

Mémoire relatif au projet de loi 60  
visant principalement  
la modernisation du régime de santé  
et de sécurité du travail

Présenté à la

Commission parlementaire  
de l'économie et du travail

Par la



Fédération de la  
physiothérapie  
en pratique  
privée du  
Québec

Juillet 2012

# Table des matières

Résumé	3
Préambule	4
À propos de la Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec	5
Un régime de santé et de sécurité du travail à préserver	6
Pour un continuum de soins et de services adéquats	8
Pour la mise au point de forfaits de services professionnels	10
Pour une tarification plus attrayante	10
La modernisation continue du régime de santé et de sécurité du travail	12
Conclusion	15
Annexe	
Fonctionnement du continuum des services interdisciplinaires de réadaptation	16
<hr/>	
Tableau 1	
Comparaisons des régimes SST des quatre grandes provinces canadiennes (2010)	6
Tableau 2	
Coûts moyens des soins médicaux et de physiothérapie (2010)	7

# Résumé

La Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec (FPPQ) regroupe quelque 250 cliniques privées de physiothérapie réparties dans tout le Québec, offrant des services de physiothérapie et d'ergothérapie.

Globalement, la Fédération estime que le projet de loi 60 propose des améliorations intéressantes pour moderniser le fonctionnement du régime de santé et de sécurité du travail; cependant, les changements proposés ne vont pas assez loin. Ils ne favorisent guère l'implantation d'un réel continuum de soins pour les travailleurs accidentés et offrent peu de souplesse pour permettre au régime de s'adapter aux nouvelles pratiques professionnelles. Si le médecin traitant dispose d'un rôle fondamental dans la prise en charge des travailleurs victimes d'accidents du travail, une utilisation plus judicieuse des compétences et des ressources professionnelles, notamment en physiothérapie et en ergothérapie, et le recours à l'interdisciplinarité pour traiter les cas plus complexes permettraient de mieux prévenir la chronicité.

Dans cette optique, la Fédération suggère un amendement au projet de loi 60 de façon à inclure dans les fonctions du conseil d'administration de la CSST l'obligation de maintenir un forum permanent chargé d'examiner l'évolution des pratiques professionnelles et institutionnelles touchant les soins et les services de santé relevant de la compétence de la Commission. Ce forum proposerait des recommandations aux administrateurs de la CSST.

Par ailleurs, à l'instar de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, la Fédération invite le législateur à faire preuve de prudence en ce qui concerne l'implantation de limitations monétaires aux soins et services de santé. Contrairement à ce que certains croient, le régime québécois de santé et de sécurité du travail performe relativement bien et maintient un coût par réclamation acceptée parmi les plus bas au Canada. L'idée de créer des « forfaits monétaires » en fonction de différents types de blessures peut être bonne si elle s'accompagne de mesures de prise en charge des travailleurs lorsque leurs besoins se complexifient (continuum de soins). De plus, l'accès à des services médicaux spécialisés constitue un défi majeur à relever.

Enfin, la Fédération souscrit au renforcement des pouvoirs du conseil d'administration de la CSST en ce qui a trait à la tarification des services et souhaite l'instauration d'une table de discussion et de négociation des tarifs des services professionnels. La reconnaissance par la CSST dans son document sur la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail (septembre 2011) de rémunérer à un juste prix les services professionnels est un pas important que la Fédération salue.

La physiothérapie est élément de solution pour améliorer le fonctionnement du régime de santé et de sécurité du travail. Le réseau des cliniques privées de physiothérapie est un actif essentiel dans l'organisation et l'accessibilité à des soins de santé de qualité.

# Préambule

La Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec (FPPPQ) remercie les membres de la Commission de l'économie et du travail de lui permettre de présenter ce mémoire relatif au Projet de loi 60, Loi visant principalement la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail et son application aux domestiques.

D'entrée de jeu, la Fédération reconnaît qu'il était devenu nécessaire d'apporter des changements importants à l'actuel régime de santé et de sécurité du travail de manière à y introduire plus de souplesse, notamment sur le plan de l'assistance médicale et du processus de réintégration au travail. Bien que nous soyons d'accord, dans l'ensemble, avec les objectifs poursuivis par le projet de loi, certaines dispositions concernant « *la mise en place des conditions et limites monétaires de l'assistance médicale* » ainsi que « *les mesures qui pourront être prises (...) pour favoriser la réintégration au travail des travailleurs victimes d'une lésion professionnelle* » suscitent des interrogations sérieuses pour lesquelles nous n'avons pas de réponse en l'absence des futurs règlements. Dans ce sens, nos préoccupations sont semblables à celles de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec.

Le désir d'imposer des limites monétaires à la prestation des soins liés, notamment en physiothérapie et en ergothérapie, sans toucher aux pratiques professionnelles elles-mêmes et au rôle central et exclusif accordé au médecin traitant, risque d'entraîner des effets contre-productifs en restreignant dangereusement l'accès aux soins en réadaptation physique pour les travailleurs accidentés, et cela, sans leur offrir une alternative.

Pour des raisons similaires, en partie, le programme de réintégration au travail préconisé par le projet de loi, bien que fort intéressant, pourrait devenir très difficile à réaliser et beaucoup moins efficace que souhaité sans la mise au point d'un véritable continuum de services interdisciplinaires, s'appuyant sur l'apport réel des compétences de tous les professionnels et intervenants de la santé concernés. Nous l'avons répété à maintes reprises au cours des dix dernières années, les pratiques professionnelles ont considérablement évolué.

Le mémoire de la Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec propose des recommandations pour bonifier certaines mesures du Projet de loi 60. Nous croyons qu'il est préférable d'aller plus loin, dès maintenant, dans la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail plutôt que de risquer de compromettre la santé des travailleurs accidentés et d'accroître la chronicisation des cas.

En ce moment, le Québec a besoin de toute la force d'une main-d'œuvre en santé et nous croyons que la physiothérapie y contribue déjà, de multiples façons. Il est certain qu'elle pourrait le faire davantage et c'est dans cette perspective que nous vous proposons des recommandations visant à consolider le continuum de services aux travailleurs accidentés.

La Fédération endosse sans réserve les propos de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec dans son mémoire sur le projet de loi 60, notamment en ce qui a trait aux compétences des professionnels de la physiothérapie, à l'assistance médicale et à la réintégration au travail. En conséquence, nous n'aborderons ces sujets que brièvement.

Nos commentaires porteront essentiellement sur les conditions de réussite d'une réelle modernisation du système de santé et de sécurité du travail.

### **À propos de la Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec**

Le FPPPQ représente quelque 250 cliniques privées offrant principalement des services de physiothérapie; plusieurs d'entre elles dispensent aussi des services d'ergothérapie et d'autres soins de santé. Également, depuis 2000, une vingtaine de cliniques constituent la base d'un réseau de services interdisciplinaires de réadaptation, complémentaires aux services courants.

Nos cliniques membres sont réparties dans toutes les régions du Québec. Elles comptent au-delà de 3 500 employés en majorité des professionnels et des technologues de la santé et dispensent environ 70 % des services privés de physiothérapie et près de 40 % des services privés d'ergothérapie. Les travailleurs victimes de lésions professionnelles couverts par le régime de santé et de sécurité du travail constituent un peu plus du tiers de leur clientèle.

# Un régime de santé et sécurité du travail à préserver

À l'encontre de certaines croyances, le régime québécois de santé et de sécurité du travail a fait la preuve de son efficacité. D'ailleurs, plusieurs études récentes, de même que les bilans annuels de la CSST démontrent que, malgré les défauts qu'on lui reproche, il demeure l'un des plus efficaces au Canada et l'un des moins coûteux, par réclamation. Le tableau qui suit, tiré des informations publiques publiées par l'Association des commissions des accidents du travail du Canada (ACATC), est assez éloquent à cet égard.

**Tableau 1**

## Comparaisons des régimes SST des quatre grandes provinces canadiennes (2010)

<b>VARIABLES</b>	<b>Québec</b>	<b>Ontario</b>	<b>Alberta</b>	<b>Colombie-Britannique</b>
Nombre de réclamations rapportées (n)	112 676	240 220	135 024	136 742
Nombre total de nouvelles réclamations avec perte de temps (n)	71 196	60 179	25 045	48 462
Taux moyens de cotisations/100\$ masse salariale	2,19\$	2,35\$	1,22\$	1,54\$
Paiements de prestation de soins médicaux et de réadaptation (excluant les frais d'administration)	353 285 000\$	419 098 000\$	338 210 000\$	313 470 000\$
Frais d'administration pour les employeurs qui cotisent	304 845 000\$	495 477 000\$	167 736 000\$	259 013 000\$
Durée d'une réclamation (jours)	95,0	ND	58,2	76,9
Fréquence des lésions par 100 travailleurs assurés	1,75	1,13	1,31	2,08
Pourcentage de la main d'œuvre assurée	93,0%	71,2%	85,5%	94,4%
Population active (n)	4 382 100	7 449 100	2 242 100	2 468 100
Main d'œuvre assurée (n)	4 075 353	5 303 759	1 916 996	2 329 886
Coûts des prestations encourus (excluant les frais d'administration)	1 820 200 000\$	4 123 400 000\$	972 200 000\$	1 021 000 000\$
Valeur « per capita » des cotisations par travailleur assuré	446,64 \$	777,45 \$	507,15 \$	438,22 \$
Coût moyen des prestations par réclamation avec perte de temps	20 560\$	30 670\$	27 851\$	17 106\$
Valeur « per capita » des frais d'administration des employeurs qui cotisent par rapport à la main d'œuvre assurée	74,80 \$	93,42 \$	87,50 \$	111,17 \$
Réclamations avec perte de temps acceptées par rapport aux réclamations rapportées	63%	25%	19%	35%
Coût des prestations de soins médicaux et de réadaptation par 100\$ de masse salariale «cotisable»	0,31\$	0,28\$	0,44\$	0,43\$

Source : Association des commissions des accidents du travail du Canada, janvier 2010.

Ce tableau comparant les régimes de santé et sécurité du travail des quatre principales provinces canadiennes illustre que :

1. le nombre de réclamations (avec perte de temps) acceptées par la CSST dépasse – et de loin – le niveau des autres provinces, trois plus qu’en Ontario et en Alberta et presque deux fois plus que la Colombie-Britannique;
2. le Québec réussit à conserver des coûts relativement bas par rapport aux autres provinces, le coût moyen des prestations de soins étant inférieur à celui de l’Ontario et de l’Alberta;
3. c’est le nombre de réclamations acceptées ainsi que la durée moyenne des réclamations qui sont les deux véritables causes des coûts.

Même s’il est relativement ardu de comparer les différents régimes de santé et de sécurité du travail, il est possible d’y arriver, malgré tout. Malheureusement, il en va tout autrement lorsqu’il s’agit de comparer les modes et les coûts de prise en charge des accidentés du travail.

Selon les données de 2010 publiées par l’Association des commissions des accidents de travail du Canada, c’est au Québec que le coût moyen des soins médicaux et de physiothérapie est le plus bas des quatre principales provinces.

**Tableau 2**

**Coûts moyens des soins médicaux et de physiothérapie (2010)**

	<b>Québec</b>	<b>Ontario</b>	<b>Alberta</b>	<b>Colombie-Britannique</b>
<b>Coûts moyens des soins médicaux et de physiothérapie / par réclamation</b>	4 962,15 \$	6 964,19 \$	13 504,09 \$	6 468,37 \$

Source : Association des commissions des accidents de travail du Canada, janvier 2010.

Comme nous le signalons dans notre préambule, la Fédération est d’accord avec les objectifs du projet de loi 60 qui vise à moderniser le régime de santé et de sécurité du travail. Cependant, il est certain que toute forme de réaménagement tant dans la nature et que dans le degré de couverture des services offerts, selon les solutions retenues, générera des conséquences ailleurs, soit dans le système de santé, chez les assureurs privés ou chez les employeurs, soit sur les coûts de réadaptation ou sur les coûts de l’indemnité de remplacement du revenu (IRR). Il est à souhaiter que ces impacts aient été pris en considération dans les différents scénarios de modernisation qui, ultérieurement, feront l’objet de réglementation.

Plusieurs, notamment chez les employeurs, ont l’idée que les coûts de santé assumés par la CSST sont trop importants, notamment en physiothérapie et en ergothérapie. Certains dénoncent les abus ou la durée excessive des traitements. Pourtant, comme l’indique clairement le document de la CSST sur la modernisation du régime, publié à l’automne 2011, environ 4 % des dossiers génèrent 75 % des coûts. En se basant sur les données de la fin des années 2000, alors que les cliniques traitaient annuellement environ 50 000 travailleurs accidentés, cela représente plus ou moins 2 000

cas par an. Ce sont souvent des cas complexes, où s'entrecroisent des facteurs psychosociaux, des problèmes liés au travail lui-même, ainsi des conditions de santé parfois difficiles, et qui nécessitent des interventions spécifiques, de nature interdisciplinaire.

Entre 2003 et 2006, lors de plusieurs rencontres et négociations avec la CSST sur le rehaussement des tarifs payés aux cliniques privées, la Fédération a maintes fois mis en relief la contribution de la physiothérapie à la réintégration au travail des travailleurs accidentés, autant par les traitements donnés que par leur rôle conseil auprès des médecins traitant. Par exemple, dans un très grand nombre de cas d'assignation temporaire à des travaux allégés ou à des travaux ne mettant par en cause leur condition de santé, c'est l'avis professionnel du physiothérapeute qui est à l'origine de la recommandation du médecin traitant.

Comme cela a été démontré, la très grande majorité des cas référés en clinique de physiothérapie requiert un minimum de traitements. Selon nos informations, la moyenne québécoise serait actuellement d'environ 36 traitements par dossier, toutes conditions de santé confondues.

Bien sûr, nous reconnaissons qu'il y a des abus. Certains sont le fait de mauvaises pratiques ou d'entorses à la déontologie professionnelle et il faut qu'ils soient dénoncés et punis. Mais plusieurs découlent des incohérences du règlement sur l'assistance médicale, de la non accessibilité à des services médicaux spécialisés ou encore de l'accès difficile aux médecins omnipraticiens. Par exemple, des cliniques de la périphérie montréalaise signalaient, tout récemment, que près de 40 % de leurs cas de CSST provenaient directement des urgences hospitalières. Dans ces cas, le suivi médical peut devenir cauchemardesque, non seulement pour le travailleur mais également pour le clinicien.

Les professionnels de la physiothérapie sont alors placés devant des dilemmes déontologiques. Par exemple, que faut-il faire lorsqu'un travailleur doit attendre jusqu'à 18 mois, voire même deux ans pour un service orthopédique? Peut-on s'attendre à ce que la condition physique du travailleur se maintienne, sans traitement? Faut-il cesser tout traitement en attendant de rejoindre le médecin de l'urgence ou, hypothétiquement, le médecin de famille du travailleur?

### **Pour un continuum de soins et de services adéquat**

En 2006, nous avons souligné à la CSST que l'introduction dans le Règlement sur l'assistance médicale de l'avis motivé du médecin, pour la poursuite ou non des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie après 30 traitements, ne serait d'aucune utilité pour contrôler le nombre de traitements ni pour prévenir la chronicité. En fait, le contraire s'est produit, et cela à cause de l'absence d'un continuum adéquat de soins et de services pour assurer la prise en charge des travailleurs accidentés lorsque leur condition de santé n'évolue plus de manière satisfaisante. Ainsi, entre 2005 et 2010, selon les données de l'ACATC, la durée moyenne des réclamations à la CSST est passée de 87 à 95 jours.

À cette époque, la Fédération avait insisté pour que la CSST se penche sur des modèles de prise en charge des patients fondés sur les données probantes. Par exemple, après 12 semaines de traitements ou, en moyenne, 30 traitements en physiothérapie ou en ergothérapie, il était démontré la nécessité de procéder à une réévaluation rigoureuse des cas, dont plusieurs, par la suite, devaient être référés vers un programme (intensif) de services interdisciplinaires de



réadaptation. Ce type de programme vise la réintégration le plus rapidement possible de la personne dans ses activités antérieures, en particulier le travail. Il est conçu pour assurer la prise en charge d'une personne dont la condition physique ne semble plus évoluer tel qu'espéré ou qui présente des facteurs complexes qui freinent sa réadaptation.

En 2010, pour répondre aux besoins des patients et pour faire face au désengagement du réseau public de santé à l'égard de ce type de services, désengagement causé autant par des changements de priorité au sein des établissements que par les tarifs insuffisants payés par les organismes d'État, la Fédération a soutenu l'implantation et la reconnaissance d'un réseau de cliniques et d'équipes interdisciplinaires de réadaptation, basé sur l'expertise acquise dans ce domaine auprès des accidentés de la route. Ces services s'appuient sur la contribution de physiothérapeutes, d'ergothérapeutes et de psychologues, ainsi que d'autres intervenants de la santé (ex. thérapeutes en réadaptation physique), et privilégient une approche interdisciplinaire centrée sur le patient. On en compte 18 présentement à travers le Québec. Leur taux de réussite sans récurrence dans la réinsertion des personnes traitées dépasse les 80 %. D'ailleurs, les bureaux régionaux de la CSST y ont recours de plus en plus fréquemment.

Dans cette optique, nous appuyons l'intention de la CSST de mettre en œuvre un programme de réintégration au travail. Cependant, plutôt que de réinventer la roue, nous suggérons que la CSST tienne compte de ce qui existe déjà et implante un programme qui fasse appel à la fois au réseau public et aux cliniques privées afin de garantir un accès équitable et rapide aux travailleurs dans chaque région.

Par ailleurs, la Fédération déplore que la CSST se refuse encore à reconnaître l'importance des professionnels de la santé autres que les médecins dans la réalisation d'un tel programme. Cela va totalement à l'encontre des pratiques professionnelles les plus efficaces. Il en est de même de l'approche interdisciplinaire devenue fondamentale dans la prestation des services et des soins de santé. Alors que l'ère des silos est révolue dans la prestation des services de santé, la CSST semble réticente à entreprendre ce virage, pourtant essentiel.

Dans la même veine, nous proposons que la CSST mette fin au cloisonnement interne entre l'indemnisation et la réadaptation étant donné qu'ils encadrent des services de nature complémentaire. Actuellement, ce cloisonnement est contre-productif et constitue davantage un incitatif au transfert des cas de l'indemnisation à la réadaptation, dont les tarifs sont plus attractifs.

Enfin, nous désirons attirer l'attention sur le programme interdisciplinaire de réadaptation qui a été mis au point à la suite de travaux intenses menés entre 2008 et 2010 avec la collaboration de la SAAQ, des associations et ordres professionnels et d'experts reconnus. Ce programme peut servir de base au développement de l'interdisciplinarité puisqu'il est pleinement opérationnel et que la CSST y réfère déjà de nombreux travailleurs. Il serait souhaitable que les médecins puissent y participer.

La Fédération demeure persuadée que sans l'implantation d'un véritable et solide continuum de services interdisciplinaires de réadaptation pour appuyer les professionnels œuvrant en « première ligne », cet aspect de la modernisation du régime sera un échec.

### **Pour la mise au point de forfaits de services professionnels**

La Fédération tient à souligner qu'un forfait de services professionnels, peu importe la pathologie autour de laquelle il est construit, ne doit pas être conçu dans une optique de plafonnement des services, mais plutôt dans une optique d'amélioration de la prise en charge des travailleurs accidentés.

De tels forfaits existent dans plusieurs provinces canadiennes. Ils sont basés généralement sur des problématiques simples et comprennent des alternatives lorsque les cas deviennent plus complexes ou que la condition du patient évolue plus lentement que prévu. L'Ontario, notamment, a mis au point de tels programmes forfaitaires. Encore là, la condition du succès repose sur la continuité des soins.

La Fédération appuie donc l'introduction de forfaits de services professionnels. Toutefois, nous demandons que, par législation ou réglementation, ces forfaits soient créés et implantés en collaboration avec l'ensemble des professionnels concernés : médecins, physiothérapeutes, ergothérapeutes...

De même, pour la protection des travailleurs, nous souhaitons, à l'instar de l'Ordre professionnel de la physiothérapie du Québec, que les principes entourant les conditions monétaires reliées à ce type de forfait soient intégrés dans la Loi.

### **Pour une tarification plus attrayante**

La Fédération représente des cliniques privées. Une étude économique réalisée en 2010 démontre que l'écart entre le coût de prestation d'un service (55,55 \$) et la rémunération versée par la CSST pour ce service (36 \$) atteint maintenant plus 35 % du coût moyen de prestation. De tous les régimes de santé et sécurité du travail au Canada, c'est au Québec que les services professionnels en physiothérapie et en ergothérapie sont les moins bien rémunérés. Pour survivre, les cliniques ont dû s'ajuster, réduire la durée de prestation d'un traitement, limiter le nombre de patients issus de la CSST, etc.

Notons, par exemple, que pour des services en physiothérapie et en ergothérapie, le Règlement sur l'assistance médicale ne prévoit aucune autre rémunération que celle pour un traitement. Récemment, des cliniques ont été pénalisées pour avoir facturé à la CSST l'évaluation initiale d'un travailleur accidenté ou la réévaluation en cours de traitement. Pourtant, ce sont des actes professionnels essentiels qui font partie du traitement d'un patient comme le prévoit d'ailleurs dans le Code de déontologie de la profession (art. 16). Est-ce logique de penser que le physiothérapeute débute immédiatement les traitements sans avoir évalué son patient, sans savoir à qui il a affaire, sans savoir où se situe sa douleur ?

Contrairement aux autres provinces canadiennes, la CSST ne rémunère pas les rapports des physiothérapeutes, ni le temps que ceux-ci consacrent à discuter avec les médecins ou avec ses propres agents.

En fait, le mode actuel de rémunération ainsi que les tarifs pratiqués sont largement dépassés. D'ailleurs, la Fédération a exprimé sa satisfaction devant la reconnaissance par la CSST dans son document sur la modernisation du régime qu'il fallait rémunérer à leur juste valeur (celle du marché) les services des professionnels de la physiothérapie et de l'ergothérapie. D'ailleurs, le Code de déontologie de la profession précise quatre paramètres à tenir compte pour la détermination des honoraires professionnels en physiothérapie : 1) l'expérience du thérapeute, 2) le temps de prestation, 3) la difficulté et l'importance de l'intervention, 4) le traitement exige une compétence ou des caractéristiques exceptionnelles.

Nous sommes heureux de constater que le projet de loi 60 permettra dorénavant au conseil d'administration de la CSST de déterminer lui-même la tarification des services et de l'appliquer. Nous espérons que la future réglementation qui découlera de la Loi, une fois celle-ci adoptée, favorisera une saine et juste rémunération des services rendus par les professionnels de la physiothérapie et de l'ergothérapie.

De façon à éviter les soubresauts et à favoriser des discussions constructives, la Fédération suggère la création, par voie réglementaire, d'une table de négociation des tarifs associant les différents partenaires de la prestation des services.

# La modernisation continue du régime de santé et de sécurité du travail

Depuis la création du régime de santé et sécurité du travail, si l'on exclut les changements législatifs et réglementaires qui ont été apportés et qui ne concernent pas ou qui concernent indirectement la prestation des services de santé, trois dates importantes, selon nous, méritent une attention particulière des membres de la Commission :

- En 1985, la promulgation de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) crée un nouvel organisme d'appel, la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles. Mais surtout, la LATMP attribue de nouveaux droits aux travailleurs victimes de lésions professionnelles : *le droit au retour au travail et le droit à la réadaptation en vue d'une réinsertion sociale et professionnelle.*
- En 1992, des changements sont apportés à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, à la Loi sur la santé et la sécurité du travail et à la Loi sur l'assurance-maladie modifiant de manière importante *la procédure d'évaluation médicale et instaurant un bureau d'évaluation médicale.*
- En 2006, le Règlement sur l'assistance médicale est modifié de façon à introduire de *nouvelles balises administratives pour encadrer la prestation des services de physiothérapie et d'ergothérapie, dont l'avis motivé du médecin après 30 traitements.*

Ces dates ont été des moments charnières pour essayer d'insuffler un peu d'oxygène au fonctionnement du régime de santé et de sécurité du travail, du moins en ce qui a trait à la prestation des services de santé. Toutefois, les modifications qu'il aurait fallu introduire graduellement pour adapter le régime aux changements dans les pratiques professionnelles, aux reconfigurations survenues dans le système de santé et de services sociaux ainsi qu'à l'évolution des différents systèmes professionnels n'ont pas été faites ou ne l'ont été que partiellement. Il est important de souligner que toutes les modifications introduites par la CSST s'appuient sur une seule prémisse : le rôle primordial et unique du médecin traitant, pilier du régime.

Bien entendu, nous reconnaissons le rôle essentiel des médecins dans l'organisation et la prestation des soins et des services aux accidentés du travail. Mais, comme le soulignent les médecins eux-mêmes, ce rôle est devenu au fil des ans de plus en plus difficile à assumer.

Les médecins, notamment les médecins de famille, sont sollicités de tous les côtés : santé mentale, gestion des maladies chroniques, participation aux activités particulières prévues dans les établissements publics, dans les services externes, etc. Avec le vieillissement de la population, y compris celui de la main-d'œuvre, ils sont et seront de plus en plus sollicités. D'ailleurs, cette situation a entraîné des mutations profondes dans les approches professionnelles ainsi que dans la planification et l'organisation des services. L'interdisciplinarité origine, entre autres, de ce constat. Elle apporte une réponse à la question suivante : comment faire mieux avec les ressources et les compétences disponibles?

Le cadre actuel emprisonne l'évolution des pratiques professionnelles et tend à rigidifier la gestion de l'assistance médicale et à complexifier inutilement son cadre administratif.

Nous estimons que les changements législatifs proposés par le projet de loi 60 ne pourront pas contribuer à résoudre ce qui est l'un des principaux problèmes dans le fonctionnement du régime de santé et de sécurité du travail. En l'absence de mesures efficaces pour améliorer la prise en charge des travailleurs, l'application d'un goulot plus étroit à l'admissibilité des réclamations et l'imposition de limitations monétaires aux services de santé ne sont pas des solutions viables pour réduire la chronicité.

L'intention de la CSST demeure louable. Par exemple, la Fédération a endossé le document du 21 septembre 2011 sur la Modernisation du régime de santé et de sécurité du travail. En fait, plusieurs des énoncés dans le document présenté par la CSST laissaient croire à des changements plus en profondeur que ceux que nous pouvons déceler dans le projet de loi 60. Cela est curieux dans la mesure où différents rapports<sup>1</sup> commandés par la CSST en marge de la révision du régime concluaient en insistant sur la nécessité de le réformer sérieusement. La réglementation qui découlera des changements à la Loi devrait mieux refléter les intentions de la CSST, souhaitons-le.

Néanmoins, la Fédération estime qu'il est encore possible d'introduire une bougie d'allumage qui enclencherait et obligerait les partenaires à se concerter et à entretenir la modernisation continue du régime de santé et de sécurité du travail. Nous proposons d'apporter une précision additionnelle à l'article 68 du projet de loi, en modifiant l'article 155.5 de la façon suivante :

« 155.5. Le conseil d'administration de la Commission peut constituer d'autres comités pour l'étude de questions particulières ou pour faciliter le fonctionnement de la Commission *et, de manière spécifique :*

*1<sup>o</sup> nonobstant tout autre comité, instaure et maintient un forum permanent, composé de représentants des partenaires et des organismes et associations de professionnels de la santé, chargé d'examiner l'évolution des pratiques professionnelles et institutionnelles touchant les soins et les services de santé relevant de la compétence de la Commission. Ce forum permanent doit lui remettre un rapport à tous les deux ans, incluant les recommandations qu'il juge pertinentes. »*

Si le législateur le juge à propos, cette modification pourrait aussi être introduite dans une autre disposition de la loi, notamment à l'article 155.1.

L'objectif visé est d'entraîner une révision continue et harmonieuse des différents aspects liés aux services de santé et à l'assistance médicale du régime de santé et de sécurité du travail. Nous pensons que cela favoriserait des ajustements réguliers dans l'organisation des programmes en

---

<sup>1</sup> Gestion des demandes de prestation d'invalidité, *Une étude des meilleures pratiques*, SECOR, mars 2010; *Optimisation de la gestion et de la prévention de la chronicité*, Présentation sommaire au conseil d'administration de la CSST, SECOR, mars 2010; Rapport du Laboratoire d'étude sur les politiques publiques et la mondialisation, École nationale d'administration publique, *Travaux portant sur les services de physiothérapie et d'ergothérapie*, juin 2008.

fonction des meilleures pratiques et des données probantes, tout en améliorant la prise en charge des travailleurs accidentés ainsi que leur réintégration au travail, en fonction de leur condition de santé.

Nous espérons que les membres de la Commission de l'économie et du travail accueilleront cette proposition qui nous apparaît essentielle à la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail.

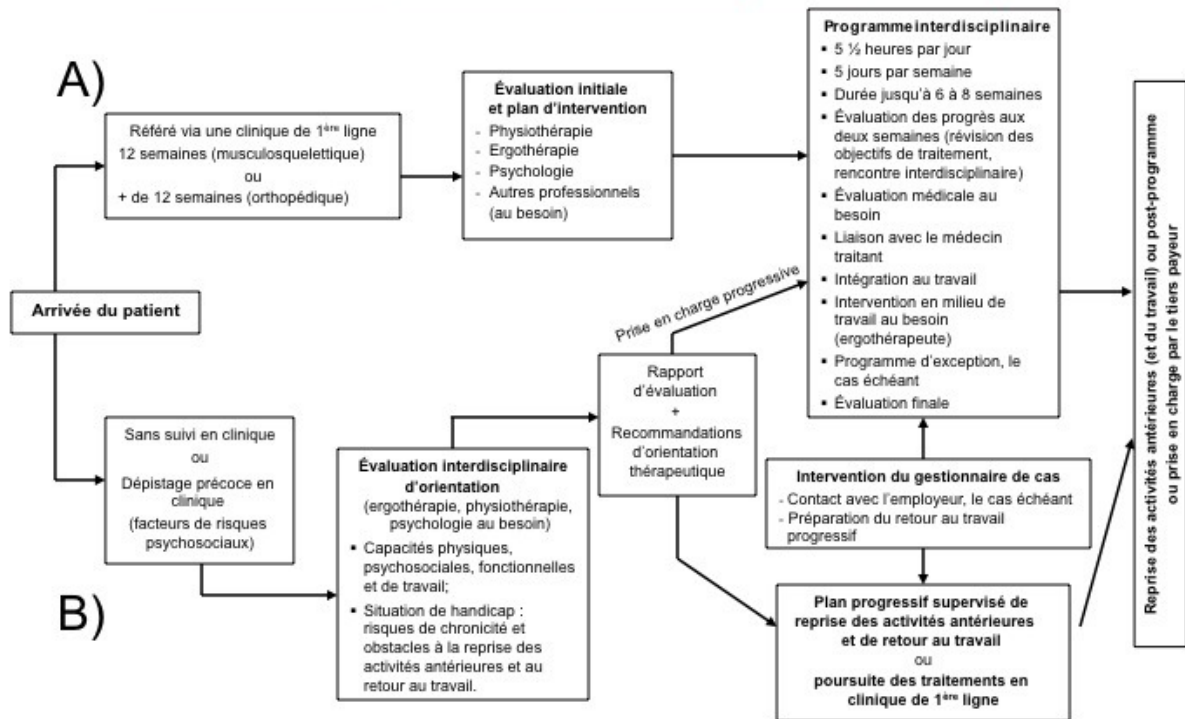
## Conclusion

Les cliniques de physiothérapie sont composées de professionnels, de technologues et de personnel dévoués à leurs patients. Les commentaires et les propositions de ce mémoire s'inscrivent dans le désir sincère d'améliorer les services et les soins qu'ils dispensent à leurs patients. Nous souhaitons vivement l'instauration d'un partenariat renouvelé avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail et offrons toute notre collaboration en ce sens.

La Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec espère que les membres de la Commission de l'économie et du travail apprécieront les suggestions qui leur sont faites.

# Annexe

## Fonctionnement du continuum interdisciplinaire de réadaptation



Source : *Prise en charge des personnes présentant des blessures musculaires et orthopédiques – Continuum des services interdisciplinaires de réadaptation*, Fédération de la physiothérapie en pratique privée du Québec, février 2010.