sécurité du travail », 2013.
- 2 *Ibid.*, p. 373.
- 3 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, « Chapitre 3. Audit de performance – Prévention en santé et sécurité du travail », *Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2019-2020 – Rapport du commissaire au développement durable*, mai 2019, p. 21.
- 4 MANSFIELD, Liz et al., « A Critical Review of Literature on Experience Rating in Workers' Compensation Systems », *Policy and Practice in Health and Safety*, vol. 10, n° 1, janvier 2012, p. 4.
- 5 THOMASON, Terry et Silvana POZZEBON, « Determinants of Firm Workplace Health and Safety and Claims Management Practices », *Industrial and Labor Relations Review*, vol. 55, n° 2, janvier 2002, p. 292.
- 6 MANSFIELD, Liz et al., *op. cit.*, p. 9.
- 7 THOMASON, Terry et Silvana POZZEBON, *op. cit.*, p. 286.
- 8 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *op. cit.*, p. 22.
- 9 COMMISSION DE L'ÉCONOMIE ET DU TRAVAIL, *Examen du rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale et du document d'actualisation de ce rapport*, Secrétariat des commissions de l'Assemblée nationale du Québec, décembre 2006, p. 6.
- 10 Katherine LIPPEL, *op. cit.*, p. 373-374.
- 11 BARIL-GINGRAS, Geneviève et al., « Organiser la prévention de manière systématique, dans tous les lieux de travail, la redynamiser et prendre en compte les changements du travail et de l'emploi », *L'intervention en santé et en sécurité du travail – Pour agir en prévention dans les milieux de travail*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2013, p. 379-487.
- 12 ROUSSEAU, Yvan, « Le commerce de l'infortune : les premiers régimes d'Assurance maladie au Québec 1880-1939 », *Revue d'histoire de l'Amérique française*, vol. 58, n° 2, automne 2004, p. 171.
- 13 EWALD, François, *L'État providence*, Paris, Grasset, 1986.
- 14 DIONNE, Jean-Claude, « La santé et la sécurité du travail au Québec: De l'entraide à l'indemnisation - de l'apprentissage à la prévention - des amendes aux droits spécifiques », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n° 41, 1<sup>er</sup> mai 2002, p. 11 ; PRÉMONT, Marie-Claude et Maurice TANCELIN, « L'indemnisation des victimes d'accident du travail : une histoire de contre-courants », *Les Cahiers de droit*, vol. 39, n°s 2-3, 1998, p. 240.
- 15 DIONNE, Jean-Claude, *op. cit.*, p. 11.
- 16 LIPPEL, Katherine, « L'avenir du droit de la santé et de la sécurité du travail dans le contexte de la mondialisation », *Revue de droit d'Ottawa / Ottawa Law Review*, vol. 47, n° 2, 2016, p. 536-556.
- 17 DIONNE, Jean-Claude, *op. cit.*, p. 11.
- 18 MEREDITH, W.R., *Final Report on Laws Relating to the Liability of Employers: To Make Compensation to their Employees for Injuries Received in the Course of their Employment, Which Are in Force in Other Countries*, Toronto, L.K. Cameron, 1913.
- 19 PRÉMONT, Marie-Claude et Maurice TANCELIN, *op. cit.*, p. 250.
- 20 LIPPEL, Katherine, « Droit des travailleurs québécois en matière de santé (1885-1981) », *Revue juridique Thémis*, vol. 6, 1981, p. 338.
- 21 PRÉMONT, Marie-Claude et Maurice TANCELIN, *op. cit.*, p. 249.
- 22 NORMAND, Sylvio, « Un thème dominant de la pensée juridique traditionnelle au Québec : la sauvegarde de l'intégrité du droit civil », *Revue de droit de McGill*, vol. 32, 1987, p. 597; PRÉMONT, Marie-Claude et Maurice TANCELIN, « L'indemnisation des victimes d'accident du travail... », *op. cit.*, p. 250.
- 23 *Ibid.*
- 24 DUCHESNE-BLONDIN, Alexandre, *Analyse socio-historique des transformations du régime assurantiel québécois en matière de santé et sécurité au travail (1885-2015)*, Université du Québec à Montréal, 2017, p. 66.
- 25 *Ibid.*, p. 59 ; LIPPEL, Katherine, « Une réforme du régime québécois de santé et de sécurité du travail : pour qui ? pourquoi ? pour quand ? », *op. cit.*, p. 372.
- 26 DUCHESNE-BLONDIN, Alexandre, *op. cit.*, p. 65.
- 27 LIPPEL, Katherine, *op. cit.*, p. 338.
- 28 *Ibid.*, p. 337.
- 29 HÉBERT, Gérard, « Management et prévention des accidents du travail – Les responsabilités des cadres à l'égard de la prévention », *Relations industrielles*, vol. 31, n° 1, 1976, p. 9.

- 30 *Ibid.*, p. 3-31 ; PRÉMONT, Marie-Claude et Maurice TANCELIN, *op. cit.*, p. 233-260.
- 31 DUCHESNE-BLONDIN, Alexandre, *op. cit.*, p. 80.
- 32 *Ibid.*, p. 59.
- 33 *Ibid.*, p. 81.
- 34 *Ibid.*, p. 71.
- 35 *Ibid.*, p. 73.
- 36 *Ibid.*, p. 79.
- 37 *Ibid.*, p. 88.
- 38 *Ibid.*, p. 84.
- 39 *Ibid.*
- 40 *Ibid.*; LIPPEL, Katherine, *op. cit.*, p. 329-380.
- 41 DUCHESNE-BLONDIN, Alexandre, *op. cit.*, p. 89.
- 42 *Ibid.*, p. 90.
- 43 *Ibid.*
- 44 LIPPEL, Katherine, *op. cit.*, p. 372.
- 45 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *op. cit.*, p. 9.
- 46 DUCHESNE-BLONDIN, Alexandre, *op. cit.*, p. 97.
- 47 *Ibid.*
- 48 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *op. cit.*, p. 9.
- 49 LAFLAMME, Anne-Marie, « Le droit de retour au travail et l'obligation d'accommodement : le régime de réparation des lésions professionnelles peut-il résister à l'envahisseur ? », *Les Cahiers de droit*, vol. 48, n<sup>os</sup> 1-2, 2007, p. 231.
- 50 IRSST, « Le régime québécois de santé et de sécurité du travail en bref », *Droits et obligations - Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail*, vol. Prévention au travail, n<sup>o</sup> Hiver 2019, 2010, [www.irsst.qc.ca/media/documents/fr/prev/v23\\_01/16.pdf](http://www.irsst.qc.ca/media/documents/fr/prev/v23_01/16.pdf).
- 51 DUCHESNE-BLONDIN, Alexandre, *op. cit.*, p. 101.
- 52 *Ibid.*, p. 100.
- 53 *Ibid.*, p. 101.
- 54 CSST, *Loi annotée sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, Commission de la santé et de la sécurité du travail, 1986, p. 168.
- 55 *Ibid.*, p. 174.
- 56 *Ibid.*, p. 174-176.
- 57 *Ibid.*, p. 173.
- 58 *Ibid.*, p. 176.
- 59 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *op. cit.*, p. 22.
- 60 UTTAM, *Le processus d'évaluation médicale à la CNESST : la médecine au service des patrons*, Montréal, Union des travailleurs et travailleuses accidenté-e-s de Montréal, 2016, p. 4, [uttam.quebec/documents/BEM\\_2014-2015.pdf](http://uttam.quebec/documents/BEM_2014-2015.pdf).
- 61 *Ibid.*, p. 3.
- 62 LIPPEL, Katherine, *op. cit.*, p. 373.
- 63 DUCHESNE-BLONDIN, Alexandre, *op. cit.*, p. 141.
- 64 *Ibid.*, p. 142.
- 65 *Ibid.*
- 66 JÉRÔME-FORGET, Monique, « Message de la présidente-directrice générale », CSST 87. Santé et sécurité en tête. Du 19 au 24 octobre 1987, p. 6.
- 67 PELCHAT, Pierre, « Les accidents de travail diminueraient de 10 % », *Le Soleil*, Québec, avril 1987, p. A-6.
- 68 *Ibid.*
- 69 LÉVESQUE, Lia, « Monique Jérôme-Forget dénonce la "conspiration du silence" à la CSST », *La Presse*, Montréal, décembre 1992, [collections.banq.qc.ca/lapresse/src/cahi/ers/1992/09/29/02/82812\\_1992092902.pdf](http://collections.banq.qc.ca/lapresse/src/cahi/ers/1992/09/29/02/82812_1992092902.pdf).
- 70 DUCHESNE-BLONDIN, Alexandre, *op. cit.*, p. 125.
- 71 *Ibid.*
- 72 QUÉBEC, *Projet de loi 14 : Loi modifiant la loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, décembre 1989, p. 1195, [www.bibliotheque.assnat.qc.ca/](http://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/).
- 73 DUCHESNE-BLONDIN, Alexandre, *op. cit.*, p. 126-127.
- 74 QUÉBEC, *Projet de loi 74 : Loi modifiant la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et la Loi sur la santé et la sécurité du travail*, décembre 1996, p. 554, [www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/](http://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/), consulté le 25 janvier 2020.
- 75 *Ibid.*, p. 554.
- 76 DUCHESNE-BLONDIN, Alexandre, *op. cit.*, p. 127.
- 77 CNESST, *Pour mieux comprendre le mode de tarification au taux personnalisé. Santé et sécurité du travail: tarification 2019*, DC100-1657-6, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, novembre 2018, p. 2, [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/100/Documents/DC100-1657-6web.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/100/Documents/DC100-1657-6web.pdf); CAMIRÉ, Viateur, *Rapport du président du Groupe de travail*, Groupe de travail chargé de faire des recommandations concernant le régime québécois de santé et de sécurité du travail, 2010, p. 41.
- 78 TAT, « AI10-1985-86 à 1993-94 » (« Sommaire des désistements regroupés par régions »), *Demande d'accès à l'information*, 20 décembre 2019.



- 79 IRSST, « Le régime québécois de santé et de sécurité du travail en bref », *Droits et obligations - Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail*, vol. Prévention au travail, n° Hiver 2019, 2010, [www.irsst.qc.ca/media/documents/fr/prev/v23\\_01/16.pdf](http://www.irsst.qc.ca/media/documents/fr/prev/v23_01/16.pdf).
- 80 BONHOMME, Jean-Pierre, « La CSST simplifie l'ensemble de ses services ce qui l'aidera à rééquilibrer son budget », *La Presse*, Montreal, 29 septembre 1992, [collections.banq.qc.ca/lapresse/src/cahiers/1992/09/29/02/82812\\_1992092902.pdf](http://collections.banq.qc.ca/lapresse/src/cahiers/1992/09/29/02/82812_1992092902.pdf).
- 81 BRONSARD, Robert, « Vers un nouvel État-providence : l'expérience de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec », *Canadian Public Administration/Administration publique du Canada*, vol. 41, n° 1, mars 1998, p. 83.
- 82 IRSST, *op. cit.*
- 83 BONHOMME, Jean-Pierre, *op. cit.*
- 84 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, « Chapitre 4. Lésions professionnelles : indemnisation et réadaptation des travailleurs. Commission de la santé et de la sécurité du travail », *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013. Vérification de l'optimisation des ressources*, Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Québec, printemps 2015, p. 9, [www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2015-2016-VOR-Printemps/fr\\_Rapport2015-2016-VOR-Chap04.pdf](http://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2015-2016-VOR-Printemps/fr_Rapport2015-2016-VOR-Chap04.pdf).
- 85 *Ibid.*, p. 35.
- 86 UTTAM, *op. cit.*, p. 4.
- 87 DUCHESNE-BLONDIN, Alexandre, *op. cit.*, p. 130.
- 88 *Statistiques annuelles 2017*, DC200-1046-25, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2018, p. 85.
- 89 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, « Chapitre 2. Gestion des tribunaux administratifs », *Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2012-2013. Vérification de l'optimisation des ressources*, Québec, printemps 2012, p. 44, [www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2012-2013-VOR/fr\\_Rapport2012-2013-VOR-Chap02.pdf](http://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2012-2013-VOR/fr_Rapport2012-2013-VOR-Chap02.pdf).
- 90 « Fusions et modifications : un nouveau régime des relations de travail au Québec en 2016 », *Canadian Journal of Administrative Law & Practice*, vol. 29, n° 3, septembre 2016, p. 292-293.
- 91 IRSST, *op. cit.*
- 92 CNESST, *Statistiques annuelles 2018*, DC200-1046-25, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2019, p. 28, [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1046web.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1046web.pdf) ; CNESST, *La CNESST en bref : année 2018*, CD200-1047-13, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2019, p. 25.
- 93 IRSST, *op. cit.*
- 94 KHUONG, Rady et Catherine CLOUTIER, « Fusions et modifications : un nouveau régime des relations de travail au Québec en 2016 », *Canadian Journal of Administrative Law & Practice*, vol. 29, n° 3, septembre 2016, p. 292-293.
- 95 TAT, *Rapport annuel de gestion 2018-2019*, Tribunal administratif du travail, 2019, p. 13, [rapportannuel.tat.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2019/10/rapport-annuel-2018-2019-tribunal-administratif-du-travail.pdf](http://rapportannuel.tat.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2019/10/rapport-annuel-2018-2019-tribunal-administratif-du-travail.pdf).
- 96 DUCHESNE-BLONDIN, Alexandre, *op. cit.*
- 97 CLICHE, Bernard et al., *Guide pratique du financement du régime d'indemnisation des lésions professionnelles*, Yvon Blais, 2016, p. 91, [www.lareference.editionsyvonblais.com/maf/app/authentication/signon?sp=montreal-13](http://www.lareference.editionsyvonblais.com/maf/app/authentication/signon?sp=montreal-13), consulté le 29 décembre 2019. LIPPEL, Katherine, *op. cit.*, p. 371-396.
- 98 CNESST, *Plan stratégique 2017-2019*, DC200-1591, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2017, p. 27, [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/100/Documents/DC100-1784.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/100/Documents/DC100-1784.pdf).
- 99 DUCHESNE-BLONDIN, Alexandre, *op. cit.*, p. 141.
- 100 CNESST, *Statistiques annuelles 2018*, *op. cit.*, p. 27.
- 101 Pour plus de détails au sujet du financement du régime québécois d'indemnisation des lésions professionnelles, voir l'ouvrage de référence de CLICHE et al., *op. cit.*
- 102 *Table des taux 2019. Unités de classification*, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2018, p. 4, [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-414-26web.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-414-26web.pdf).
- 103 Voir CNESST, *op. cit.*, p. 24.
- 104 *Ibid.*, p. 5.
- 105 ACATC, *Résumé des régimes de primes personnalisées au Canada*, Association des commissions des accidents du travail du Canada/AWCBC, 2016, p. 8, [awcbc.org/wp-content/uploads/2014/02/F\\_Experience\\_Rating.pdf](http://awcbc.org/wp-content/uploads/2014/02/F_Experience_Rating.pdf).
- 106 CNESST, *op. cit.*, p. 3.
- 107 Voir *ibid.*, p. 5.
- 108 Voir *ibid.*, p. 8.
- 109 Voir *ibid.*, p. 4.
- 110 *Ce que vous devez savoir sur les mutuelles de prévention*, DC200-1434, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2018, p. 5, [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1434web.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1434web.pdf).

- 111 *Ibid.*, p. 4.
- 112 *Guide en vue de la création d'une mutuelle de prévention*, DC200-1431, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2018, p. 17, [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1431web.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1431web.pdf).
- 113 Pour plus de détails sur le fonctionnement du mode de tarification personnalisée des mutuelles de prévention, voir CNESST, *op. cit.*, p. 20; CNESST, *op. cit.*, p. 12 et Cliche et al. *Guide pratique du financement du régime d'indemnisation des lésions professionnelles...*, *op. cit.*, p. 65-70.
- 114 CNESST, *op. cit.*, p. 4.
- 115 Sur le programme de prévention, voir par exemple CNESST, *op. cit.*, p. 6.
- 116 *Ibid.*, p. 5.
- 117 *Ibid.*
- 118 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, « Chapitre 3. Audit de performance – Prévention en santé et sécurité du travail », *op. cit.*, p. 22.
- 119 *Ibid.*
- 120 TOMPA, Emile et al., « Financial Incentives of Experience Rating in Workers' Compensation: New Evidence From a Program Change in Ontario, Canada », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 55, n° 3, mars 2013, p. 292.
- 121 CNESST, *L'ajustement rétrospectif de la cotisation 2020. Employeurs formant un groupe*, DC200-1442-18, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2019, p. 3, [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1442-18web.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1442-18web.pdf).
- 122 *Ibid.*
- 123 *Ibid.*, p. 10.
- 124 *Ibid.*, p. 12.
- 125 CNESST, *Orientations en imputation*, DC1000-205, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, novembre 2018, p. 7, [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1046web.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1046web.pdf).
- 126 CSST, *Loi annotée sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, Commission de la santé et de la sécurité du travail, 1986, p. 174.
- 127 *Ibid.*, p. 153.
- 128 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *op. cit.*, p. 22.
- 129 Voir CSCV, *Dai\_2016-2017\_006-1-2*, Gatineau, Commission scolaire au Cœur-des-Vallées, 2016.
- 130 CNESST, *Pour mieux comprendre le mode de tarification au taux personnalisé. Santé et sécurité du travail: tarification 2019...*, *op. cit.*, p. 6.
- 131 CNESST, *op. cit.*, p. 14-15.
- 132 LIPPEL, Katherine, « Le droit comme outil de maintien en emploi : rôle protecteur, rôle destructeur ? », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, n° 12-1, 1<sup>er</sup> février 2010, p. 8-9, [journals.openedition.org/pistes/1677](http://journals.openedition.org/pistes/1677).
- 133 LAROUCHE, Richard, « Le financement des coûts non imputés à la CSST : où en est-on ? », *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail*, vol. 263, 2007, p. 9.
- 134 COMMISSION DE L'ÉCONOMIE ET DU TRAVAIL, *Examen du rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale et du document d'actualisation de ce rapport*, Secrétariat des commissions de l'Assemblée nationale du Québec, décembre 2006, p. 5-6.
- 135 *Ibid.*, p. 6.
- 136 LIPPEL, Katherine et Vicky SABOURIN, « Prévention de la chronicité : comment le droit pourrait-il mieux contribuer à diminuer les incapacités au travail? », *Développements récents en droit de la santé et de la sécurité au travail*, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 2020, p. 103.
- 137 CNESST, *Levée du moratoire sur le traitement de certaines demandes de transfert du coût des prestations*, Québec, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, avril 2018, 1 p., [www.csst.qc.ca/lois\\_reglements\\_normes\\_politiques/orientations-directives/Documents/Levee-du-moratoire.pdf](http://www.csst.qc.ca/lois_reglements_normes_politiques/orientations-directives/Documents/Levee-du-moratoire.pdf).
- 138 TAT, *Rapport annuel de gestion 2018-2019*, Tribunal administratif du travail, 2019, p. 27, [rapportannuel.tat.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2019/10/rapport-annuel-2018-2019-tribunal-administratif-du-travail.pdf](http://rapportannuel.tat.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/2019/10/rapport-annuel-2018-2019-tribunal-administratif-du-travail.pdf).
- 139 CNESST, *Levée du moratoire sur le traitement de certaines demandes de transfert du coût des prestations*, *op. cit.*
- 140 TAT, *Cadre d'exercice de la conciliation à la Division de la santé et de la sécurité du travail*, Tribunal administratif du travail, 2016, p. 2, [www.tat.gouv.qc.ca/fileadmin/tat/6Le\\_tribunal/Publications\\_et\\_documents/Directives\\_politiques\\_orientations\\_et\\_plans\\_d\\_action/Cadre\\_d\\_exercice\\_conciliation\\_DSST.pdf](http://www.tat.gouv.qc.ca/fileadmin/tat/6Le_tribunal/Publications_et_documents/Directives_politiques_orientations_et_plans_d_action/Cadre_d_exercice_conciliation_DSST.pdf).
- 141 Communication personnelle par courriel (27 janvier 2020, 11 h 48), Line Corriveau, Secrétaire générale et conseillère à la présidence, TAT.
- 142 *Ibid.*

- 143 *Ibid.*
- 144 *Ibid.*
- 145 *Ibid.*
- 146 LIPPEL, Katherine, « Le droit comme outil de maintien en emploi : rôle protecteur, rôle destructeur ? », *op. cit.*
- 147 LIPPEL, Katherine, Joan M. EAKIN, D. Linn HOLNESS et Dana HOWSE, « The structure and process of workers' compensation systems and the role of doctors: A comparison of Ontario and Québec: Workers' Compensation Systems and the Role of Doctors », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 59, n° 12.
- 148 Sur le Bureau des conseillers des travailleurs ontarien, voir OFFICE OF THE WORKER ADVISER, *About the OWA*, Sans date, [www.owa.gov.on.ca/en/about/Pages/default.aspx](http://www.owa.gov.on.ca/en/about/Pages/default.aspx). En Colombie-Britannique, voir WORKERS' ADVISERS OFFICE, *Workers' Advisers Office*, Sans date, [www2.gov.bc.ca/gov/content/employment-business/employment-standards-advice/personal-injury-and-workplace-safety](http://www2.gov.bc.ca/gov/content/employment-business/employment-standards-advice/personal-injury-and-workplace-safety).
- 149 ACATC, *Résumé des régimes de primes personnalisées au Canada*, Association des commissions des accidents du travail du Canada/AWCBC, 2016, p. 9 et 14, [awcbc.org/wp-content/uploads/2014/02/F\\_Experience\\_Rating.pdf](http://awcbc.org/wp-content/uploads/2014/02/F_Experience_Rating.pdf); CAMPOLIETI, Michele et al., « Experience Rating, Work Injuries and Benefit Costs: Some New Evidence », *Relations industrielles*, vol. 61, n° 1, 18 octobre 2006, p. 118-145.
- 150 EXPERT ADVISORY PANEL ON OCCUPATIONAL HEALTH AND SAFETY, *Report and Recommendations to the Minister of Labour*, Toronto, Expert Advisory Panel on Occupational Health and Safety, 2010, p. 40, collections. [ola.org/mon/24012/306640.pdf](http://ola.org/mon/24012/306640.pdf).
- 151 SOBECO, Morneau, *Recommendations for Experience Rating. For Discussion with Stakeholders*, 28 octobre 2008, 29 p., [www.wsib.ca/sites/default/files/2019-03/morneausobe-coreport.pdf](http://www.wsib.ca/sites/default/files/2019-03/morneausobe-coreport.pdf).
- 152 ACATC, *Résumé des régimes de primes personnalisées au Canada*, Association des commissions des accidents du travail du Canada/AWCBC, 2016, p. 9 et 14, [awcbc.org/wp-content/uploads/2014/02/F\\_Experience\\_Rating.pdf](http://awcbc.org/wp-content/uploads/2014/02/F_Experience_Rating.pdf).
- 153 MANSFIELD, Liz, Ellen MACEACHEN, Emile TOMPA, Christina KALCEVICH, Marion ENDICOTT et Natalie YEUNG, « A Critical Review of Literature on Experience Rating in Workers' Compensation Systems », *Policy and Practice in Health and Safety*, vol. 10, n° 1, janvier 2012; THOMASON, Terry et Silvana POZZEBON, *op. cit.*; MORANTZ, Alison, Julia BODSON, Sarah M. LEVINE et Marcus V. PALSSON, « Economic incentives in workers' compensation: a holistic, international perspective », *Rutgers University Law Review*, vol. 69, 2017.
- 154 UTTAM, *Révision administrative : des délais de plus en plus longs*, Union des travailleurs et travailleuses accidenté-e-s de Montréal, Sans date, [uttam.quebec/articles/DRA-delaiss.php](http://uttam.quebec/articles/DRA-delaiss.php).
- 155 UTTAM, *op. cit.*
- 156 ISON, Terence G., « Reflections on the State of Workers' Compensation and Occupational Health & Safety in the United States and Canada », *Compensation & Benefits Review*, vol. 47, n° 1, janvier 2015, p. 28-29; LENGAGNE, Pascale, « Inciter les entreprises à améliorer la santé au travail : la tarification à l'expérience dans les systèmes d'assurance des risques professionnels », *Regards*, vol. 51, n° 1, 2017, p. 51-61; MACEACHEN, Ellen et al., « Workers' Compensation Experience-Rating Rules and the Danger To Workers' Safety in the Temporary Work Agency Sector », *Policy and Practice in Health and Safety*, vol. 10, n° 1, janvier 2012, p. 77-95; MANSFIELD, Liz et al., « A Critical Review of Literature on Experience Rating in Workers' Compensation Systems », *Policy and Practice in Health and Safety*, vol. 10, n° 1, janvier 2012, p. 4; THOMASON, Terry et Silvana POZZEBON, *op. cit.*, p. 286; HARCOURT, Mark et al., « The Impact of Workers' Compensation Experience-Rating on Discriminatory Hiring Practices », *Journal of Economic Issues*, vol. 41, n° 3, septembre 2007, p. 681-699.
- 157 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *op. cit.*
- 158 MANSFIELD, Liz et al., *op. cit.*, p. 11.
- 159 MACEACHEN, Ellen et al., *op. cit.*, p. 77-95.
- 160 BLANCHARD, Olivier et Jean TIROLE, « Redesigning the Employment Protection System », *The Economist*, vol. 152, n° 1, mars 2004, p. 1-20.
- 161 LEBEAU, Martin et al., *Les coûts des lésions professionnelles au Québec, 2005-2007*, Études et recherches, R-769, Institut de recherche en santé et sécurité du travail, Surveillance et connaissances statistiques, 2014, 66 p., [www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-769.pdf](http://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-769.pdf).
- 162 ISON, Terence G., *op. cit.*, p. 29; MANSFIELD, Liz et al., *op. cit.*, p. 20; TOMPA, Emile et al., « Financial Incentives of Experience Rating in Workers' Compensation: New Evidence From a Program Change in Ontario, Canada », *op. cit.*, p. 303.
- 163 MACEACHEN, Ellen et al., *op. cit.*, p. 19.
- 164 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC *op. cit.*, p. 7.
- 165 CNESST, *L'assignation temporaire. Les conditions gagnantes d'un retour au travail durable*, DC100-1410, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail, 2017, p. 2, [www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/100/Documents/DC100-1410web.pdf](http://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/100/Documents/DC100-1410web.pdf).

- 166 LIPPEL, Katherine, *op. cit.*, p. 7.
- 167 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *op. cit.*
- 168 DAOUST-BOISVERT, Amélie et Marie-Lise ROUSSEAU, « Santé : le taux d'assurance salaire a monté en flèche », *Le Devoir*, Montréal, 6 mars 2018, [www.ledevoir.com/societe/sante/521963/sante-le-taux-d-assurance-salaire-a-monte-en-fleche](http://www.ledevoir.com/societe/sante/521963/sante-le-taux-d-assurance-salaire-a-monte-en-fleche).
- 169 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *op. cit.*, p. 8.
- 170 BRETON, Brigitte, « Santé : cap sur la prévention », *Le Soleil*, Québec, décembre 2019, [www.ledroit.com/chroniques/sante-cap-sur-la-prevention-4facc8ba4f73ae-572521022fed9bb70c?fbclid=IwAR0JjomObOFYneyEpy-j8Qbl84qAAFaURtcB-Ff3Pnm8RkXOLdW4JDQWgSqY](http://www.ledroit.com/chroniques/sante-cap-sur-la-prevention-4facc8ba4f73ae-572521022fed9bb70c?fbclid=IwAR0JjomObOFYneyEpy-j8Qbl84qAAFaURtcB-Ff3Pnm8RkXOLdW4JDQWgSqY).
- 171 LIPPEL, Katherine, « Une réforme du régime québécois de santé et de sécurité du travail : pour qui? pourquoi? pour quand? », *op. cit.*, p. 371-396.
- 172 STOCK, Susan et Nektaria NICOLAKAKIS, *Inégalités de santé au travail entre les salariés visés et ceux non visés par les mesures préventives prévues par la Loi sur la santé et la sécurité du travail*, Institut national de santé publique du Québec, 2020, 36 p., [www.inspq.qc.ca/publications/2631](http://www.inspq.qc.ca/publications/2631), consulté le 17 janvier 2020.
- 173 LIPPEL, Katherine, *op. cit.*, p. 373.
- 174 ISON, Terence G., *op. cit.*, p. 27-38; MANSFIELD, Liz et al., *op. cit.*, p. 3-25; MORANTZ, Alison et al., « Economic incentives in workers' compensation: a holistic, international perspective », *Rutgers University Law Review*, vol. 69, 2017, p. 1015-1080 ; TOMPA, Emile et al., « Systematic review of the prevention incentives of insurance and regulatory mechanisms for occupational health and safety », *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, vol. 33, n° 2, avril 2007, p. 85-95.
- 175 Voir BARIL-GINGRAS, Geneviève et al., « Organiser la prévention de manière systématique, dans tous les lieux de travail, la redynamiser et prendre en compte les changements du travail et de l'emploi », *L'intervention en santé et en sécurité du travail – Pour agir en prévention dans les milieux de travail*, Québec, Presses de l'Université Laval, 2013, p. 379-487.
- 176 VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC, *op. cit.*, p. 27.





---

**Au Québec, la personnalisation du financement [à la CNESST] a contribué à la réintroduction d'une logique d'affrontement médico-légal à l'intérieur du système 'sans égard à la faute'.**



Institut de recherche  
et d'informations  
socioéconomiques

---

L'Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS), un institut de recherche indépendant et progressiste, a été fondé à l'automne 2000. Son équipe de chercheur-e-s se positionne sur les grands enjeux socioéconomiques de l'heure et offre ses services aux groupes communautaires et aux syndicats pour des projets de recherche spécifiques.

**INSTITUT DE RECHERCHE ET D'INFORMATIONS SOCIOÉCONOMIQUES**

1710, rue Beaudry, bureau 3.4, Montréal (Québec) H2L 3E7  
514.789.2409 • [iris-recherche.qc.ca](http://iris-recherche.qc.ca)

Imprimé **ISBN 978-2-924727-69-0**  
PDF **ISBN 978-2-924727-70-6**