

Document de pratiques administratives

Évaluation des preuves médicales

Remarque : Remarque : Le présent document n'est pas une politique. Il s'agit d'un document supplémentaire illustrant la façon dont la CSPAAT administre la *Loi de 1997 sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* (la Loi) et la [politique 11-01-02, Processus décisionnel](#). S'il y a un conflit entre le document de pratiques administratives et la Loi ou la politique de la CSPAAT, le décideur se fonde sur la Loi ou la politique de la CSPAAT, selon le cas.

Évaluation des preuves médicales

INTRODUCTION

Les décideurs de la Commission de la sécurité professionnelle et de l'assurance contre les accidents du travail (la CSPAAT) doivent décider de l'admissibilité d'un travailleur aux prestations et services aux termes de la *Loi sur la sécurité professionnelle et l'assurance contre les accidents du travail* (la *Loi*). Il doit être établi que la lésion du travailleur résulte d'un accident survenu du fait et au cours de l'emploi, ou que le travailleur a contracté une maladie professionnelle qui résulte de la nature de l'emploi.

Le décideur continue de recueillir des renseignements et d'évaluer les preuves en vue de rendre des décisions d'indemnisation, y compris l'admissibilité initiale, tout au long de la durée de la demande de prestations. Les renseignements nécessaires dans une demande de prestations varient selon les circonstances du cas. Les renseignements médicaux concernant la lésion ou la maladie du travailleur, le traitement et la déficience persistante sont surveillés et évalués continuellement.

Les renseignements médicaux peuvent provenir d'un certain nombre de professionnels de la santé. Bien que les constatations cliniques soient habituellement comparables, l'interprétation qu'en font les professionnels de la santé chargés du dossier du travailleur peut varier. Cette situation peut entraîner une différence d'opinion sur le diagnostic, le pronostic, le traitement, la cause et les capacités fonctionnelles et précautions physiques du travailleur. Le défi pour le décideur est de tenir compte de tous ces renseignements et de les évaluer de façon appropriée.

Comme bon nombre des décisions rendues à la CSPAAT sont influencées par la façon dont les renseignements médicaux sont interprétés et évalués, veuillez noter que ce document est axé sur l'évaluation des preuves médicales dans le processus décisionnel.

Processus décisionnel

Le décideur doit recueillir tous les renseignements disponibles et pertinents pour rendre des décisions en matière d'admissibilité et de gestion des dossiers. Dans la mesure du possible, des renseignements sont recueillis par téléphone, et les rapports médicaux sont obtenus des professionnels de la santé chargés du dossier du travailleur. Tout effort raisonnable doit être déployé pour

PRINCIPES CLÉS

- La procédure décisionnelle permet de déterminer l'admissibilité des travailleurs aux prestations et aux services aux termes de la *Loi*.
- Le décideur est la personne qui rend les décisions relatives à cette admissibilité.
- Les décideurs rassemblent les renseignements pertinents et soupèsent les preuves afin de rendre des décisions d'indemnisation.
- Les travailleuses et travailleurs ont droit de recevoir des prestations pour des lésions et des maladies qui résultent d'accidents survenus du fait et au cours de l'emploi.
- Le lien de causalité avec le travail est établi lors de la détermination de l'admissibilité initiale. Les décideurs continuent d'évaluer le lien entre le travail et la déficience persistante d'un travailleur, et le traitement auquel il participe, tout au long du cycle de vie d'une demande de prestations.
- La CSPAAT rend ses décisions selon le bien-fondé et l'équité de chaque cas.
- Lorsque les preuves à l'appui ou à l'encontre d'une question en litige liée à la demande de prestations d'un travailleur sont d'égale valeur, le bénéfice du doute est accordé au travailleur.

Évaluation des preuves médicales

obtenir les renseignements manquants afin que le décideur ait à sa disposition les renseignements pertinents tout au long du processus décisionnel.

Comme le dicte la loi, un travailleur a droit à des prestations et services de la CSPAAT pour une lésion ou une maladie reliée au travail. Les décideurs sont tenus de recueillir les renseignements nécessaires pour traiter et décider des questions qui ont une incidence sur l'admissibilité continue du travailleur. Les questions qui peuvent survenir au cours de la durée d'une demande de prestations et qui nécessitent une décision d'indemnisation sont les suivantes, sans s'y limiter :

- un changement de diagnostic de la lésion ou maladie reliée au travail,
- un nouveau siège de lésion,
- les troubles secondaires,
- une récurrence,
- un différend au sujet du caractère approprié d'un emploi, ou
- du traitement requis.

Les décisions ayant trait aux questions médicales doivent être fondées en grande partie sur les renseignements et les opinions reçus des professionnels de la santé traitants. Par professionnel de la santé on entend, sans s'y limiter, les médecins, les chirurgiens, les physiothérapeutes, les chiropraticiens et les infirmières et infirmiers autorisés (catégorie avancée). Lorsque des renseignements médicaux sont soumis à la CSPAAT, le décideur doit les examiner pour s'assurer qu'ils sont exhaustifs et clairs dans le contexte du dossier d'indemnisation. Le décideur évalue continuellement les renseignements médicaux reçus pour surveiller le rétablissement du travailleur et sa déficience persistante reliée au travail.

Détermination de la pertinence des preuves

En règle générale, les renseignements et les rapports médicaux versés au dossier d'un travailleur portent sur la lésion ou la maladie reliée au travail à partir de la date de la lésion. Il arrive à l'occasion que la CSPAAT reçoive des renseignements sur les troubles médicaux du travailleur qui ne sont pas directement reliés à la lésion ou maladie reliée au travail ni à la déficience.

La pertinence des renseignements dépend de la question qui est soumise à l'examen du décideur à ce moment-là.

Il y a également des situations où le décideur demande les dossiers cliniques d'avant l'accident pour rendre des décisions d'indemnisation. Par exemple, les dossiers cliniques ou les notes d'avant l'accident sont indispensables lorsqu'il s'agit de déterminer l'admissibilité à des prestations pour

- une invalidité attribuable à un traumatisme psychique ou une invalidité attribuable à la douleur chronique,
- une déficience persistante lorsqu'un trouble préexistant touche la même région du corps ou le même système et que la maladie ou la lésion reliée au travail contribue à la déficience persistante du travailleur.

La protection de la vie privée d'un travailleur est une première priorité à la CSPAAT et par conséquent, les décideurs doivent déterminer la nécessité de demander certains renseignements médicaux de même que la pertinence de tous les renseignements qu'ils reçoivent dans le cadre d'un dossier. Les renseignements sont

Évaluation des preuves médicales

jugés pertinents pour une demande de prestations s'ils présentent une certaine valeur dans l'évaluation des preuves visant à établir une question de fait dans le cadre d'un dossier (p. ex., ils influent sur le processus décisionnel). Lorsqu'un document contient à la fois des renseignements pertinents et non pertinents, les renseignements non pertinents sont modifiés (noircis) dans le document.

Dès que le décideur a déterminé que les renseignements ont une incidence sur le processus décisionnel, ces renseignements sont considérés comme pertinents. La pertinence ne porte pas sur le poids que représentent ces renseignements dans le processus décisionnel. Tous les renseignements pertinents sont considérés et soupesés avant de rendre une décision. Les renseignements jugés pertinents dans une décision d'indemnisation sont conservés dans le dossier d'indemnisation.

Programmes de soins de santé

La CSPAAT a établi des programmes de soins de santé pour fournir aux travailleurs un accès rapide aux soins spécialisés et appuyer les principaux professionnels de la santé et les décideurs de la CSPAAT en ce qui concerne le diagnostic, la causalité et les recommandations en matière de traitement. L'objectif de ces programmes est de fournir des soins de qualité aux travailleurs et de les aider à se rétablir de leur lésion ou maladie reliée au travail. Ces programmes sont les suivants :

Programmes de soins : Les programmes de soins sont des programmes de prestation de soins fondés sur les preuves qui décrivent les modalités de traitement qui se sont avérées efficaces pour traiter certaines lésions ou maladies.

Services de médecins examinateurs spécialisés en troubles au bas du dos : Ces services fournissent des évaluations précoces et complètes du bas du dos ainsi que des recommandations au travailleur, à son principal professionnel de la santé et à la CSPAAT quant au diagnostic, aux investigations, au traitement

Rôle du médecin

La politique de l'AMC intitulée *Le rôle du médecin traitant dans le retour au travail de patients après une maladie ou une blessure*, disponible sur le site Web de la CSPAAT, décrit le rôle du médecin de la façon suivante :

« Le rôle du médecin traitant consiste à diagnostiquer et à traiter la maladie ou la blessure, à conseiller le patient et à l'appuyer, à fournir et à communiquer les renseignements nécessaires au patient et à l'employeur, et à collaborer de près avec d'autres professionnels de la santé pour aider le patient à retourner en toute sécurité et en temps opportun à l'emploi le plus productif possible. À cette fin, le médecin doit comprendre les rôles du patient au sein de sa famille et au travail. Il doit en outre reconnaître et appuyer la relation employé-employeur et son importance primordiale dans le retour au travail. Le médecin doit enfin bien comprendre les rôles que peuvent jouer d'autres professionnels de la santé et des spécialistes de l'emploi lorsqu'il s'agit d'appuyer et de promouvoir le retour au travail ».

Ce document précise également le rôle du médecin dans le processus de retour au travail.

« L'AMC reconnaît l'importance pour un patient de reprendre rapidement toutes les activités fonctionnelles de sa vie, dans la mesure du possible, après une blessure ou une maladie. Lorsqu'une personne cesse ses activités habituelles pendant une période prolongée, y compris une absence du travail, cela nuit à son bien-être psychologique, physique et social. Le médecin traitant devrait donc encourager le patient à reprendre ses activités et à retourner au travail le plus tôt possible après une maladie ou une blessure, à condition que le retour au travail ne mette pas en danger le patient, ses collègues ou la société. Un retour au travail sans danger et en temps opportun est bénéfique pour le patient et pour les membres de sa famille, car il favorise le rétablissement et réduit l'incapacité ».

Le rôle des autres professionnels de la santé comme les chiropraticiens et les physiothérapeutes est semblable. Il revient au décideur d'utiliser les renseignements fonctionnels fournis pour rendre une décision sur la capacité de travailler du travailleur.

Évaluation des preuves médicales

et au retour au travail. Tout contact direct avec le professionnel de la santé traitant représente une partie importante des services. Les médecins qui fournissent ces services sont des médecins de famille communautaires qui ont suivi un programme d'éducation officiel conçu et offert précisément dans le cadre de ces services par des orthopédistes éminents.

Programme des centres d'évaluation régionaux (CÉR) : Les médecins des CÉR sont des spécialistes médicaux dans le domaine des lésions musculo-squelettiques. Ils effectuent une évaluation médicale complète et communiquent avec le principal professionnel de la santé pour discuter des constatations de l'évaluation, du programme de rétablissement et des capacités du travailleur de retourner au travail. L'agent de liaison en capacité de travail aide le travailleur à comprendre ce que l'évaluation médicale du médecin du CÉR signifie pour la planification du retour au travail.

Services des cliniques spécialisées : Les services sont spécialement conçus pour fournir aux travailleurs aux prises avec des lésions ou maladies plus complexes un accès rapide aux professionnels de la santé possédant les connaissances spécialisées et l'expertise clinique tant pour l'évaluation que pour le traitement. Une partie intégrante des services est l'examen et le criblage pharmacologiques de la pharmacothérapie du travailleur, effectués par un pharmacien.

Les programmes mentionnés ci-dessus fournissent au travailleur un accès plus rapide aux soins de santé spécialisés et intégrés qui incorporent la planification du retour au travail et une communication améliorée entre les participants, notamment le travailleur, l'employeur, le principal professionnel de la santé et la CSPAAT. Cela donne lieu à une interprétation commune des recommandations et permet à la CSPAAT de fournir au travailleur et à l'employeur des prestations et des services en temps opportun.

Évaluation des renseignements médicaux

Les renseignements médicaux concernant la lésion ou la maladie du travailleur font partie intégrante du processus décisionnel à la CSPAAT. Les renseignements médicaux ayant trait au dossier du travailleur peuvent provenir de divers professionnels de la santé, y compris ceux des services mentionnés ci-dessus.

S'il y a des renseignements médicaux conflictuels ou un conflit d'opinions entre les professionnels de la santé, le décideur doit évaluer et sopeser chaque rapport afin d'en arriver à une décision. Le décideur peut procéder à un appel conférence avec l'infirmière consultante pour obtenir des explications sur la pathologie, ou demander une opinion clinique d'un médecin consultant.

Évaluation des preuves médicales

Bien que les décideurs acquièrent des connaissances médicales au cours de leur formation au traitement des demandes de prestations et en consultant des dossiers d'indemnisation, cela n'équivaut pas à l'expertise des médecins. Par conséquent, le décideur peut appeler un médecin consultant pour obtenir de l'aide en ce qui concerne

- traiter des questions de causalité, de mécanisme de la lésion, de pathologie ou d'interprétation des renseignements médicaux,
- clarifier le lien entre un diagnostic et la description d'un accident, l'environnement de travail ou les circonstances reliées à l'emploi,
- les effets d'un trouble préexistant ou d'autres troubles non reliés au travail sur la déficience reliée au travail.
- des conseils lorsqu'il y a lieu de clarifier des opinions médicales au dossier. Par exemple, le plan de traitement ou la liste des capacités fonctionnelles (ou précautions) du principal professionnel de la santé peuvent être différentes ou contraires aux recommandations formulées lors du congé du programme de soins ou du CÉR.

Lorsqu'un décideur transmet un dossier à un médecin consultant, il doit indiquer les faits du dossier, comme la description acceptée de l'accident ou les techniques de travail qui pourraient être à l'origine de la lésion ou de la maladie, ou encore le diagnostic accepté. Le décideur doit également déterminer s'il a besoin d'aide pour résoudre certains problèmes et, dans l'affirmative, il doit formuler ses questions au médecin consultant de façon objective et impartiale.

Le médecin consultant est chargé d'examiner les rapports médicaux afin de fournir une opinion en réponse aux questions posées. Toute opinion émise par le médecin consultant doit contenir des explications et des arguments détaillés fondés sur la preuve clinique disponible. Les décisions portant sur l'admissibilité ne sont pas du ressort du médecin consultant.

Communication avec les professionnels de la santé traitants des travailleurs

Lors de l'évaluation des renseignements médicaux au dossier et avant l'appréciation des preuves médicales, les décideurs doivent s'assurer que tous les renseignements pertinents disponibles sont versés au dossier, particulièrement les renseignements médicaux provenant du professionnel de la santé traitant du travailleur.

Les décideurs ou les infirmières et infirmiers consultants feront des efforts raisonnables pour communiquer avec le professionnel de la santé traitant du travailleur afin d'obtenir des renseignements additionnels ou manquants lorsque leurs recommandations ou leur opinion

- n'offrent pas de constatations cliniques à l'appui,
- diffèrent des recommandations ou de l'opinion des autres professionnels de la santé participant au dossier du travailleur,
- ou lorsque le professionnel de la santé traitant n'a pas fourni une opinion ou des recommandations sur la question et qu'une orientation pour obtenir l'opinion d'un médecin consultant est considérée.

Les décideurs ou les infirmières et infirmiers consultants avisent le professionnel de la santé traitant du travailleur si le travailleur est orienté en vue d'une évaluation dans l'un des programmes de soins de santé notés ci-dessus, ou si le dossier est acheminé en vue d'obtenir l'opinion d'un médecin consultant.

Dans la mesure du possible, lorsque l'opinion d'un médecin consultant est demandée, celui-ci discute du dossier et de son opinion avec le professionnel de la santé traitant du travailleur si leurs opinions diffèrent.

Évaluation des preuves médicales

Il y a lieu de noter que la CSPAAT peut fournir l'accès à une évaluation en temps opportun, et dans certains cas à un traitement, dans le cadre des divers programmes offerts. Ces programmes fournissent de précieux services et renseignements qui peuvent être utiles pour le décideur. Lorsqu'il y a des renseignements conflictuels ou un conflit d'opinions, les professionnels de la santé peuvent être contactés pour concilier ces différences, dans la mesure du possible. À cet égard, le décideur peut demander l'aide d'un médecin consultant pour entreprendre ces discussions. Dans les cas où il y a des renseignements médicaux conflictuels ou un conflit d'opinions, le décideur peut demander qu'une autre évaluation soit effectuée par un expert externe (y compris un CÉR et les programmes des cliniques spécialisées).

Voici une liste des points que le décideur peut considérer au moment d'évaluer les opinions et les preuves médicales :

- Le professionnel de la santé avait-il tous les dossiers médicaux pertinents à sa disposition, y compris les rapports diagnostiques et radiologiques, de façon à avoir un tableau complet de l'état du travailleur ainsi qu'une bonne compréhension de ses antécédents médicaux pertinents et du processus de lésion en cause?
- L'examen médical sera-t-il effectué en temps opportun par rapport à la question qui nous occupe?
- Dans quelle mesure le professionnel de la santé connaît-il les antécédents passés et présents du travailleur? Comment cela a-t-il une incidence sur l'opinion médicale en question?
- Dans quelle mesure le professionnel de la santé connaît-il et comprend-il la nature de l'emploi du travailleur ou son environnement de travail dans le contexte de la déficience persistante?
- Quelle est l'expertise des personnes offrant une opinion, relativement à la question qui nous occupe? Le spécialiste fait-il référence à de la littérature médicale pertinente pour appuyer son opinion et ses recommandations lorsque cela est approprié?
- La preuve ou l'opinion fournie est-elle fondée sur un examen du travailleur? S'agit-il d'une évaluation des plaintes et des symptômes du travailleur par rapport aux constatations cliniques?
- L'opinion est-elle bien formulée et la conclusion est-elle logique? Des constatations cliniques sont-elles fournies? Les constatations cliniques appuient-elles l'opinion?

L'importance relative des facteurs mentionnés ci-dessus dépend de la question soumise à l'examen du décideur. Même après avoir évalué les preuves médicales, d'après les points considérés ci-dessus, il est possible qu'il y ait toujours des opinions divergentes qui, de l'avis du décideur, sont de poids égal. Dans ces cas, les opinions médicales de poids égal sont évaluées ensemble par rapport à toutes les autres preuves pertinentes pour rendre une décision.

Le « bénéfice du doute » est un principe d'indemnisation décrit au paragraphe 119 (2) de la *Loi*. On a recours à ce principe seulement lorsque les preuves à l'appui ou à l'encontre d'un résultat particulier sont approximativement égales en poids, le bénéfice du doute étant donné au travailleur.

Évaluation des preuves médicales

Il est important de noter que le principe du bénéfice du doute ne s'applique pas à l'évaluation des preuves médicales en soi ou aux opinions médicales conflictuelles de poids égal afin d'accorder un plus grand poids à l'opinion qui favorise le travailleur. On a recours à ce principe seulement lorsque toutes les preuves à l'appui ou à l'encontre d'un résultat particulier sont approximativement égales en poids. La décision concernant l'application du principe du bénéfice du doute est toujours rendue par le décideur, jamais pas le médecin consultant.

Communication des décisions

Toutes les décisions d'indemnisation doivent, dans la mesure du possible, être communiquées de vive voix aux parties du lieu de travail, puis confirmées par écrit. La lettre de décision doit

- indiquer la question qui a fait l'objet de la décision,
- fournir un sommaire des faits du dossier,
- fournir les règles d'admissibilité qui s'appliquent à cette question (p. ex., critères ou normes d'une politique ou d'une loi),
- fournir les motifs de la décision qui a été rendue, en expliquant comment les règles d'admissibilité ont été satisfaites ou non,
- faire référence seulement aux preuves qui sont pertinentes au regard de la décision, et
- inclure le délai de contestation de la décision pour toutes les décisions défavorables.

La CSPAAT met tout en œuvre pour communiquer les décisions dans un langage clair afin de veiller à ce que le travailleur et l'employeur comprennent parfaitement la décision ainsi que les raisons qui l'ont motivée. Les arguments doivent énoncer les preuves jugées pertinentes aux fins du processus décisionnel relatif à la question ayant été cernée. Lorsque le décideur doit évaluer des renseignements et des opinions médicales conflictuels ou divergents, il doit inclure dans sa lettre de décision une explication de l'évaluation du poids relatif de la preuve. L'explication doit indiquer si la preuve ou l'opinion a été acceptée ou non ainsi que les raisons pour lesquelles la preuve ou l'opinion s'est vu accorder plus ou moins de poids.

Conclusion

Toutes les décisions doivent être fondées sur les renseignements qui sont pertinents par rapport à la question faisant l'objet de la décision. Lorsque les renseignements médicaux sont pertinents, la décision doit être fondée sur les renseignements reçus des professionnels de la santé traitants du travailleur de même que de toutes les autres sources de renseignements médicaux, comme les programmes d'un CÉR ou d'une clinique spécialisée.

Aucune décision ne devrait être rendue en l'absence de renseignements pertinents comme les rapports médicaux de tous les professionnels de la santé et les comptes rendus opératoires, à moins que tout effort raisonnable déployé en vue d'obtenir les documents manquants ait échoué. Dans les cas où il y a des opinions médicales divergentes ou conflictuelles, tout effort doit être déployé pour concilier ces différences, ce qui peut comprendre un appel téléphonique au professionnel de la santé ou l'aide d'un médecin consultant pour le faire. Dans certains cas, le décideur peut conclure qu'il est nécessaire d'effectuer une autre évaluation médicale externe.

Évaluation des preuves médicales

Enfin, le décideur doit rendre des décisions en se fondant sur les renseignements médicaux versés au dossier et les opinions offertes, y compris celles des professionnels de la santé qui ont évalué ou traité le travailleur et, dans certaines situations, un médecin consultant.

Les preuves médicales doivent être évaluées en gardant à l'esprit les points mentionnés dans ce document. Les preuves ou les opinions qui ne sont pas acceptées ou qui se voient accorder moins de poids doivent toujours être indiquées ainsi que les raisons qui ont motivé le décideur dans l'évaluation de leur poids relatif.

Historique du document :

Mai 2017 – révisé pour améliorer les directives concernant la communication avec les professionnels de la santé traitants des travailleurs (page 5).

Mars 2015 – remplace le *Guide sur les meilleures approches, Évaluation de la preuve médicale*, octobre 2005.

Réexamen prévu : Mai 2022