

Optimisation de la gestion et de la prévention de la chronicité

*Rapport présenté au
Comité de gouvernance de la CSST*

 **SECOR**

Mars 2010

Contenu du document

	<u>Page</u>
■ Lexique	2
■ Sommaire	3
■ Partie 1 : Rappel du mandat et contexte d'ensemble	14
■ Partie 2 : Analyse comparative des coûts	21
■ Partie 3 : Analyse de l'évolution des cadres d'intervention	40
■ Partie 4 : Analyse détaillée des coûts de la CSST	58
■ Partie 5 : Principaux défis opérationnels de la CSST	83
■ Partie 6 : Validation et bonification du plan d'action sur la chronicité	135

Abréviations utilisées dans le document

- **CAR** : Cas avec risque

- ❖ *Correspond à la typologie utilisée dans le cadre d'intervention de la CSST pour les cas considérés comme risqué au moment de l'admissibilité, soit les Profils P4, P5, P6 et P7*

- **CAP/RAT** : Capacité de retour au travail

- **CLP** : Commission des lésions professionnelles

- **CSR** : Cas sans risque

- ❖ *Correspond à la typologie utilisée dans le cadre d'intervention de la CSST pour les cas considérés comme peu risqué au moment de l'admissibilité, soit les Profils P1, P2 et P3*

- **DR** : Directions régionales

- **DRA** : Direction de la révision administrative

- **IRR** : Indemnité de remplacement de revenus

- **RAT** : Retour au travail

- **NIR** : Nouveaux indicateurs de la réparation

- **TCAC** : Taux de croissance annuel composé

- **TI** : Technologies de l'information

- **TMS** : Troubles musculieux squelettiques

Par ailleurs, noter que le masculin est utilisé pour « Travailleur » à des fins de simplification du texte

Sommaire



Les principaux résultats visés

TRAVAILLEUR

Un service amélioré...

- Moins de lésions de TMS
- Accès plus rapide aux soins de santé
- Retour au travail plus rapide et sécuritaire
- Soutien accru dans sa recherche d'emploi
- Amélioration des communications avec la CSST

... Avec protection du revenu et meilleur épanouissement personnel et professionnel

EMPLOYEUR

Une charge financière réduite...

- Communications accrues avec la CSST
- Sensibilisation et prévention accrues pour TMS
- Réduction des coûts totaux d'IRR versés
- Retour au travail plus rapide
- Réduction des délais d'appel

... Avec diminution des pressions sur les taux de cotisation et les coûts de main d'œuvre

SOCIÉTÉ

Des bénéfices accrus...

- Réduction des périodes d'inactivité des individus
- Meilleure utilisation des compétences des individus
- Diminution des charges sur la main d'œuvre
- Augmentation de la compétitivité des entreprises

... Avec minimisation des impacts sur le potentiel de production et de contribution sociétale

Sommaire

■ Les quatre objectifs du mandat

- En septembre 2009, la CSST a confié un mandat d'analyse à SECOR afin d'appuyer l'équipe responsable de l'élaboration du plan d'action en matière de gestion et de prévention de la chronicité. Plus spécifiquement, le mandat octroyé comportait quatre grands objectifs :
 1. Réaliser une étude comparative auprès d'organismes publics et privés œuvrant dans la gestion de l'invalidité
 2. Apprécier le niveau de performance et d'efficience organisationnelle de la CSST
 3. Valider et bonifier le plan d'action en matière de gestion et de prévention de la chronicité
 4. Soutenir l'implantation du plan d'action

■ Au cœur de la performance de la CSST

- La gestion et la prévention de la chronicité constituent des pièces maîtresses de la performance globale de la CSST. De meilleurs résultats à cet égard se traduisent directement par des durées d'indemnisation plus courtes et des retours au travail à la fois plus nombreux, plus rapides et plus sécuritaires. Du coup :
 - Le service aux travailleurs accidentés est amélioré
 - ◆ Gérer et prévenir la chronicité impliquent d'adresser le plus rapidement possible les besoins en soins médicaux et en réadaptation, tout en favorisant un retour au travail prompt et sécuritaire
 - ◆ Ce faisant, on contribue à minimiser les souffrances du travailleur et les répercussions négatives associées à son accident. On protège non seulement son revenu immédiat, mais on atténue aussi sensiblement les répercussions ultérieures tant sur le plan de son épanouissement personnel que professionnel
 - La charge financière du régime est réduite
 - ◆ Gérer et prévenir la chronicité impliquent également des durées moyennes d'indemnisation plus courtes et ultimement des coûts de système moindres
 - ◆ Ce faisant, on contribue à réduire la pression sur le niveau des taux de cotisation et on diminue la charge financière globale pour les entreprises finançant le régime
 - Les bénéfices pour la société sont accrus
 - ◆ Gérer et prévenir la chronicité impliquent enfin une réduction de la période d'inactivité des individus et une meilleure utilisation de leurs compétences
 - ◆ Ce faisant, on contribue à minimiser les impacts sur le potentiel de production économique et de contribution sociale. Cet apport est majeur et il va s'accroître dans les prochaines années en raison de la situation démographique du Québec

Sommaire...

■ La portée de l'analyse

- L'analyse s'est concentrée sur les processus clés liés à la chronicité. Or, gérer et prévenir la chronicité nécessitent de :
 - S'attaquer à la problématique des dossiers de longue durée...
 - ◆ Des dossiers qui représentent « traditionnellement » une petite proportion des réclamations, mais une part importante des coûts des régimes de santé et sécurité
 - ◆ Des dossiers qui, depuis quelques années, occupent une part plus importante dans le total des activités de la CSST
 - ... Mais aussi de porter une attention particulière aux facteurs potentiels de chronicité
 - ◆ Plusieurs facteurs peuvent contribuer à accroître les risques de chronicité. Ces facteurs de risque peuvent autant être personnels, professionnels qu'environnementaux. Ils peuvent tout autant être reliés au travailleur, à son employeur qu'à des éléments externes au milieu de travail
 - ◆ Pour réduire la chronicité, il importe de travailler sur des dimensions comme : la détection hâtive des cas à risque, l'accélération des délais d'intervention, l'adaptation des services offerts selon les besoins spécifiques des individus concernés, la combinaison des approches médicales et de réadaptation, l'adoption de stratégies favorisant rapidement un retour au travail complet ou partiel...

■ Un exercice centré sur les aspects administratifs

- L'analyse de la performance et les pistes d'amélioration sont concentrées sur les aspects administratifs et opérationnels. Les ajustements de nature législative ou réglementaire ne faisaient pas partie du présent mandat.
 - Bien que le contexte réglementaire puisse influencer sur certains facteurs de risque de chronicité, ou encore, sur certaines dimensions de la performance de la CSST...
 - ◆ Toutefois, un comité de travail a été mis sur pied en parallèle à cet exercice; ce comité se penche exclusivement sur les aspects législatifs et réglementaires
 - ... Mais plusieurs améliorations possibles relèvent aussi en partie ou en totalité d'aspects administratifs
 - ◆ Plusieurs des dimensions pouvant réduire les risques de chronicité relèvent de la gestion des dossiers d'indemnisation et de la qualité de la relation entre les divers intervenants concernés
 - ◆ Sans disposer de tous les leviers, la CSST possède un contrôle important sinon total sur plusieurs de ceux-ci
 - ◆ L'organisation n'a évidemment pas attendu 2009 pour se pencher sur ces leviers et ajuster ses façons de faire. Des ajustements importants ont été apportés à son cadre d'intervention au milieu des années 2000 et plusieurs améliorations ont été apportées en mode continue
 - ◆ Le présent exercice et l'élaboration en parallèle d'un plan d'action interne sur la chronicité ont toutefois cherché à aller encore plus loin

Sommaire...

■ Partie 2 - L'analyse comparative des coûts : Objectifs

- L'objectif de cette partie est de comparer la performance de la CSST sur le plan du niveau et de l'évolution de ses coûts en réparation
 - Pour atteindre cet objectif, il a fallu se concentrer sur un sous-ensemble d'organismes pour lesquelles des données comparables et pertinentes étaient accessibles
 - Cette partie se concentre par conséquent sur certaines organisations canadiennes de santé et sécurité au travail, notamment en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique. Les données de base proviennent de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada (ACATC)
 - Cette partie est totalement factuelle. Les causes ou facteurs sous-jacents à certaines des différences observées sont abordés dans les sections qui suivent

■ Partie 2 - L'analyse comparative des coûts : Sommaire

- Le Québec affiche une bonne performance sous plusieurs dimensions :
 - Taux de fréquence des lésions et évolution du nombre de réclamations
 - Niveau et évolution de ses coûts administratifs
 - Niveau et évolution de ses coûts de santé et de réadaptation
- Mais le niveau et l'évolution de ses coûts d'IRR se comparent moins favorablement par rapport aux « leaders » des régions de référence :
 - En raison, principalement d'une évolution moins favorable dans la durée moyenne de jours d'IRR par réclamation
- Plus globalement, le niveau et l'évolution de la situation québécoise est meilleure que celle observée en Ontario
 - Notamment au cours des dernières années (2004-2008) et que ce soit sur le plan des fréquences de lésions, des réclamations ou de l'évolution des divers types de coûts
- Mais la Colombie-Britannique et notamment l'Alberta se distinguent sur le plan du niveau et de l'évolution des coûts globaux :
 - La Colombie-Britannique en raison d'une bonne performance relative sur pratiquement tous les indicateurs de coûts globaux, coûts unitaires ou de durée
 - Alors que l'Alberta affiche une progression importante de ses coûts unitaires, notamment en santé et réadaptation, mais qui sont plus que compensés par une réduction de la durée moyenne des réclamations

Sommaire...

■ Partie 3 - L'analyse de l'évolution des cadres d'intervention : Objectifs

- L'objectif de cette partie est de cerner les tendances en matière de gestion des dossiers d'indemnisation, d'identifier certaines pratiques innovantes et de comparer l'évolution du cadre d'intervention de la CSST
 - Pour atteindre cet objectif, un ensemble d'organisations pertinentes ou comparables ont été identifiées et sondées. Des responsables de ces organisations ont été invités à compléter un guide de cueillette d'informations qui a ensuite été complété ou validé lors de rencontres ou d'appels avec ces personnes
 - Cette partie est basée sur l'expérience d'organismes en santé et sécurité au travail (Nouvelle-Écosse, Ontario, Alberta, Colombie-Britannique, État de Washington), d'organismes publics en assurance automobile (Québec et Colombie-Britannique) et d'assureurs privés (Sun Life, Desjardins et SSQ)

■ Partie 3 - L'analyse de l'évolution des cadres d'intervention : Sommaire

- Plusieurs organisations ont déployé des efforts importants au cours des dernières années afin de diminuer la durée de la période d'indemnisation et accélérer le retour actif des personnes accidentées. Parmi les principaux axes d'intervention de ces organisations, on retrouve :
 - Une gestion plus hâtive des dossiers
 - Un accès plus rapide aux soins de santé
 - Un accent accru sur les efforts de retour au travail
- Les organisations qui ont affiché la meilleure performance en terme d'évolution de la durée moyenne d'une réclamation ont travaillé sur plus d'un levier et ont mobilisé l'organisation autour d'objectifs directement ou indirectement liés à cette cible
- Plus globalement, les grands constats de l'analyse de l'évolution des cadres d'intervention sont les suivants :
 - L'accent est de plus en plus mis sur le retour au travail, ce que la plupart des participants reconnaissent comme étant l'une de leurs principales responsabilités à titre de fournisseurs d'assurance invalidité
 - Le traitement initial des réclamations, qui comprend la détermination de l'admissibilité, fait l'objet d'une spécialisation et d'une centralisation afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacé de cette étape cruciale du traitement des demandes
 - Les organisations investissent de plus en plus dans la technologie afin de faciliter le partage d'information, d'intégrer les meilleures pratiques et d'offrir des outils de pointe aux gestionnaires de cas
 - Des cadres de gestion de cas fondés sur les meilleures pratiques de traitement de l'invalidité sont définis et mis en œuvre afin de veiller à ce que le traitement des cas soit uniforme et de grande qualité
 - Les organisations cherchent à améliorer l'uniformité, la fréquence et la rapidité des communications entre toutes les parties, afin de repérer les obstacles non médicaux et de mieux gérer les cas tout au long de leur cycle de vie
 - Les organisations ont mis au point de nouvelles méthodes visant à faire intervenir divers intervenants externes, incluant les médecins traitants, dans le processus de retour au travail, que ce soit par des mesures incitatives ou encore par la création de groupes de partenaires responsables d'activités éducatives et de sensibilisation
 - Les participants veulent améliorer l'accès aux soins de santé afin de s'assurer que les travailleurs blessés reçoivent rapidement le traitement médical approprié

Sommaire...

■ Partie 4 - L'analyse détaillée des coûts de la CSST : Objectifs

- L'objectif de cette partie est d'analyser l'évolution des coûts de la réparation à la CSST sur les cinq à dix dernières années afin de cerner les zones de coûts les plus importantes et celles qui évoluent le plus rapidement
 - Pour atteindre cet objectif, une étude approfondie a été menée sur les divers segments de coûts d'IRR, de coûts d'assistance médicale et de frais de réadaptation
 - Cette partie est donc basée sur les données internes de la CSST telles qu'utilisées pour l'élaboration des états financiers annuels de l'organisation

■ Partie 4 - L'analyse détaillée des coûts de la CSST : Sommaire

- Les coûts de la réparation ont progressé à un rythme de 4,3 % par année depuis 1999
 - Les coûts d'assistance médicale ont affiché la croissance la plus importante suivis de l'IRR puis des frais de réadaptation
 - Mais dans tous les cas, on observe un ralentissement de la croissance des coûts depuis 2004, particulièrement marquée du côté de l'IRR
- Du côté des coûts d'IRR, c'est l'augmentation de la durée moyenne des cas qui explique principalement la progression des coûts
 - Plus particulièrement, la durée moyenne à la consolidation médicale puisque la durée de la réadaptation baisse
 - Le nombre de cas recevant de l'IRR est en recul, de même que l'inventaire de dossiers en fin d'année, autant à la consolidation médicale qu'à la réadaptation
 - Mais la réduction des dossiers d'IRR est plus forte dans les cas de très court terme et le poids relatif des cas de plus long terme augmente, ce qui alimentent la durée moyenne des cas
 - On assiste néanmoins à une réduction des coûts d'IRR court terme sur la base de l'expérience actuarielle
 - Le profil de l'IRR long terme ne s'est toutefois pas encore inscrit en baisse
- Les coûts d'assistance médicale progressent plus rapidement que les autres composantes
 - Notamment les coûts unitaires par cas alors que le nombre de cas recevant de l'assistance reste relativement stable
 - Ces coûts unitaires demeurent toutefois plus faibles que ceux observés en Alberta et en C-B
- Enfin, pour les frais de réadaptation, les coûts augmentent environ au même rythme que le nombre de cas recevant ce type de soutien
 - Les frais moyens par cas sont stables depuis quelques années

Sommaire...

■ Partie 5 – Principaux défis opérationnels de la CSST : Objectifs

- L'objectif de cette partie est d'entrer plus en profondeur dans le processus de gestion des dossiers de la réparation de la CSST afin de cerner les principaux défis opérationnels de l'organisation en terme de gestion et prévention de la chronicité
 - Pour atteindre cet objectif, une analyse fine des différentes données et des principaux indicateurs de gestion de la CSST a été entreprise. Une tournée de certaines directions régionales a aussi été effectuée afin de valider sur le terrain la compréhension du cadre de référence depuis l'Amélioration des processus ainsi que les différents outils et façons de faire. Une grande cartographie du processus complet de la gestion des dossiers a aussi été effectuée afin de pouvoir analyser les volumes et les durées de traitement
 - Cette partie est basée sur une appréciation factuelle des données et principaux indicateurs, mais aussi sur une évaluation subjective de la mise en place et de la gestion des processus en région. Elle est aussi basée sur une connaissance des autres organisations similaires en Amérique du nord afin de mettre en contexte certains enjeux et défis opérationnels de la CSST, de même que les contraintes réglementaires ou législatives spécifiques à la CSST

■ Partie 5 – Principaux défis opérationnels de la CSST : Sommaire

■ Défi 1 : Réduire la période de consolidation médicale

- Un peu plus de la moitié de la hausse de la durée moyenne de jours d'IRR de la dernière décennie s'explique par l'augmentation de la période nécessaire pour consolider la situation médicale des travailleurs accidentés
- La réduction de cette période n'est toutefois pas facile puisqu'elle n'est pas totalement sous le contrôle de la CSST. Néanmoins, il existe des pistes potentielles d'amélioration à cet égard, dont :
 - ◆ Accroître le support et la sensibilisation auprès des médecins traitants, notamment au niveau du REM et du RAT
 - ◆ Faire un suivi plus étroit de la situation médicale du travailleur et de ses délais d'accès aux soins
 - ◆ Accroître le suivi des délais hospitaliers
 - ◆ Collaborer davantage avec le MSSS et le réseau pour augmenter l'accès aux soins (dans une perspective à court terme de blitz, mais également par une approche continue et récurrente)
 - ◆ Explorer et promouvoir le cas échéant de nouvelles approches de traitement des TMS (par exemple, centre de référence et approche par palier incluant pour les cas plus lourds une approche multidisciplinaire)
 - ◆ Suivre la mise en place du projet de règlement de la Loi 33

Sommaire...

■ Défi 2 : Détecter plus rapidement les cas à risque de chronicité

- La CSST affiche un taux de fermeture de dossiers sur la première année de la lésion de 1 à 2 % plus bas que les autres grands organismes canadiens en santé et sécurité. L'accès aux soins peut expliquer une partie de cet écart, mais le cadre d'intervention retenu contribue aussi à ces résultats
- Une détection plus précoce des cas à risque de chronicité est possible et ce, en procédant à certains ajustements au cadre d'intervention actuel, notamment :
 - ◆ Revoir certaines pratiques et processus, notamment à l'admissibilité et aux CSR, afin de s'assurer de contacter plus rapidement le travailleur (et l'employeur) afin de déceler les risques de chronicité du dossier
 - ◆ Développer un guide/grille de facteurs prédictifs de chronicité qui serait toujours au dossier et ce, dès l'accès au régime
 - ◆ Diminuer et systématiser les délais préétablis pour revoir les dossiers (les filets de sécurité)
 - ◆ Incorporer à la Phase 3 du dossier électronique des facettes automatiques d'identification de facteurs prédictifs de chronicité
 - ◆ Augmenter le nombre de ressources aux P1 et P2 afin de réduire le volume de dossiers par intervenant
 - ◆ Revoir les indicateurs de performance pour éviter la rétention des dossiers à certaines étapes et inciter à des durées globales plus courtes
 - ◆ Accélérer le transfert des dossiers à risque (CAR) vers les conseillers en réadaptation en diminuant les délais d'alerte et de révision du risque

■ Défi 3 : Accroître le focus sur le retour au travail

- Le nouveau cadre d'intervention a mis l'accent sur la gestion du risque, la mise en place d'une offre spécifiquement adaptée aux divers profils de risque, l'allocation optimale des ressources en fonction des types nécessaires d'intervention aux différents profils de risque et le développement de solutions reflétant les caractéristiques propres à chaque profil de risque
- Le retour au travail reste partout présent dans ce nouveau cadre d'intervention, mais il est en partie noyé parmi l'ensemble des objectifs et attentes. Parmi les pistes potentielles d'amélioration, on compte :
 - ◆ Ramener le RAT parmi les éléments majeurs de ses principes directeurs et de ses indicateurs de performance
 - ◆ Développer un guide/grille de leviers de RAT et en faire le suivi tout au long de l'évolution du dossier
 - ◆ Envisager de nouveaux moyens pour aider le travailleur au moment de sa recherche d'emploi (par exemple, le développement d'une offre externe à l'intention des travailleurs qui sont à l'étape de la période d'une année indemnisée pour la recherche d'emploi, incluant potentiellement un boni en fonction de la durée de la période de recherche)
 - ◆ Mobiliser les ressources régionales œuvrant dans les CSR pour impliquer davantage les médecins traitants dans la recherche de solutions vers un RAT (incluant, solutions provisoires de RAT, assignation temporaire, identification des limitations fonctionnelles prévisibles en période de consolidation)
 - ◆ Assurer un suivi plus étroit des objectifs de finalisation du plan d'action individualisé, incluant, le cas échéant, le travail de définition de l'emploi convenable

Sommaire...

■ Défi 4 : Réduire la variance entre les directions régionales

- Si des écarts sont inévitables dans une structure et une culture régionale comme celle de la CSST, il est également possible d'avoir une plus grande cohérence dans les façons de faire et un plus grand partage des meilleures pratiques. Le roulement de personnel à prévoir dans les prochaines années constitue à la fois une nécessité à cette plus grande harmonisation et une opportunité pour réduire les différences sur les aspects clés de la performance globale
- La réduction des variances entre les régions sur certains aspects clés de la performance pourra provenir de diverses avenues, notamment :
 - ◆ Regrouper certaines activités au sein de centre dédié (par exemple, l'admissibilité)
 - ◆ Revoir les attentes et les indicateurs en les centrant davantage sur un petit nombre d'indicateurs de résultats de premier niveau et lié au Plan d'action 2010-2014 (par exemple, durée moyenne, % de RAT, \$ d'IRR...)
 - ◆ Renforcer une vision commune sur la gestion du risque par l'application plus extensive de certains mécanismes critiques de suivi de dossiers (par exemple, l'allocation des dossiers et la table de réévaluation du risque)
 - ◆ S'assurer que la structure organisationnelles de chacune des direction régionale est conforme aux choix stratégiques de l'organisation
 - ◆ Soutenir les directions régionales, notamment les gestionnaires et les chefs d'équipe, dans la mise en place des meilleures pratiques et des pratiques optimales (par exemple, par du *coaching*, la mise en place de communautés de pratiques)
 - ◆ Ajuster l'évaluation des directions régionales pour faciliter les échanges sur les meilleures pratiques (par exemple, en intégrant une portion sur la performance globale et (ou) le support aux autres régions)

■ Défi 5 : Diminuer les délais d'appel

- Le régime québécois se distingue par son haut niveau de contestation, ce qui s'est traduit également dans le temps par des délais de traitement des appels qui sont de plus en plus longs. La présence de décisions changées au niveau de la CLP contribue à un très grand nombre de dossiers de plus de 1 000 jours d'IRR et nourrit par le fait même la problématique de la chronicité
- Les leviers de la CSST sur la diminution des délais d'appel sont partiels, mais des pistes d'amélioration peuvent être envisagées :
 - ◆ Appuyer la CLP dans ses démarches de dérogation aux règles de remplacement des départs
 - ◆ Envisager une opération « blitz » à la CLP en nommant plus rapidement de nouveaux commissaires qui remplaceront des départs prévus prochainement
 - ◆ Appuyer les démarches de la CLP au niveau de la réduction des reports
 - ◆ Poursuivre les efforts internes pour diminuer les délais à la DRA
 - ◆ Accroître la listes des spécialistes au niveau médical pour diminuer les délais au BEM et à la CLP
 - ◆ Développer à la CSST des critères de dossiers prioritaires et les partager avec la CLP pour assurer une mise au rôle plus rapide des dossiers à impact très élevé

Sommaire...

Partie 6 – Validation et bonification du Plan d'action sur la chronicité : Objectifs

- L'objectif de cette partie est de valider les bénéfices opérationnels et financiers reliés au plan d'action bonifié sur la chronicité
 - Pour atteindre cet objectif, une révision du plan d'action 2010-2014 initial a été effectuée afin de dégager un plan d'action 2010-2014 bonifié. Un exercice d'estimation des bénéfices financiers bruts reliés à chacun des six objectifs du plan d'action 2010-2014 bonifié a ensuite été réalisé.
 - Cette partie est basée sur un effort conjoint des équipes de travail de SECOR et de la CSST. Elle repose sur les connaissances opérationnelles de la CSST, sur le diagnostic de l'équipe de SECOR et sur les constats d'efforts similaires effectués par d'autres juridictions.

Partie 6 – Validation et bonification du Plan d'action sur la chronicité : Sommaire

- Les bénéfices financiers bruts reliés aux six priorités d'améliorations du plan d'action bonifié pourraient générer l'équivalent d'une baisse de 8,13¢ par 100\$ masse salariale cotisable en 2014 :
 1. Réduire la durée moyenne de la consolidation médicale, qui pourrait générer 62,3 M\$ en 2014;
 2. Réduire le nombre de lésions de troubles musculo-squelettiques (TMS), qui pourrait générer 8,4 M\$ en 2014;
 3. Réduire le nombre de dossiers longue durée, qui pourrait générer 4,7 M\$ en 2014;
 4. Bonifier les contrôles de remboursement des services d'assistance médicale, qui pourrait générer 6,9 M\$ en 2014;
 5. Améliorer la cohérence, l'efficacité et la qualité de nos décisions et de nos interventions, qui pourrait générer 5,2 M\$ en 2014;
 6. Réduire les délais d'appels, qui pourrait générer 2,7 M\$ en 2014;

Partie 1 : Rappel du mandat et contexte d'ensemble



Partie 1 : Rappel du mandat et contexte d'ensemble

Objectif

- L'objectif de la partie 1 est de présenter le mandat d'analyse réalisé par SECOR et de le situer dans le contexte d'ensemble de la mission et des efforts de la CSST
- Cette première partie décrit également les travaux réalisés dans le cadre du mandat et leur arrimage avec le processus interne de planification stratégique 2010-2014

Contenu

- Objectifs du mandat et démarche privilégiée de travail
- Lien avec la mission et la performance globale de la CSST
- Arrimage avec l'exercice interne de planification stratégique

Les quatre objectifs du mandat

En septembre 2009, la CSST a confié un mandat d'analyse à SECOR afin d'appuyer l'équipe responsable de l'élaboration du plan d'action en matière de gestion et de prévention de la chronicité. Plus spécifiquement, le mandat octroyé comportait quatre grands objectifs :

1. Réaliser une étude comparative auprès d'organismes publics et privés œuvrant dans la gestion de l'invalidité
 - Les grandes orientations et les approches adoptées au cours des dernières années par la CSST sont-elles pertinentes et en phase avec les leaders?
2. Apprécier le niveau de performance et d'efficience organisationnelle de la CSST
 - Les cadres d'intervention retenus par la CSST assurent-ils un équilibre optimal entre la prestation de services et les coûts du régime?
3. Valider et bonifier le plan d'action en matière de gestion et de prévention de la chronicité
 - Les bénéfices du prochain plan d'action 2010-2014 sur les coûts du régime et la qualité du service sont-ils réalistes et existent-ils d'autres pistes d'amélioration?
4. Soutenir l'implantation du plan d'action
 - Les initiatives et les moyens envisagés permettront-ils d'atteindre les objectifs visés et les résultats attendus?

Au cœur de la performance globale de la CSST

La gestion et la prévention de la chronicité constituent des pièces maîtresses de la performance globale de la CSST. De meilleurs résultats à cet égard se traduisent directement par des durées d'indemnisation plus courtes et des retours au travail à la fois plus nombreux, plus rapides et plus sécuritaires. Du coup :

- Le service aux travailleurs accidentés est amélioré
 - Gérer et prévenir la chronicité impliquent d'adresser le plus rapidement possible les besoins en soins médicaux et en réadaptation, tout en favorisant un retour au travail prompt et sécuritaire
 - Ce faisant, on contribue à minimiser les souffrances du travailleur et les répercussions négatives associées à son accident. On protège non seulement son revenu immédiat, mais on atténue aussi sensiblement les répercussions ultérieures tant sur le plan de son épanouissement personnel que professionnel
- La charge financière du régime est réduite
 - Gérer et prévenir la chronicité impliquent également des durées moyennes d'indemnisation plus courtes et ultimement des coûts de système moindres
 - Ce faisant, on contribue à réduire la pression sur le niveau des taux de cotisation et on diminue la charge financière globale pour les entreprises finançant le régime
- Les bénéfices pour la société sont accrus
 - Gérer et prévenir la chronicité impliquent enfin une réduction de la période d'inactivité des individus et une meilleure utilisation de leurs compétences
 - Ce faisant, on contribue à minimiser les impacts sur le potentiel de production économique et de contribution sociétale. Cet apport est majeur et il va s'accroître dans les prochaines années en raison de la situation démographique du Québec

La portée du mandat réalisé

L'analyse est donc concentrée sur les processus clés liés à la chronicité. Or, gérer et prévenir la chronicité nécessitent de :

- S'attaquer à la problématique des dossiers de longue durée...
 - Des dossiers qui représentent « traditionnellement » une petite proportion des réclamations, mais une part importante des coûts des régimes de santé et sécurité
 - Des dossiers qui, depuis quelques années, occupent une part plus importante dans le total des activités de la CSST
 - Une situation également observée dans plusieurs autres organismes similaires
- ... Mais aussi de porter une attention particulière aux facteurs potentiels de chronicité
 - Plusieurs facteurs peuvent contribuer à accroître les risques de chronicité. Ces facteurs de risque peuvent autant être personnels, professionnels qu'environnementaux. Ils peuvent tout autant être reliés au travailleur, à son employeur qu'à des éléments externes au milieu de travail
 - Pour réduire la chronicité, il importe de travailler sur des dimensions comme :
 - ◆ La détection hâtive des cas à risque, l'accélération des délais d'intervention, l'adaptation des services offerts selon les besoins spécifiques des individus concernés, la combinaison des approches médicales et de réadaptation, l'adoption de stratégies favorisant rapidement un retour au travail complet ou partiel, les efforts pour maintenir une relation du travailleur accidenté avec son employeur d'origine...
 - Des dimensions qui sont étroitement liées aux processus internes de travail, en réparation et en prévention
- Par ailleurs, le présent mandat ne couvre pas des dimensions ou des processus qui sont non liés ou très faiblement liés à la chronicité
 - Par exemple, le Programme de maternité sans danger (PMSD)

Un exercice centré sur les aspects administratifs

L'analyse de la performance et les pistes d'amélioration sont concentrées sur les aspects administratifs et opérationnels. Les ajustements de nature législative ou réglementaire ne faisaient pas partie du présent mandat.

- Bien que le contexte réglementaire puisse influencer sur certains facteurs de risque de chronicité, ou encore, sur certaines dimensions de la performance de la CSST...
 - Certaines de ces caractéristiques législatives sont identifiées au fil des diverses parties du présent rapport, notamment pour bien saisir les particularités de la situation québécoise
 - Dans certains cas, les coûts additionnels associés à ces caractéristiques législatives sont mesurés. Mais les éléments à caractère législatif ne sont que partiellement abordés dans l'analyse et ne sont très certainement pas exhaustifs
 - Toutefois, un comité de travail a été mis sur pied en parallèle à cet exercice; ce comité se penche exclusivement sur les aspects législatifs et réglementaires
- ... Mais plusieurs améliorations possibles relèvent aussi en partie ou en totalité d'aspects administratifs
 - Plusieurs des dimensions pouvant réduire les risques de chronicité relèvent de la gestion des dossiers d'indemnisation et de la qualité de la relation entre les divers intervenants concernés
 - Sans disposer de tous les leviers, la CSST possède un contrôle important sinon total sur plusieurs de ceux-ci
 - L'organisation n'a évidemment pas attendu 2009 pour se pencher sur ces leviers et ajuster ses façons de faire. Des ajustements importants ont été apportés à son cadre d'intervention au milieu des années 2000 et plusieurs améliorations ont été apportées en mode continue
 - Le présent exercice et l'élaboration en parallèle d'un plan d'action interne sur la chronicité ont toutefois cherché à aller encore plus loin

L'approche globale adoptée

Une approche Aviseur...

- Ayant capitalisé sur l'expertise et l'expérience de l'équipe pour évaluer la performance organisationnelle et les pistes d'amélioration envisagées
- Ayant misé sur notre neutralité pour évaluer les avantages et les coûts des options disponibles ou de celles proposées par diverses parties prenantes
- Menant à un avis de SECOR sur le plan d'action 2010-2014, à la fois sur son contenu et sur ses répercussions

... Et Accompagnateur

- Car une démarche interne d'amélioration continue était en place et le processus de révision du plan d'action était en cours
- Et de tels dossiers ne peuvent et ne doivent pas être réfléchis en seul mode externe, notamment si l'on désire que les changements envisagés se réalisent
- Menant à un accompagnement de SECOR dans la détermination des meilleures pistes d'amélioration et dans les orientations de mise en œuvre du plan d'action

Avant de passer aux prochaines parties portant sur l'analyse de la situation et les pistes d'amélioration, nous tenons à remercier très sincèrement l'ensemble des personnes qui ont été sollicitées dans le cadre de nos travaux. Leur collaboration et leur ouverture ont été continues et ont permis à l'équipe de SECOR d'avoir accès à toute l'information disponible

Partie 2 : Analyse comparative des coûts



Partie 2 : Analyse comparative des coûts

Objectif

- L'objectif de la partie 2 est de comparer la performance de la CSST sur le plan du niveau et de l'évolution de ses coûts en réparation
- Pour atteindre cet objectif, il a fallu se concentrer sur un sous-ensemble d'organismes pour lesquelles des données comparables et pertinentes étaient accessibles
- Cette seconde partie se concentre par conséquent sur certaines organisations canadiennes de santé et sécurité au travail, notamment en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique. Les données de base proviennent de l'Association des commissions des accidents du travail du Canada (ACATC)
- Cette partie est totalement factuelle. Les causes ou facteurs sous-jacents à certaines des différences observées sont abordés dans les sections qui suivent

Contenu

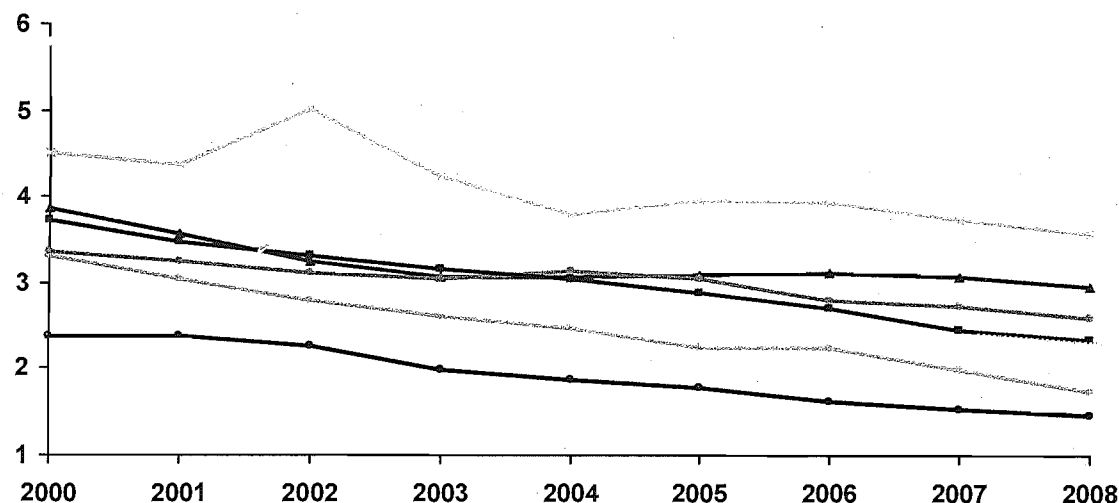
- Niveau et évolution des lésions ou réclamations
- Niveau et évolution des coûts globaux et unitaires par grande composante

Une réduction de la fréquence des lésions

Le Québec a affiché une réduction continue de la fréquence de ses lésions au travail au cours des années 2000

- Cette diminution s'inscrit dans une tendance que l'on observe également ailleurs au Canada
- La performance du Québec au niveau de la fréquence des lésions et de la réduction observées se situent légèrement au-dessus de la moyenne canadienne

Nombre de lésions par 100 travailleurs d'employeurs tenus de cotiser par province et par année
(nombre, 2000 à 2008)



	TCAC		
	2000-2004	2004-2008	2000-2008
MB	-4,4 %	-4,1 %	-4,3 %
SK	-4,3 %	-1,5 %	-2,9 %
CB	-5,7 %	-0,8 %	-3,3 %
NE	-1,8 %	-4,6 %	-3,2 %
QC	-5,0 %	-6,5 %¹	-5,8 %
AB	-7,2 %	-8,4 %	-7,8 %
ON	-5,6 %	-6,3 %	-6,0 %

Source : L'Association des commissions des accidents du travail du Canada - Données financières et statistiques

*Note : L'activité économique doit aussi être prise en compte.

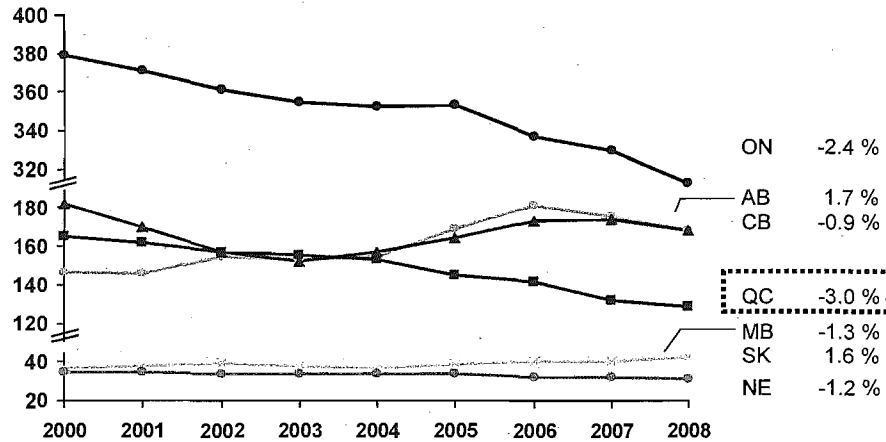
Et une diminution du nombre de réclamations

Le Québec est la province qui affiche la plus forte diminution du nombre de réclamations sur la période des années 2000

- Autant au niveau de l'ensemble des réclamations rapportées que de celles comportant une perte de temps
- Une diminution toutefois un peu moins élevée que pour le taux de fréquence (voir page précédente) en raison de l'augmentation du nombre de travailleurs assurés

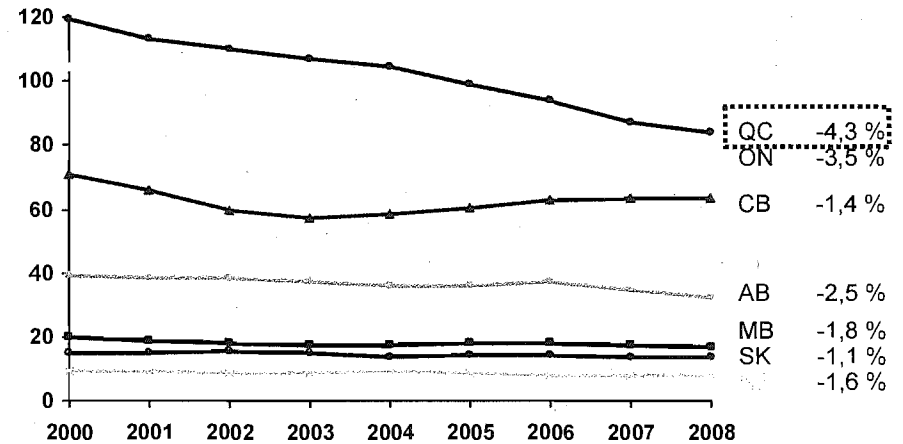
Nombre de réclamations rapportées par province et par année
(en milliers de réclamations, 2000 à 2008)

TCAC de
2000 à 2008



Nombre de nouvelles réclamations avec perte de temps par province et par année
(milliers, 2000 à 2008)

TCAC de
2000 à 2008



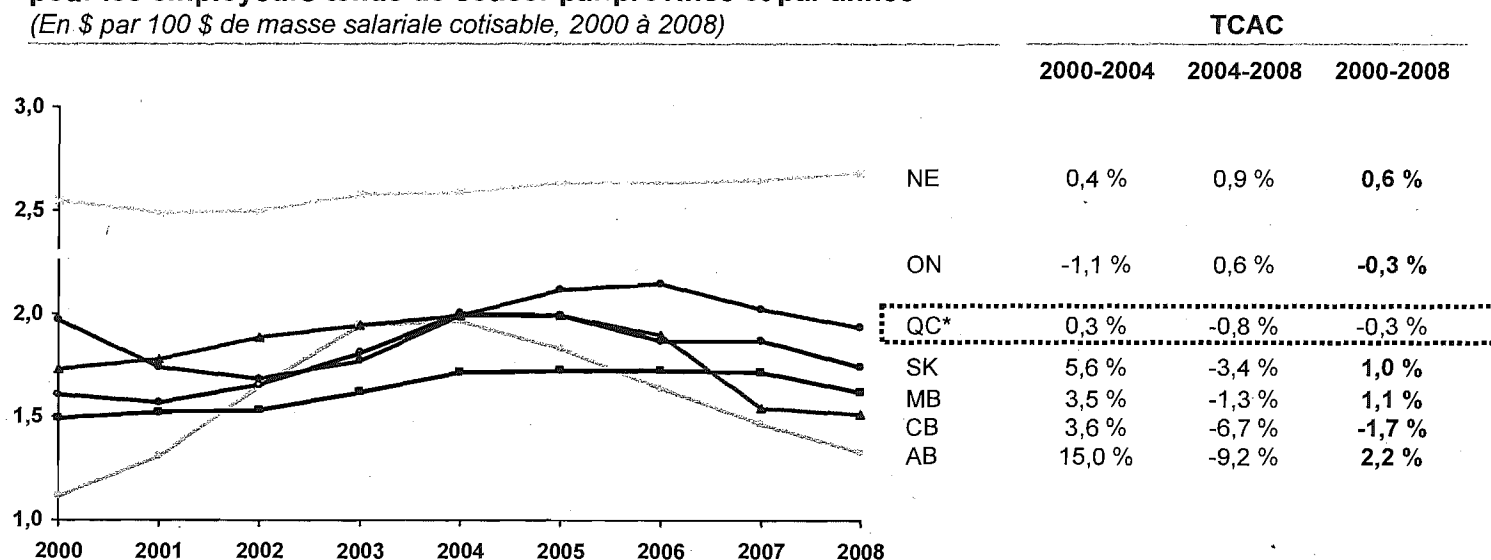
Source : L'Association des commissions des accidents du travail du Canada - Données financières et statistiques

Accompagné d'une légère baisse du taux de cotisation

Le taux moyen de cotisation a fluctué sensiblement à la hausse comme à la baisse sur la période 2000-2008

- Le niveau 2008 se situait sous le niveau de 2000, mais exactement au niveau de la moyenne de la période 2000-2008
- Les provinces de l'Alberta et de la Colombie-Britannique sont les deux régions dont le taux 2008 a le plus diminué par rapport à leur moyenne de la période 2000-2008. Ces deux provinces sont également celles qui ont enregistré la plus forte baisse de leur taux moyen depuis 2004
- Le profil du taux québécois est similaire à ceux de l'Alberta et de la Colombie-Britannique, mais décalé de 2-3 ans

Taux moyen réel de cotisation pour les employeurs tenus de cotiser par province et par année
(En \$ par 100 \$ de masse salariale cotisable, 2000 à 2008)



Source : L'Association des commissions des accidents du travail du Canada - Données financières et statistiques

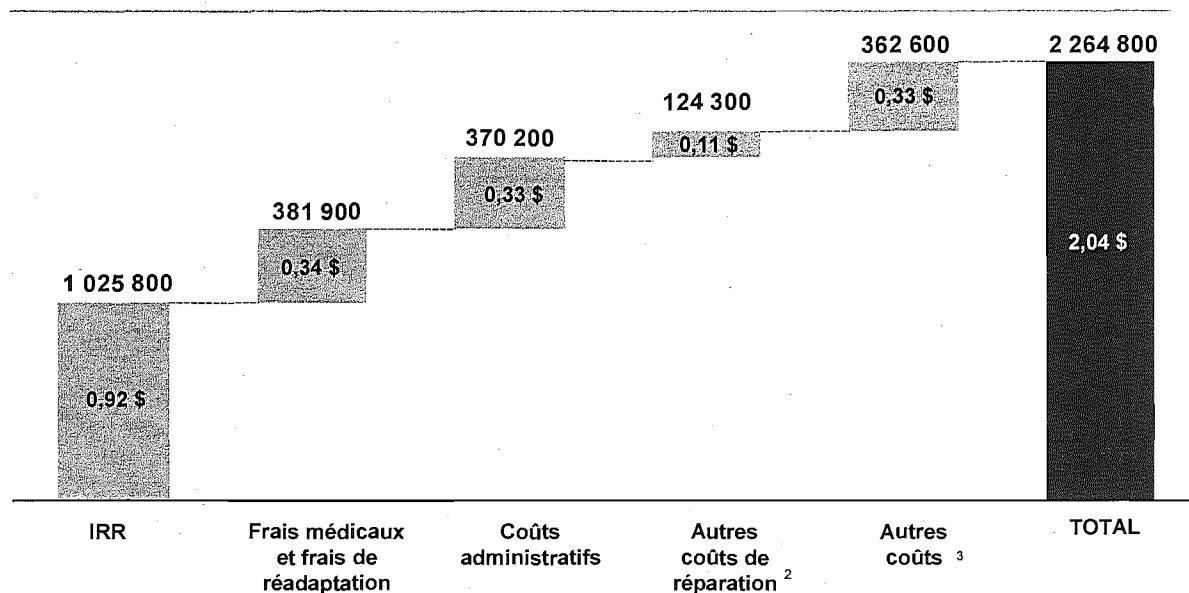
*Note : Le taux du Québec exclut le PMSD.

Les grandes composantes de coûts analysées

L'analyse comparative est concentrée sur les grandes composantes de coûts qui sont associées à la réparation, de même qu'aux coûts administratifs

- La situation du Québec a été comparée à celles des grandes provinces canadiennes de référence (Alberta, Colombie-Britannique et Ontario) pour chacun des trois grands blocs de coûts où des données comparables sont disponibles

Grandes composantes du taux moyen de cotisation de 2010 ¹
(milliers de dollars, 2010)



L'analyse comparative se concentre sur ces trois grandes composantes : soit 78 % du passif

1- Seulement les éléments de taux de base, excluant les éléments de capitalisation.

2- Comprend les indemnités pour préjudices corporels et les décès.

3- Comprend le programme de maternité sans danger, le programme de prévention, les coûts de financement du tribunal administratif, les créances douteuses et le rythme d'encaissement.

Source : Tarification 2010, détermination du taux moyen de cotisation, CSST

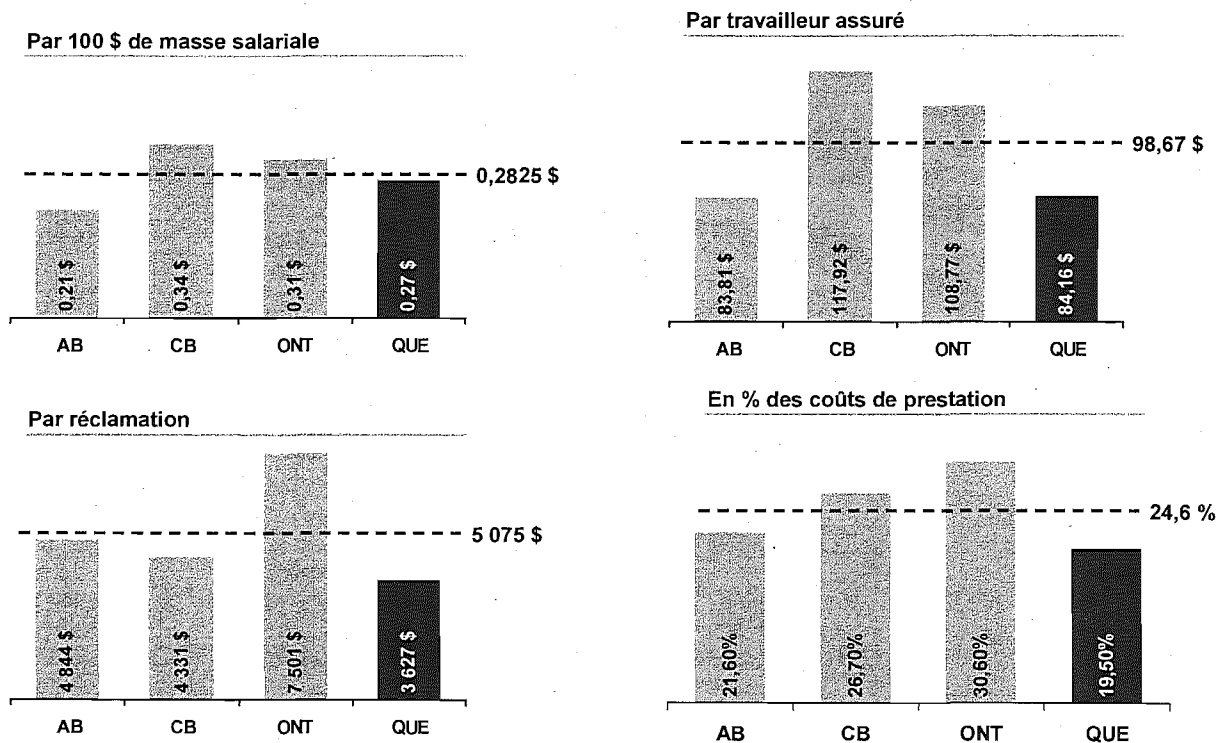
1. Frais d'administration

Des frais d'administration sous la moyenne

Les coûts administratifs observés en 2008 au Québec sont sous la moyenne des provinces de référence

- Notamment lorsque l'on considère les coûts administratifs en fonction du nombre de nouvelles réclamations avec perte de temps
- Mais également sur la base du fardeau que représentent ces coûts par travailleur assuré ou par 100 \$ de masse salariale assurée

Frais d'administration 2008



* Les moyennes correspondent à des moyennes simples des quatre régions de référence et ne sont pas pondérées pour le poids relatif de chaque région.
Source : L'Association des commissions des accidents du travail du Canada - Données financières et statistiques

1. Frais d'administration

Et progressant moins rapidement

La croissance des coûts administratifs a été généralement plus faible au Québec sur la période 2000-2008 que dans les provinces de référence

- Que ce soit sur la base des réclamations avec perte de temps, des travailleurs assurés, ou par 100 \$ de masse salariale cotisable

Évolution des frais d'administration

(TCAC 2000-2004, 2004-2008, 2000-2008)

Par 100 \$ de masse salariale

	2000-2004	2004-2008	2000-2008
AB	-9,0 %	-3,3 %	-6,2 %
CB	-2,8 %	0,7 %	-1,1 %
ON	-2,7 %	-2,3 %	-2,5 %
QC	-2,9 %	-4,2 %	-3,5 %

Par travailleur assuré

	2000-2004	2004-2008	2000-2008
AB	-5,8 %	0,9 %	-2,5 %
CB	-0,7 %	4,2 %	1,7 %
ON	0,1 %	-0,5 %	-0,2 %
QC	-0,5 %	-2,0 %	-1,3 %

Par réclamation

	2000-2004	2004-2008	2000-2008
AB	1,4 %	10,2 %	5,7 %
CB	5,3 %	7,2 %	6,2 %
ON	6,1 %	6,2 %	6,1 %
QC	4,3 %	5,3 %	4,8 %

Source : L'Association des commissions des accidents du travail du Canada - Données financières et statistiques

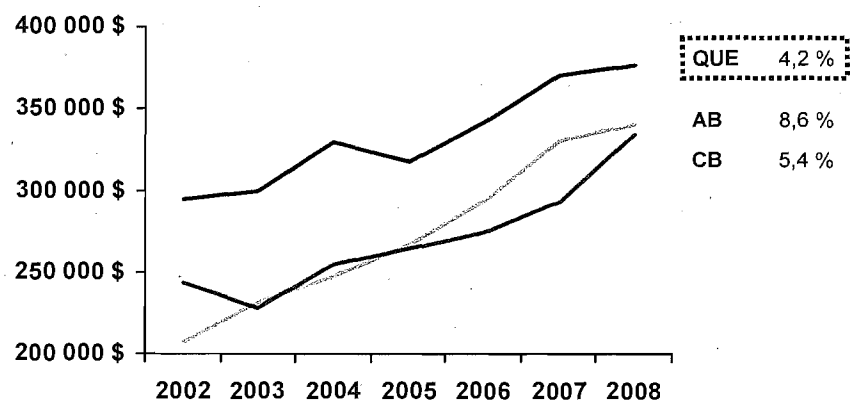
Une croissance moindre aussi des frais de santé et de réadaptation

Les coûts associés aux soins médicaux et de réadaptation ont également progressé moins rapidement au Québec sur la période 2000-2008

- L'Alberta affiche la plus forte progression sur la période et reflète l'effort accru qui a été consacré au cours des dernières années de la part de cette province pour accélérer l'accès au soins et accroître le retour au travail (À noter qu'il n'existe pas de données comparables pour l'Ontario)

Coût des prestations de soins médicaux
et de réadaptation encourus pour l'exercice courant
(2002-2008)

TCAC
2002-2008



Source : L'Association des commissions des accidents du travail du Canada - Données financières et statistiques

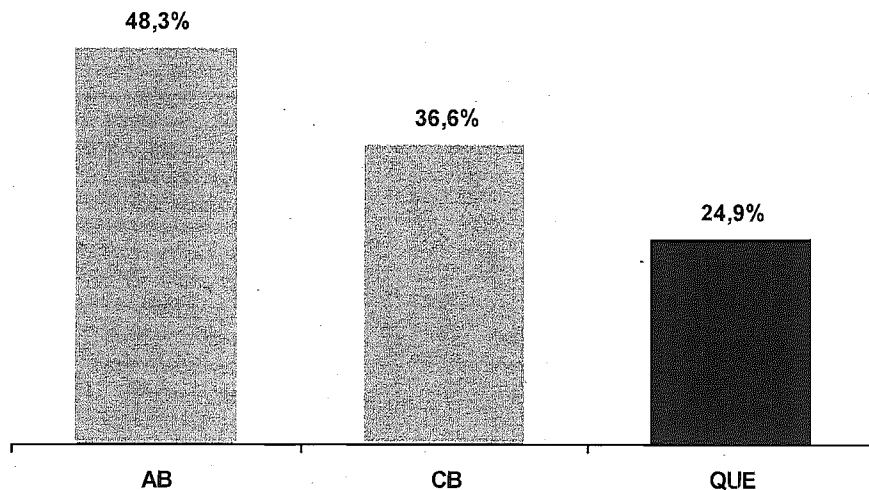
2. Frais de santé et de réadaptation

Avec un coût global unitaire plus bas au Québec

Les coûts associés aux soins médicaux et de réadaptation sont moins élevés au Québec

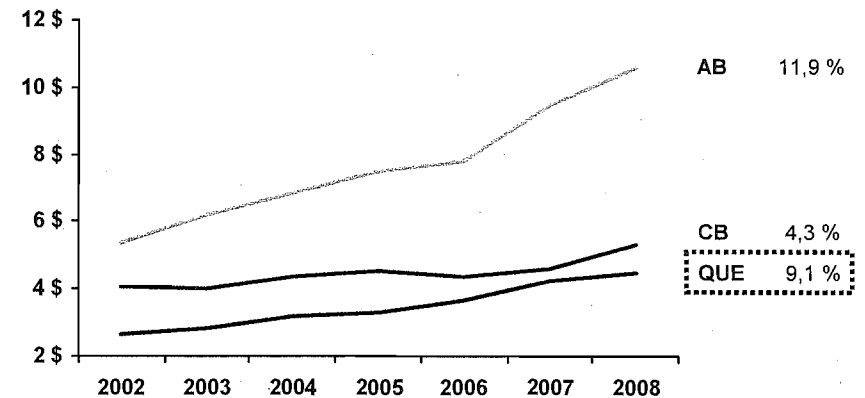
- Que ce soit par nouvelle réclamation
- Ou en proportion de l'ensemble des coûts des prestations encourus

Part des prestations de soins médicaux et de réadaptation dans le total des coûts de prestation pour l'exercice courant (2008)



Coût des prestations de soins médicaux et de réadaptation par nouvelle réclamation (2002-2008, en 000\$)

TCAC
2002-2008



Source : L'Association des commissions des accidents du travail du Canada - Données financières et statistiques

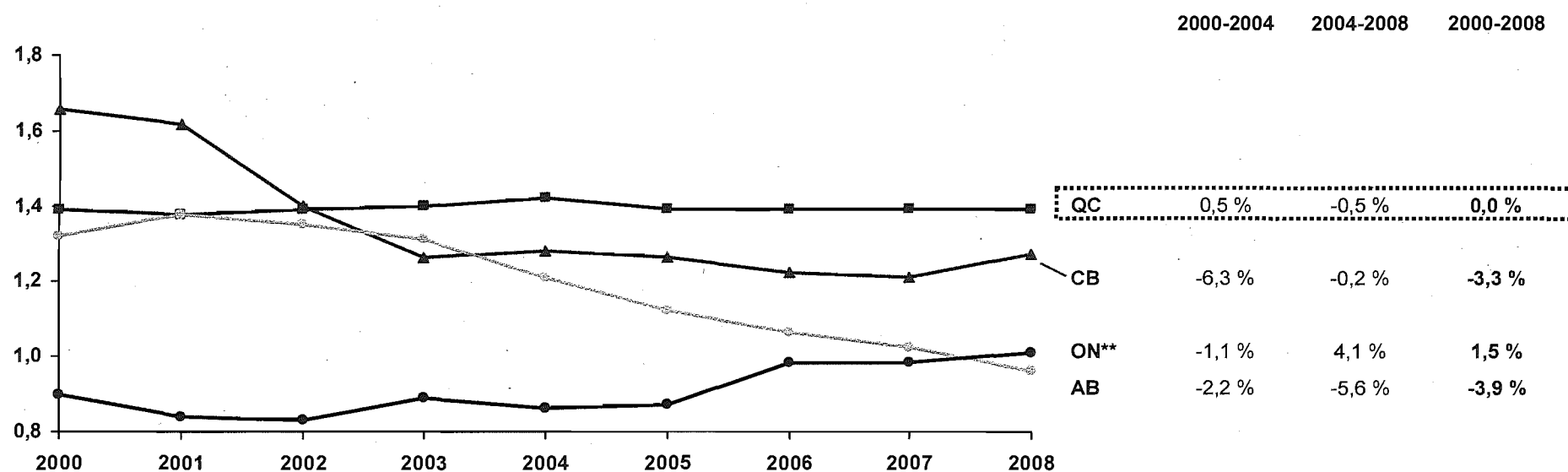
3. Coûts totaux de prestation

Une performance moins favorable au niveau des coûts totaux

Le coût total des prestations par 100 \$ de masse salariale assurable est demeuré pratiquement inchangé au Québec sur la période 2000-2008, alors que l'on a assisté à un repli important en Alberta et en Colombie-Britannique

- L'évolution de la situation québécoise a été notamment divergente sur la période 2000-2004. L'évolution relative de la situation québécoise est meilleure sur la période 2004-2008.
- Alors que l'Ontario affiche une détérioration du profil de leurs coûts et que l'Alberta s'améliore sur l'ensemble de la période

Coûts de prestations de l'année en cours par 100 \$ de masse salariale assurable*
(2000-2008)



* L'ACATC indique qu'il est préférable de se concentrer sur les tendances puisque des divergences dans les méthodes comptables peuvent influencer sur les niveaux absolus.

** Le niveau ontarien est en cours de révision car la méthode utilisée dans le passé a eu tendance à sous-estimer ce taux (une partie des coûts de la réparation apparaissant dans une autre composante).

Source : Association des commissions des accidents du travail du Canada (ACATC)

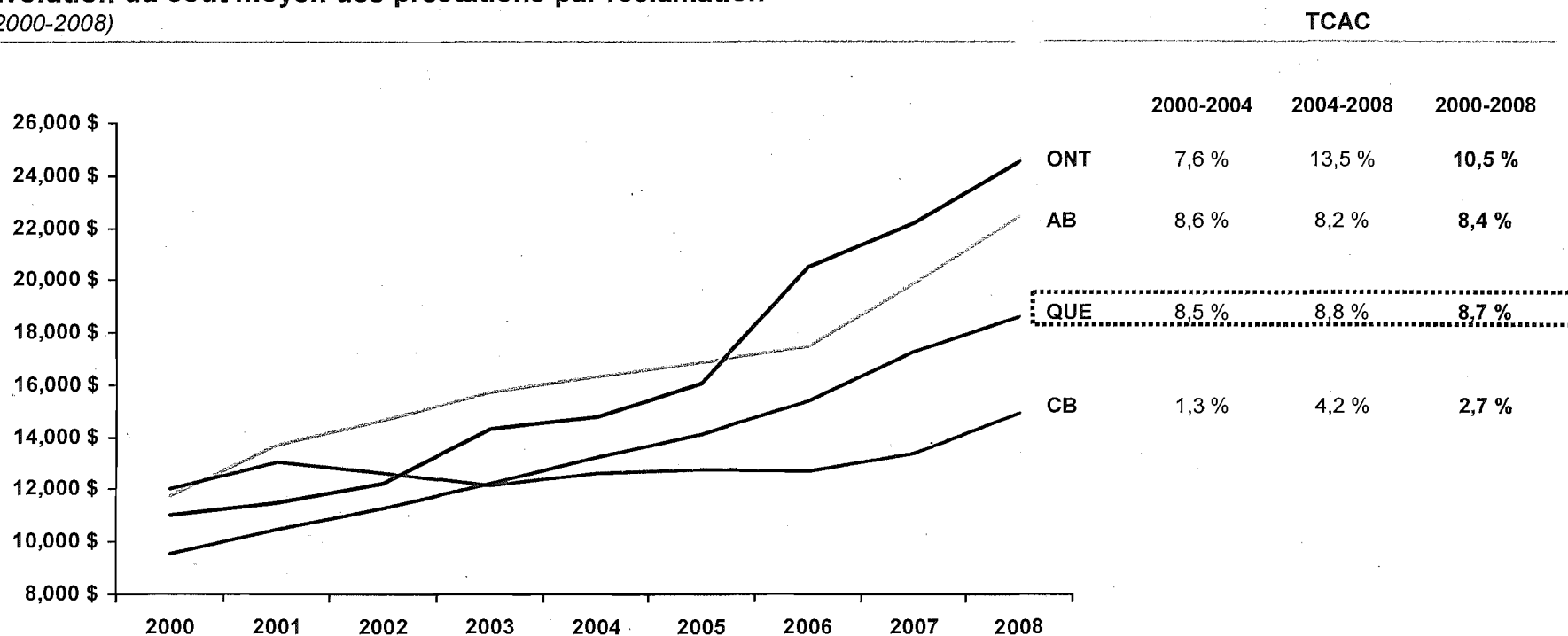
3. Coûts totaux de prestation

Un niveau et une évolution des coûts unitaires dans la moyenne

L'évolution des coûts unitaires du Québec par réclamation se compare à celle de l'Alberta et se situe entre les profils de l'Ontario et de la Colombie-Britannique

- Le coût moyen par réclamation est également dans la moyenne

Évolution du coût moyen des prestations par réclamation
(2000-2008)



Source : L'Association des commissions des accidents du travail du Canada - Données financières et statistiques

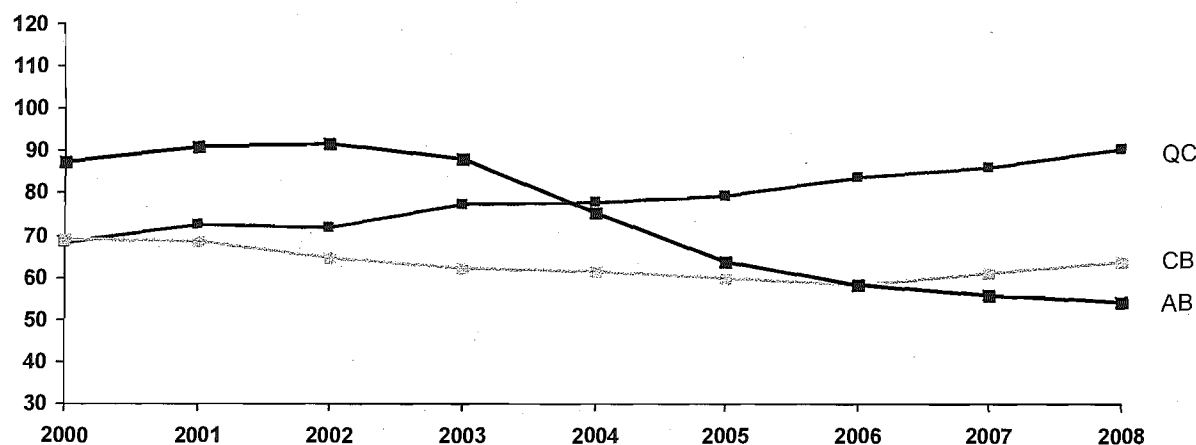
3. Coûts totaux de prestation

Mais une durée moyenne d'IRR plus élevée et en progression

La durée moyenne des cas au Québec est plus élevée (données ontariennes non disponibles)

- De plus, la durée des cas a augmenté au Québec alors qu'elle était relativement stable en Colombie-Britannique et en baisse en Alberta

Durée moyenne des cas*
(nombres de jours, de 2000 à 2008)



Durée des cas				
Province	2000	2008	Variation	TCAC
QC	68	91	23	3,6 %
CB	69	64	(5)	-1,0 %
AB	87	54	(33)	-5,8 %

Source : L'Association des commissions des accidents du travail du Canada

* Note: Cette mesure représente le nombre moyen de jours d'IRR payés pour les cas recensés lors des cinq premières années de vie de la réclamation.

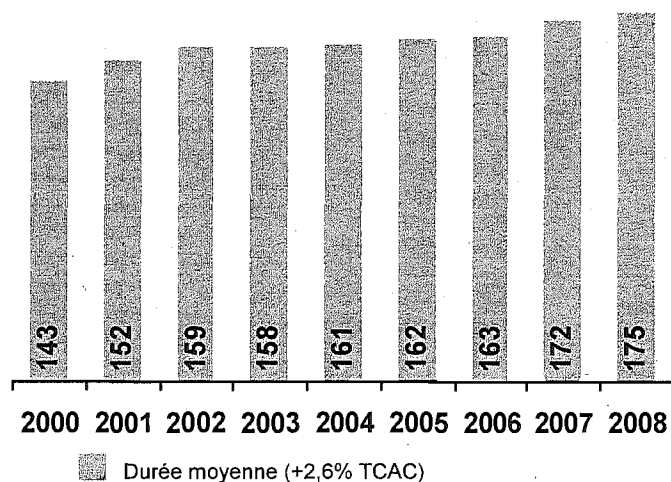
3. Coûts totaux de prestation

Des délais provenant surtout de la consolidation médicale

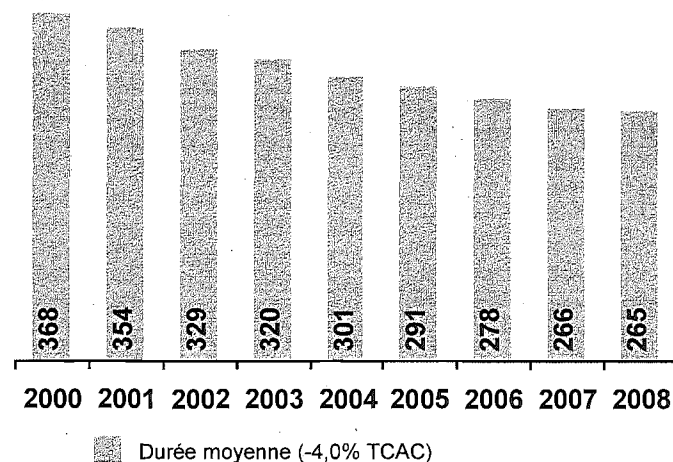
C'est durant la période de consolidation médicale que la durée moyenne des cas a augmenté au Québec, soit à un rythme de 2,6 % par année entre 2000 et 2008, et plus particulièrement depuis 2006

- En phase de réadaptation, la durée moyenne a baissé entre 2000 et 2008 à un rythme de 4,0 % par année

Durée moyenne des cas qui sont consolidés durant l'année
(durée en jours; 2000-2008)



Durée moyenne des cas qui sont fermés durant l'année entre la consolidation et la fin de la réadaptation
(durée en jours; 2000-2008)



Sources: Délais NIR & RIGOR; Réparation, D.C.G.I., CSST

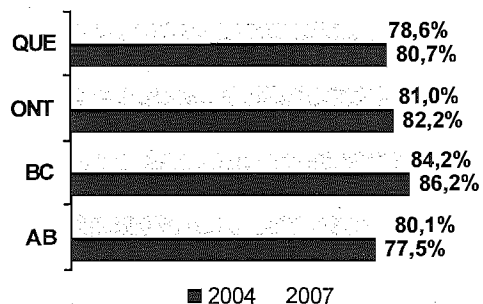
3. Coûts totaux de prestation

Un taux de « fermeture » des dossiers moins rapide

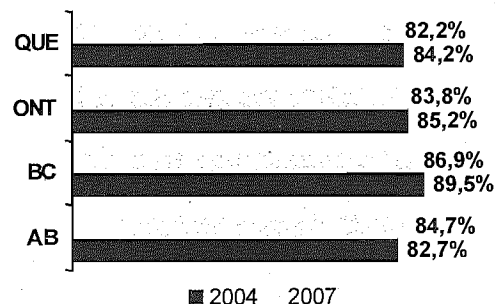
Le pourcentage des lésions pour lesquelles on cesse de verser des indemnités à trois mois, à quatre mois, à six mois et à 12 mois, est toujours un peu plus faible au Québec que dans les autres grandes provinces de référence

- Hormis l'Alberta, la situation s'est légèrement détériorée depuis 2004 dans toutes les provinces de comparaison

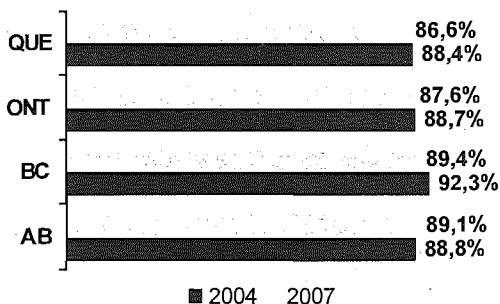
Pourcentage des lésions pour lesquelles on cesse de verser des indemnités à 90 jours



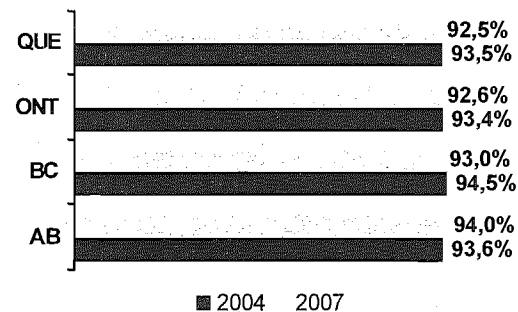
Pourcentage des lésions pour lesquelles on cesse de verser des indemnités à 120 jours



Pourcentage des lésions pour lesquelles on cesse de verser des indemnités à 180 jours



Pourcentage des lésions pour lesquelles on cesse de verser des indemnités à 360 jours



Source : L'Association des commissions des accidents du travail du Canada

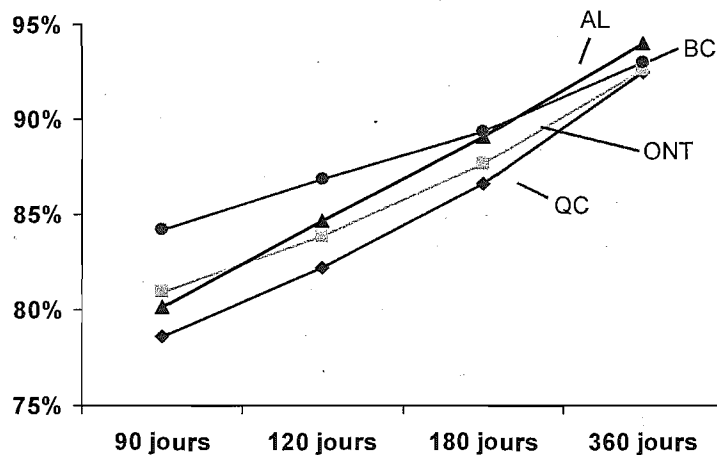
3. Coûts totaux de prestation

Un taux de « fermeture » des dossiers moins rapide...

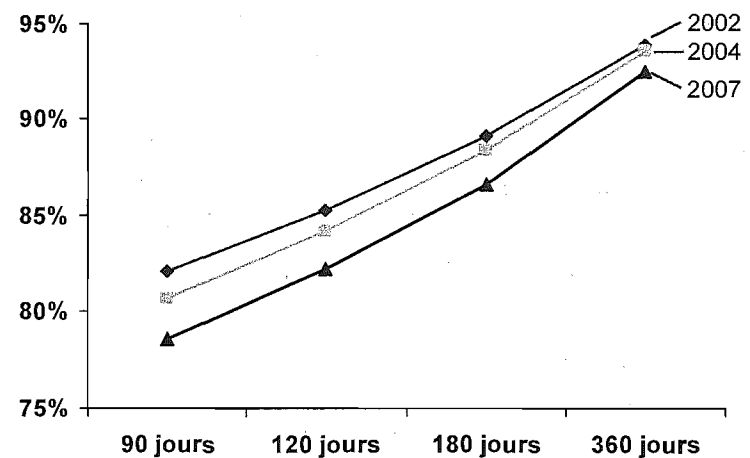
Lors de la première année de la lésion, le taux de « fermeture » de dossiers au Québec est environ 2 % moindre que dans les provinces les plus performantes

- L'écart au Québec apparaît notamment sur la période 90 jours à 180 jours
- Par ailleurs, on remarque que la Colombie-Britannique se démarque particulièrement par son taux de fermeture à moins de six mois, alors que l'Alberta se distingue par son amélioration sur la période de trois mois à six mois
- Tel qu'indiqué précédemment, on remarque que la situation au Québec s'est détériorée au cours des dernières années, surtout sur la période de moins de six mois

Pourcentage des lésions pour lesquelles on cesse le versement des IRR (2007).



Pourcentage des lésions pour lesquelles on cesse le versement des IRR (Québec; 2002-2004-2007)



Source : L'Association des commissions des accidents du travail du Canada

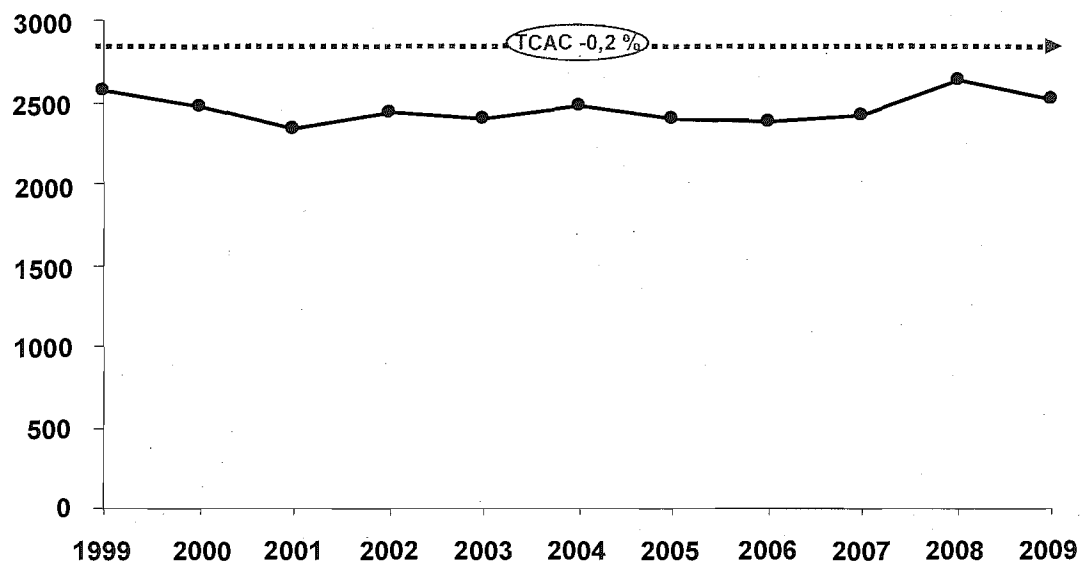
3. Coûts totaux de prestation

Et le maintien du nombre de dossiers de plus long terme

Le nombre de dossiers de 1 000 jours et plus d'IRR est resté stable sur la dernière décennie après une légère augmentation entre 2007 et 2008

- Bien que le nombre total de dossiers de plus de 1 000 jours d'IRR soit demeuré relativement stable, ces cas représentent une part plus importante de l'ensemble des dossiers de consolidation et de réadaptation

Historique de 1 000 jours
(nombre de cas; de 1999 à 2009)



% des cas en consolidation ou en réadaptation avec plus de 1 000 jours d'IRR par rapport au total	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	14,1 %	13,2 %	12,9 %	13,1 %	12,6 %	12,6 %	12,3 %	12,5 %	13,0 %	14,2 %	14,4 %

Source : Étude sur les dossiers de 1 000 jours et plus d'IRR, D.C.G.I, CSST

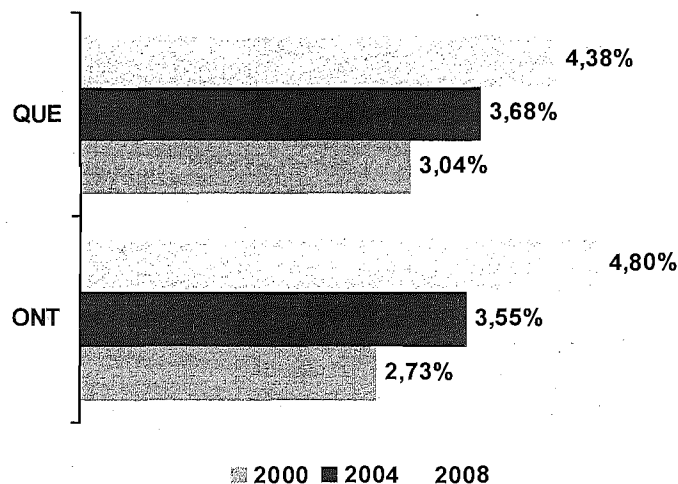
3. Coûts totaux de prestation

Un poids plus important des cas de long terme

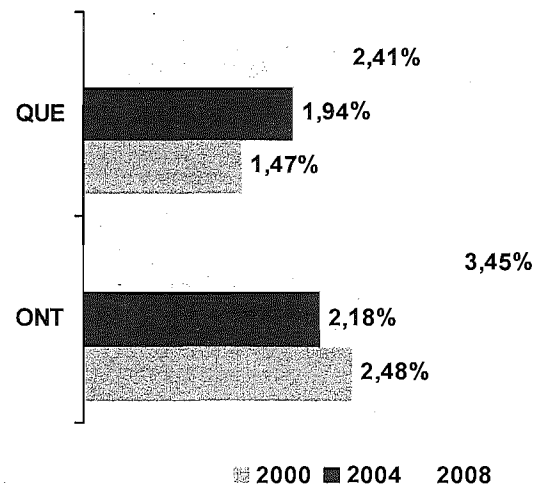
La diminution du nombre de lésions et de réclamations s'est surtout fait sentir dans les cas moins lourds, ce qui accroît l'importance relative des cas plus lourds

- Cette hausse du poids relatif des cas plus lourds contribue à relever la durée moyenne des cas
- On observe une situation similaire et même plus accentuée en Ontario (aucune donnée comparable pour l'Alberta et la Colombie-Britannique*)

Pourcentage des réclamations indemnisées avec perte de salaire au terme de la 2^e année après l'année de lésion (%)



Pourcentage des réclamations indemnisées avec perte de salaire au terme de la 6^e année après l'année de lésion (%)



* Les données pour l'Alberta et la Colombie-Britannique ne sont pas comparables car elles excluent les invalidités de plus long terme.
Source : Association des commissions des accidents du travail du Canada (ACATC)

Sommaire de l'analyse comparative des coûts

Le Québec affiche une bonne performance sous plusieurs dimensions :

- Taux de fréquence des lésions et évolution du nombre de réclamations
- Niveau et évolution de ses coûts administratifs
- Niveau et évolution de ses coûts de santé et de réadaptation

Mais le niveau et l'évolution de ses coûts d'IRR se comparent moins favorablement par rapport aux « leaders » des provinces de référence :

- En raison principalement d'une évolution moins favorable dans la durée moyenne de jours d'IRR par réclamation

Plus globalement, le niveau et l'évolution de la situation québécoise est meilleure que celle observée en Ontario

- Notamment au cours des dernières années (2004-2008) et que ce soit sur le plan des fréquences de lésions, des réclamations ou de l'évolution des divers types de coûts

Mais la Colombie-Britannique et notamment l'Alberta se distinguent sur le plan du niveau et de l'évolution des coûts globaux :

- La Colombie-Britannique en raison d'une bonne performance relative sur pratiquement tous les indicateurs de coûts globaux, coûts unitaires ou de durée
- Alors que l'Alberta affiche une progression importante de ses coûts unitaires, notamment en santé et réadaptation, mais qui sont plus que compensés par une réduction de la durée moyenne des réclamations

L'analyse plus en détail du cadre de gestion des réclamations de la CSST et les principaux éléments qui influent sur les différences observées au niveau des coûts se retrouve dans les sections suivantes

Partie 3 : Analyse de l'évolution des cadres d'intervention



Partie 3 : Analyse de l'évolution des cadres d'intervention

Objectif

- L'objectif de la partie 3 est de cerner les tendances en matière de gestion des dossiers d'indemnisation, d'identifier certaines pratiques innovantes et de comparer l'évolution du cadre d'intervention de la CSST
- Pour atteindre cet objectif, un ensemble d'organisations pertinentes ou comparables ont été identifiées et sondées. Des responsables de ces organisations ont été invités à compléter un guide de cueillette d'informations qui a ensuite été complété ou validé lors de rencontres ou d'appels avec ces personnes
- Cette troisième partie est basée sur l'expérience d'organismes en santé et sécurité au travail (Nouvelle-Écosse, Ontario, Alberta, Colombie-Britannique, État de Washington), d'organismes publics en assurance automobile (Québec et Colombie-Britannique) et d'assureurs privés (Sun Life, Desjardins et SSQ)

Contenu

- Grands axes d'ajustements des cadres d'intervention
- Évolution des pratiques de gestion des demandes d'indemnisation
- Pratiques innovantes et meilleures pratiques
- Comparaison avec l'évolution et la situation au Québec

Les trois grandes tendances observées...

Les pressions sur les coûts d'indemnisation, l'allongement des durées moyennes et la hausse des cas plus complexes ont caractérisé la situation de la plupart des organisations analysées

- Pour répondre à ces défis, on peut dégager trois grandes tendances au niveau des ajustements qui ont été apportés ou des efforts qui ont été déployés par les organisations eut égard à leur cadre d'intervention
- Ces trois grandes tendances ont donné lieu à plusieurs types d'action différentes

Grands axes d'ajustement apportés au cours des dernières années et exemples de mesures introduites

	Gestion hâtive des dossiers	Accès plus rapide aux soins	Accent sur retour au travail
Exemples de mesures	<ul style="list-style-type: none"> ■ Contact systématique des travailleurs/employeurs lorsqu'un dossier dépasse 30 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ententes avec le réseau public pour utiliser les salles de chirurgie lors des périodes creuses 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisation d'indicateurs de performance axés sur la proportion et ou la rapidité du retour au travail
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisation des technologies pour alerter les gestionnaires de dossiers de changements pouvant influencer sur le risque 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ententes avec des cliniques pour des chirurgies d'un jour 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Introduction de spécialistes du retour au travail au sein des équipes de gestion de cas
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Utilisation d'indicateurs de performance axés sur des seuils maximaux de dossiers de plus de 90 jours 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibilisation et information des médecins traitants sur les options de traitement et les meilleures pratiques 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Accroissement des efforts auprès des médecins traitants pour les sensibiliser au potentiel et aux options de retour au travail
	<ul style="list-style-type: none"> ■ Introduction de grilles de risque dès l'admissibilité 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développement d'approche intégrée de soins regroupant plusieurs spécialistes 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sensibilisation des employeurs aux possibilités de travail modifié pendant la période de soins médicaux

Source : Enquête SECOR

... Et leur importance par organisation analysée

Les efforts déployés et l'importance accordée selon les trois grands axes d'ajustement ont évidemment varié selon les organisations analysées

- Si on s'attarde plus particulièrement à l'Alberta et à la Colombie-Britannique, on remarque que chacun des trois axes ont fait l'objet d'une attention, mais que leur importance relative a changé

Utilisation et importance des ajustements apportés

	Gestion hâtive des dossiers	Accès plus rapide aux soins	Accent sur retour au travail
Organismes en santé et sécurité au travail			
■ Alberta	✓✓	✓✓✓	✓✓✓
■ Colombie-Britannique	✓✓	✓	✓
■ Ontario	✓✓	✓	✓✓
■ Nouvelle-Écosse		✓	
■ Washington	✓✓		✓
Assureurs automobile			
■ SAAQ (Québec)	✓✓	✓	✓
■ ICBC (C-B)	✓		
Assureurs privés			
■ Sun Life	✓	✓	✓
■ Desjardins		✓	
■ SSQ		✓	

Légende

- ✓ Importance faible
- ✓✓ Importance moyenne
- ✓✓✓ Importance forte

Source : Enquête SECOR

Les grands processus de gestion analysés

L'analyse a aussi porté sur six dimensions associées aux grandes composantes du processus de gestion d'une réclamation d'indemnisation

Grands processus de gestion analysés

Section	Description
1. Traitement de première ligne	Entrée et traitement initial des demandes d'indemnisation et de la documentation justificative
2. Rétablissement de la santé	Gestion de la prestation de services de santé et traitement des paiements aux fournisseurs de soins
3. Traitement des demandes d'indemnisation – Cas courants	Processus visant à identifier et à gérer les cas courants (au sens de « routine » – habituellement réservés aux soins de santé et aux arrêts de travail simples)
4. Traitement des demandes d'indemnisation – Cas particuliers	Processus visant à identifier et à gérer les cas particuliers (au sens de « non routine » – habituellement des cas plus complexes d'arrêt de travail)
5. Appels	Gestion et traitement des appels de travailleurs et d'employeurs

Source : Enquête SECOR

1. Le traitement de première ligne (admissibilité)

Une étape centralisée et supportée par les TI...

L'admissibilité est une étape centralisée dans toutes les organisations analysées

- Cette centralisation accroît l'efficacité et l'efficience de cette étape cruciale de gestion d'une demande, tout en permettant une plus grande cohérence des décisions
- L'utilisation des technologies de l'information a contribué à cristalliser cette tendance. Or, le Québec constitue la seule exception et affiche un retard significatif à cet égard, notamment par rapport à la Colombie-Britannique et l'Alberta

Équipe de traitement de première ligne

		Emplacement de l'équipe	
		Régional	Central
Niveau de compétence de l'équipe	Faible		NE ON AB CB IC SA WA SL
	Élevé	QC	SS DE

Degré d'automatisation

Utilisation de la technologie pour le traitement de première ligne

Décision automatique (niveau élevé)	Décision automatique (niveau faible)	Dossiers électroniques	Aucune utilisation
Dossiers numérisés, et admissibilité décidée automatiquement pour un important pourcentage de cas	Utilisation de dossiers électroniques, et admissibilité automatisée pour un plus petit pourcentage de cas simples	Utilisation de dossiers électroniques, nécessitant la numérisation et l'imagerie de toute la documentation soumise	Processus surtout à base de papier, avec utilisation minimale de la technologie
CB AB	ON WA	NE IC SA SS SL	DE QC

Source : Enquête SECOR

1. Le traitement de première ligne (admissibilité) ... Ayant des répercussions sur la productivité

La centralisation et l'automatisation permettent d'accroître la quantité de dossiers pouvant être traitée par individu

- Compte tenu de son mode d'organisation au niveau de l'admissibilité, le Québec déploie plus de ressources à cette fonction que les autres organisations
- Comme nous le verrons plus loin, un autre mode d'organisation permettrait de hausser la productivité de cette étape d'au moins 20 %, tout en permettant de garder voire accentuer la qualité du service

Comparaison de la tâche moyenne à l'admissibilité selon le niveau global d'activités de l'organisation

Nombre de cas traités et reçus

		Nombre de cas reçus par année		
		Faible (<100 k)	Moyen (100 k – 150 k)	Élevé (>150 k)
Nombre de cas traités par année	Faible (<1 k/membre de personnel)	SS, DE, NE	QC	
	Moyen (1 k – 2 k/membre de personnel)	SL		WA, ON, CB
	Élevé (>2 k/membre de personnel)	SA		AB

Source : Enquête SECOR

2. Le rétablissement de la santé

Des efforts au niveau de l'accès aux chirurgies...

Huit des onze organisations ont mis au point des mécanismes pour accélérer l'accès aux soins de santé, dont tous les organismes de santé et sécurité canadiens analysés (Ontario, Alberta, Nouvelle-Écosse et Colombie-Britannique)

- Les mécanismes utilisés par ces organisations canadiennes varient, mais visent une plus grande utilisation des ressources humaines et des équipements disponibles. La priorité a été surtout axée sur les chirurgies d'un jour
- Un accès plus rapide aux soins de santé, notamment de chirurgie, permet évidemment d'alléger la souffrance des travailleurs accidentés et de réduire les risques de chronicité. Comme nous le verrons plus loin, une telle évolution permet aussi de réduire substantiellement les coûts du système

Accès accéléré aux soins de santé – Exemple de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse

En Alberta, un mécanisme d'accès à des services accélérés pour des chirurgies standards, notamment pour les blessures au dos, au genou ou au canal carpien, a été développé en recourant aux spécialistes qui ont épuisé toutes leurs heures permises par le régime public. Par ce mécanisme, on peut désormais faire opérer un patient deux semaines après l'établissement du besoin et 70 % des chirurgies sont réalisées grâce à ce mécanisme

En Nouvelle-Écosse, un mécanisme d'accès accéléré aux chirurgies d'un jour a été développé en profitant des périodes creuses des salles d'opération des hôpitaux, typiquement pendant les jours fériés et les fins de semaine. La Commission des accidents de travail de la N-É défraie les honoraires supplémentaires devant être versés aux chirurgiens orthopédiques, aux anesthésistes et aux infirmières. Cette méthode a permis à l'organisation de couper de moitié le temps d'attente pour une chirurgie

Le niveau de satisfaction de tous les intervenants (patients, médecins, infirmières, grand public et gouvernement) envers ces deux organisations est demeuré très élevé

2. Le rétablissement de la santé

... Et plusieurs initiatives du côté des TMS

Les accidents de type TMS représentent une portion importante des lésions associés aux accidents du travail

- Ce type d'accident a eu tendance à représenter une part croissante des dossiers et des coûts dans plusieurs juridictions. Pour mieux adresser ce type de lésion, diverses initiatives ou programmes ont été lancés
- À noter que certaines de ces initiatives ne sont pas possibles ou plus difficiles au Québec en raison du fait que la CSST est liée aux décisions du médecin traitant. Nous verrons plus loin les effets de l'absence de plafond au Québec eut égard aux traitements de physiothérapie

Exemples d'initiatives en matière de soins pour des TMS

- **Centres d'évaluation régionaux** : établissements indépendants des organismes de santé et sécurité au travail qui offrent aux travailleurs présentant des blessures de type TMS un accès rapide aux services d'évaluation par des médecins, des spécialistes, des chiropraticiens et des physiothérapeutes. Ces évaluations aident les professionnels de la santé traitants à évaluer les travailleurs qui ne récupèrent pas suffisamment ou qui ne répondent pas au traitement comme prévu
- **Programmes de soins** : programmes de prestation de soins de santé fondés sur des données probantes qui décrivent le meilleur traitement pour les travailleurs souffrant de certains types de TMS
- **Programmes de gestion de la douleur chronique** : programmes conçus pour les personnes qui ressentent de la douleur pendant une longue période de temps (par exemple pendant six mois) et dont les capacités de fonctionnement sont atteintes en raison de la douleur; ces programmes aident les personnes à gérer leur douleur, à améliorer leur tolérance générale aux activités et à coordonner leur retour au travail
- **Réentraînement au travail** : programmes fondés sur des tâches de conditionnement qui visent à graduellement améliorer la condition physique, la performance fonctionnelle et la santé mentale des clients; les programmes de réentraînement au travail sont personnalisés et comprennent des tâches de conditionnement au travail et des exercices de simulation
- **Physiothérapie** : certaines organisations établissent des limites de recours aux soins de physiothérapie; par exemple, une organisation limite la physiothérapie à 12 semaines, alors qu'une autre a établi une limite de six semaines, à raison de trois séances par semaine; pour prolonger ces périodes, une demande doit être soumise au gestionnaire de cas
- **Programmes de réhabilitation** : programmes multidisciplinaires structurés offerts par des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, des psychologues et des médecins. Ce type de programme met l'accent sur le retour au travail par l'entremise de réadaptation fonctionnelle et parfois professionnelle.

Source : Enquête SECOR

3. Le traitement des cas courants ou simples

Des modèles d'organisation variés

Contrairement à l'admissibilité, une approche régionale est utilisée par la plupart des organisations analysées, particulièrement pour les organisations couvrant un large territoire

- La proximité est plus importante pour cette fonction, autant pour la qualité du service offert que pour l'efficacité au niveau de l'intervention. La CSST se distingue de l'Ontario quant au nombre élevé de ces différents bureaux régionaux, mais se rapproche du modèle de la Colombie-Britannique
- Par ailleurs, les gestionnaires des cas simples sont tout de même regroupés autour de spécialités. Sauf pour la Nouvelle-Écosse, toutes les autres organisations procèdent à une allocation de leurs cas selon certains facteurs prédéterminés. On retrouve deux grands types d'allocation : par type de risque, comme le Québec, ou par type de secteur ou employeur

Attribution des cas

Critère principal d'attribution des cas courants aux gestionnaires de cas

		Facteur	
		Risque	Secteur/employeur
Lieu	Régional	QC	ON, SS, IC, SL
	Central	SA	DE, AB, WA, NE
	Hybride (Certaines industries traitées centralement)	CB	

Nombre de bureaux régionaux

Au total et en fonction de la population

	Nombre de bureaux régionaux	Nombre de travailleurs assurés (000's) par bureau
Québec	20	182
Ontario	15	323
Colombie-Britannique	15	144

Source : Enquête SECOR et L'Association des commissions des accidents du travail du Canada - Données financières et statistiques

3. Le traitement des cas courants ou simples

Mais une approche plus réactive à la CSST

Le cadre d'intervention de la CSST mise sur un règlement progressif mais important des cas courants

- Le nombre de dossiers par agent est en moyenne élevé et les compétences associées à ces activités sont davantage de nature technique et transactionnelle. Cette approche se justifie par le fait que près de 80 % des réclamations avec perte de temps se règlent à l'intérieur de de 90 jours, tout en nécessitant peu ou pas d'intervention
- Il est toutefois difficile de s'assurer que tous les cas, profilés au départ comme des cas courants, sont effectivement des cas de ce type, ou encore, demeurent des cas simples. Un suivi et une gestion des cas courants est donc nécessaire pour éviter que certains de ces cas se chronicisent
- Les autres organisations en santé et sécurité au travail, notamment en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique affectent surtout des professionnels (ou des *case managers*) au cas courant. De plus, le ratio de dossiers par intervenant y est généralement beaucoup plus faible. Un accent important est aussi mis sur une gestion hâtive des dossiers. On observe aussi que les dossiers se concluent plus rapidement qu'au Québec (voir section précédente)

Nombre de dossiers par gestionnaire au traitement des cas courants

	Nombre de dossiers par intervenant
Québec	P1 : 160 – 175
	P2 : 75 – 80
	P3 : 325 – 350
Ontario	30
Colombie-Britannique	79

Source : Enquête SECOR et CSST « charge cible »


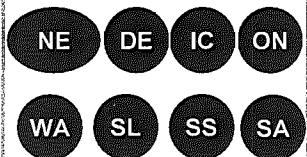

3. Le traitement des cas courants ou simples

Utilisation accrue des technologies d'information

Les technologies d'information sont également utilisées pour faciliter le travail des personnes affectées aux cas simples. Ces systèmes sont aussi de plus en plus utilisés comme outil d'aide à la planification et à la décision

Tirer profit de la technologie

Utilisation de la technologie pour le traitement des cas courants

Avancée	De base	Minimale
Numérisation des fichiers, outils évolués de gestion de cas et aide à la décision	Utilisation de dossiers électroniques, accès à l'information et aux modèles	Processus fondé principalement sur le traitement papier, utilisation minimale de la technologie
		

Quelques applications courantes de la technologie :

- **Accès électronique aux données du cas** : contribue à sauver du temps et des efforts puisque les responsables de cas peuvent obtenir et partager l'information de même que transférer les dossiers électroniques. Améliore l'efficacité du processus puisque le temps nécessaire pour le traitement postal et manuel (ouvrir, fermer et classer) des cas est réduit de façon importante. La technologie permet aussi de réduire le coût d'archivage et de stockage des dossiers
- **Rappels et alertes** : aident les gestionnaires de cas à gérer efficacement un grand nombre de dossiers puisqu'ils peuvent faire le suivi des progrès et fixer des rappels automatiques de dates ou de repères clés. Les directives de meilleures pratiques de gestion de cas peuvent être intégrées au système. Il est à noter qu'un trop grand nombre de messages serait ignoré par les responsables de cas et ne serait pas vraiment utile; il est donc essentiel que le système permette aux responsables de cas de programmer et de personnaliser leur utilisation des rappels et des alertes
- **Modèles de communication et de planification** : rendent la planification et la communication de cas plus efficaces et efficaces. Les directives de gestion de l'invalidité peuvent être utilisées pour créer des modèles de planification de meilleure pratique qui intègrent automatiquement les dates et activités clés selon le type de blessure. De plus, des modèles standards de communication peuvent réduire les efforts à déployer. Les systèmes de gestion de cas peuvent aussi assurer l'envoi automatique de correspondance aux travailleurs/employeurs selon des repères précis. Les systèmes de gestion de cas devraient également offrir la flexibilité nécessaire pour permettre l'adaptation de cas individuels
- **Outils d'aide à la décision** : facilitent la prise de décision par les gestionnaires de cas en fournissant l'information essentielle. On y retrouve notamment l'information sur des cas similaires, les directives relatives à l'invalidité et les renseignements médicaux pertinents pour le cas

Source : Enquête SECOR

4. Le traitement des cas complexes

Utilisation de cadres définis d'intervention

La plupart des organisations ont défini des cadres d'intervention normalisés et détaillés pour gérer les cas plus complexes

- La CSST a développé un tel cadre en 2004 et l'a pleinement déployé sur la période 2005-2006
- Ce cadre se distingue notamment par la définition de plusieurs différents profils de risque. Ces divers types de risque sont associés à des profils de compétences et de personnalités des gestionnaires de cas pour tenir compte de la nature des cas complexes et de leurs particularités

Normalisation de l'approche

Utilisation des cadres de gestion pour les cas complexes

Pratique 1	Pratique 2
Cadre établi	Aucun cadre

Prestation de gestion de l'invalidité

Structure d'équipe de gestion de l'invalidité

Équipe centrale	Membres de l'équipe	Gestionnaires de cas	Externe
<p>Une équipe centralisée spécialisée en gestion de l'invalidité et retour au travail, offrant un soutien aux gestionnaires de cas</p>	<p>Des membres spécifiques de l'équipe, spécialisés en gestion de l'invalidité pour le groupe de cas attribué à l'équipe</p>	<p>La responsabilité principale appartient aux gestionnaires de cas, qui peuvent utiliser les services de consultants externes</p>	<p>Les services de gestion de l'invalidité ne sont pas offerts à l'interne</p>

Source : Enquête SECOR

4. Le traitement des cas complexes

Une plus forte intensité à ce niveau au Québec

Le nombre de dossiers par gestionnaire est plus faible à la CSST que dans les autres organisations où des données comparables étaient disponibles

- C'est également à ce niveau que l'on retrouve, dans l'approche de la CSST, la concentration de ses ressources professionnelles
- L'Ontario possède maintenant un modèle d'intervention moins intensif pour les cas complexes par rapport aux cas courants (changements en 2008). La Colombie-Britannique a adopté une approche similaire à la CSST en consacrant un peu plus de temps par personne pour les cas complexes. Par contre, l'écart entre les deux types de cas est beaucoup moins prononcé qu'au Québec

Nombre de dossiers par gestionnaire au traitement des cas complexes

CAS COMPLEXES	Nombre de dossiers par intervenant
Québec	P4 : 55 – 60 P5 : 55-60 P6 : 45 P7 : 33
Ontario	85
Colombie-Britannique	65

Nombre de dossiers par gestionnaire au traitement des cas courants

CAS COURANTS	Nombre de dossiers par intervenant
Québec	P1 : 160 – 175 P2 : 75 – 80 P3 : 325 – 350
Ontario	30
Colombie-Britannique	79

Source : Enquête SECOR et CSST « charge cible »

4. Le traitement des cas complexes

Des particularités au niveau de la recherche d'emploi

Le régime québécois se distingue au niveau de la période de temps où une indemnisation de remplacement de revenu est offerte pour la recherche d'emploi

- Au Québec, cette période est d'une année complète alors qu'aucune autre organisation ou juridiction n'offre plus de 15 semaines. Sans compter que dans certaines juridictions, par exemple la Colombie-Britannique, des exigences de démarches de recherche d'emplois sont nécessaires (dans le cas de la CB, cinq démarches par jour)
- Comme nous le verrons plus loin, près de 80 % des individus concernés au Québec par ce volet du régime prennent le 12 mois complet d'indemnisation. Cette proportion est stable dans le temps et ne varie pas en fonction du dynamisme général du marché du travail à une année donnée au Québec

Programme de recherche d'emploi

Remplacement de revenu offert pendant la recherche d'emploi

Pratique 1 - Aucun	Pratique 2 - Courte période	Pratique 3 - Longue période
Aucun soutien à la recherche d'emploi après la réadaptation ou la nouvelle formation du travailleur	Soutien à la recherche d'emploi de courte durée, soit moins de 15 semaines	Soutien à la recherche d'emploi pour une période plus longue, allant jusqu'à un an dans certains cas
DE WA SL	ON NE SS C-B	QC SA

Source : Enquête SECOR

5. Les appels

Plus de contestations au Québec

Le nombre d'appels est plus élevé au Québec que dans les autres provinces analysées, que ce soit en termes absolus ou relatifs

- Les participants à l'étude ont rapporté des temps de traitement allant de 30 jours à plus d'une année pour les appels. Le Québec se situe dans la fourchette haute eut égard aux délais d'appel

Nombre d'appels¹

(En valeur absolue, en fonction du nombre de réclamations et en fonction du nombre de salariés couverts)

		Appels Externes		
		En nombre	En % du nombre de nouvelles réclamations avec perte de temps	Par millier de travailleurs assurés
Lieu	QC	27 404	33 %	7,6
	ON	3 894	5 %	0,8
	CB ²	4 224	7 %	2,0
	NE	834	10 %	2,5

Source : Enquête SECOR, CSST, Indicateur de gestion – Contestations par région, 2004 à 2008; L'Association des commissions des accidents du travail du Canada - Données financières et statistiques; Annual Report 2007 WSIB, WCAT Quarterly Report 2009, WorkSafeBC Review Division 2008, Workers' Compensation Appeals Tribunal – Nova Scotia Annual Report March 2009, Statistique Canada, Enquête sur la population active (EPA)

Note: 1- Le nombre d'appels viennent de l'année 2008 pour QC, 2007 pour ON, 2009 pour CB et 2008 / 2009 pour NE
2- Le nombre d'appels pour CB est le nombre de décisions fait, pas le nombre d'appels reçus

5. Les appels

Certains efforts ailleurs pour réduire les délais

La résolution des appels peut être un processus qui demande beaucoup de temps en raison des nombreuses étapes requises pour l'examen des informations, l'évaluation des circonstances particulières et la prise de décision

- De longs délais de traitement des appels peuvent accroître sensiblement les coûts d'un cas, particulièrement si l'admissibilité ou le retour au travail sont en cause. Pour les cas où le retour au travail fait l'objet du litige, certaines organisations ont prévu des processus accélérés, améliorant ainsi la résolution des cas
- La numérisation des dossiers permet d'atténuer légèrement ces délais. Certaines organisations explorent d'autres options technologiques pour réduire encore davantage ces délais

Traitement accéléré des appels

(Présence ou absence de traitements accélérés des appels)

Procédure 1	Procédure 2
Présence de traitement accéléré des appels	Absence de traitement accéléré des appels
ON CB SA	DE SS QC NE WA SL

Source : Enquête SECOR

Sommaire de l'analyse de l'évolution des cadres

Plusieurs organisations ont déployé des efforts importants au cours des dernières années afin de diminuer la durée de la période d'indemnisation et accélérer le retour actif des personnes accidentées. Parmi les principaux axes d'intervention de ces organisations, on retrouve :

- Une gestion plus hâtive des dossiers
- Un accès plus rapide aux soins de santé
- Un accent accru sur les efforts de retour au travail

Les organisations qui ont affiché la meilleure performance en terme d'évolution de la durée moyenne d'une réclamation ont travaillé sur plus d'un levier et ont mobilisé l'organisation autour d'objectifs directement ou indirectement reliés à cette cible

Plus globalement, les grands constats de l'analyse de l'évolution des cadres d'intervention sont les suivants :

- L'accent est de plus en plus mis sur le retour au travail, ce que la plupart des participants reconnaissent comme étant l'une de leurs principales responsabilités à titre de fournisseurs d'assurance invalidité
- Le traitement initial des réclamations, qui comprend la détermination de l'admissibilité, fait l'objet d'une spécialisation et d'une centralisation afin d'améliorer l'efficacité et l'efficacé de cette étape cruciale du traitement des demandes
- Les organisations investissent de plus en plus dans la technologie afin de faciliter le partage d'information, d'intégrer les meilleures pratiques et d'offrir des outils de pointe aux gestionnaires de cas
- Des cadres de gestion de cas fondés sur les meilleures pratiques de traitement de l'invalidité sont définis et mis en œuvre afin de veiller à ce que le traitement des cas soit uniforme et de grande qualité
- Les organisations cherchent à améliorer l'uniformité, la fréquence et la rapidité des communications entre toutes les parties, afin de repérer les obstacles non médicaux et de mieux gérer les cas tout au long de leur cycle de vie
- Les organisations ont mis au point de nouvelles méthodes visant à faire intervenir divers intervenants externes, incluant les médecins traitants, dans le processus de retour au travail, que ce soit par des mesures incitatives ou encore par la création de groupes de partenaires responsables d'activités éducatives et de sensibilisation
- Les participants veulent améliorer l'accès aux soins de santé afin de s'assurer que les travailleurs blessés reçoivent rapidement le traitement médical approprié

Les sections suivantes permettent de voir quelles sont les mesures d'amélioration qui sont déjà réalisées ou considérées par la CSST, de même que celles qui devraient être ajoutées au plan d'optimisation et de gestion de la chronicité

Partie 4 : Analyse détaillée des coûts à la CSST



Partie 4 : Analyse détaillée des coûts à la CSST

Objectif

- L'objectif de la partie 4 est d'analyser l'évolution des coûts de la réparation à la CSST sur les cinq à dix dernières années afin de cerner les zones de coûts les plus importantes et celles qui évoluent le plus rapidement
- Pour atteindre cet objectif, une étude approfondie a été menée sur les divers segments de coûts d'IRR, de coûts d'assistance médicale et de frais de réadaptation
- Cette quatrième partie est donc basée sur les données internes de la CSST telles qu'utilisées pour l'élaboration des états financiers annuels de l'organisation

Contenu

- Examen approfondi des moteurs clés des coûts de la réparation
- Analyse de l'évolution des coûts par cas

Les moteurs clés des coûts de la réparation

Pour mieux comprendre le niveau et l'évolution des coûts du programme de réparation, il y a lieu de s'attarder au profil de chacun des trois grands moteurs clés des coûts

MOTEURS CLÉS DES COÛTS :

IRR

- Coûts des indemnités de remplacement de revenu lorsque le travailleur n'est plus au travail

Coûts d'assistance médicale

- Coûts de tous les services médicaux fournis au travailleur ayant subi une lésion professionnelle

Frais de readaptation

- Frais des services de réadaptation sociale et (ou) professionnelle fournis au travailleur ayant subi une lésion professionnelle

L'évolution des coûts de la réparation

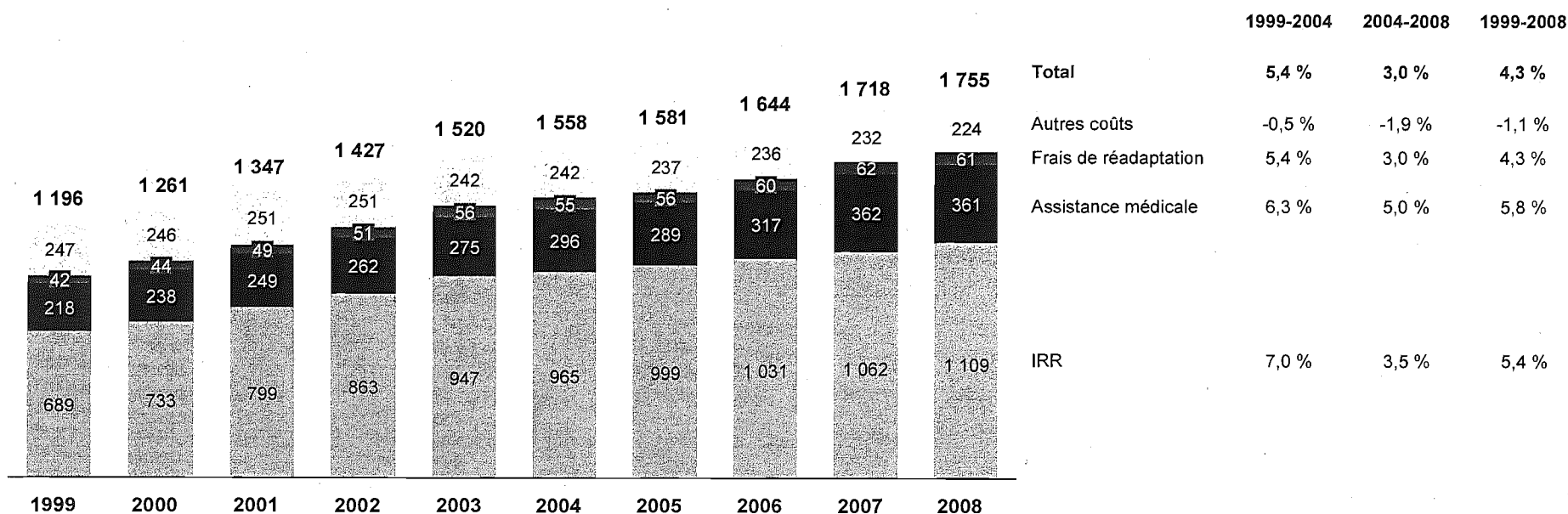
Les prestations versées dans le cadre du programme de réparation ont augmenté à un rythme annuel de 4,3 % au cours des 10 dernières années, mais à un rythme un peu plus lent depuis 2004

- Parmi les principaux coûts de réparation, on retrouve :
 - Les indemnités de remplacement de revenu (IRR) : le plus important segment représentant 63 % des coûts totaux
 - Les frais d'assistance médicale, représentant 21 % des coûts de la réparation
 - Et les frais de réadaptation, représentant 3 % des coûts de réparation
- Les frais d'assistance médicale ont progressé le plus rapidement sur la période 1999-2008

Coûts du programme de réparation

(millions de dollars, de 1999 à 2008)

TCAC 1999-2008



Source : Prestations versées pour les programmes de réparation (dépense), D.C.G.I., CSST

Partie 4 : Analyse détaillée des coûts à la CSST

Analyse de l'évolution des coûts d'IRR

Analyse de l'évolution des coûts d'assistance médicale

Analyse de l'évolution des frais de réadaptation

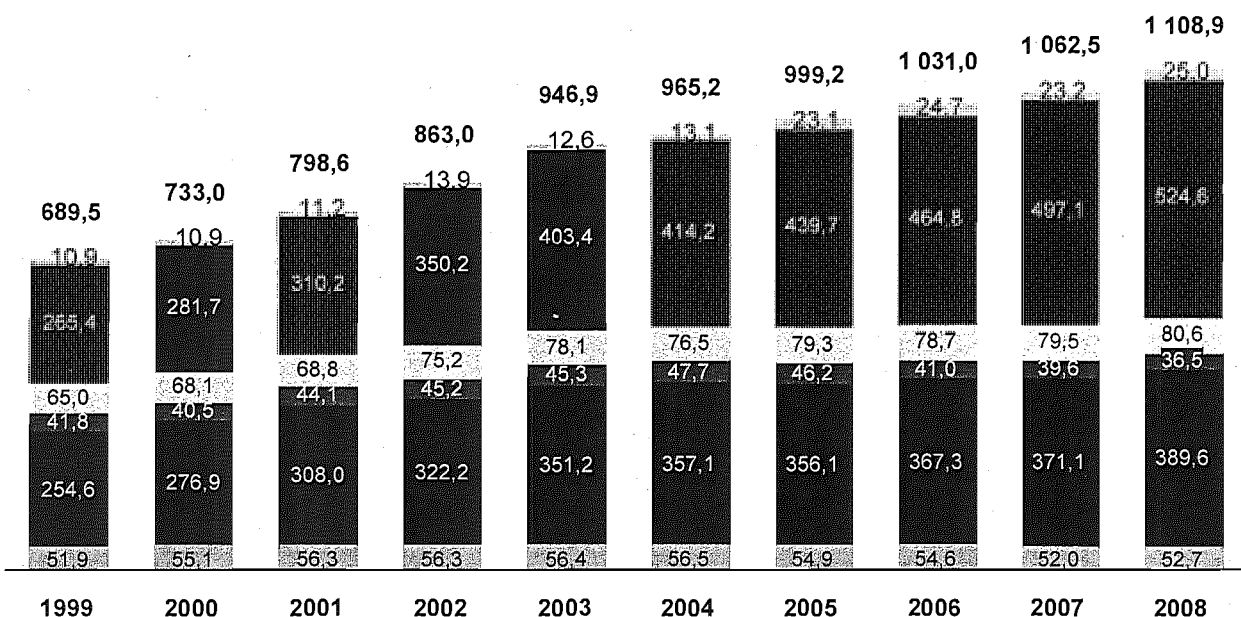
Les coûts d'IRR ont augmenté rapidement sur la période 1999-2004, mais à un rythme plus ralenti depuis 2004

Les coûts d'IRR ont augmenté à un rythme annuel de 7,0 % entre 1999 et 2004, par rapport à 3,5 % entre 2004 et 2008

- Le ralentissement sur la période plus récente concerne toutes les grandes composantes d'IRR (sauf la catégorie Autres)
 - Par contre, la croissance est demeurée plus forte pour les IRR en post-réadaptation (7,9 % sur l'ensemble de la période et 6,1 % sur la période plus récente)

Coûts d'IRR

(en millions, de 1999 à 2008)



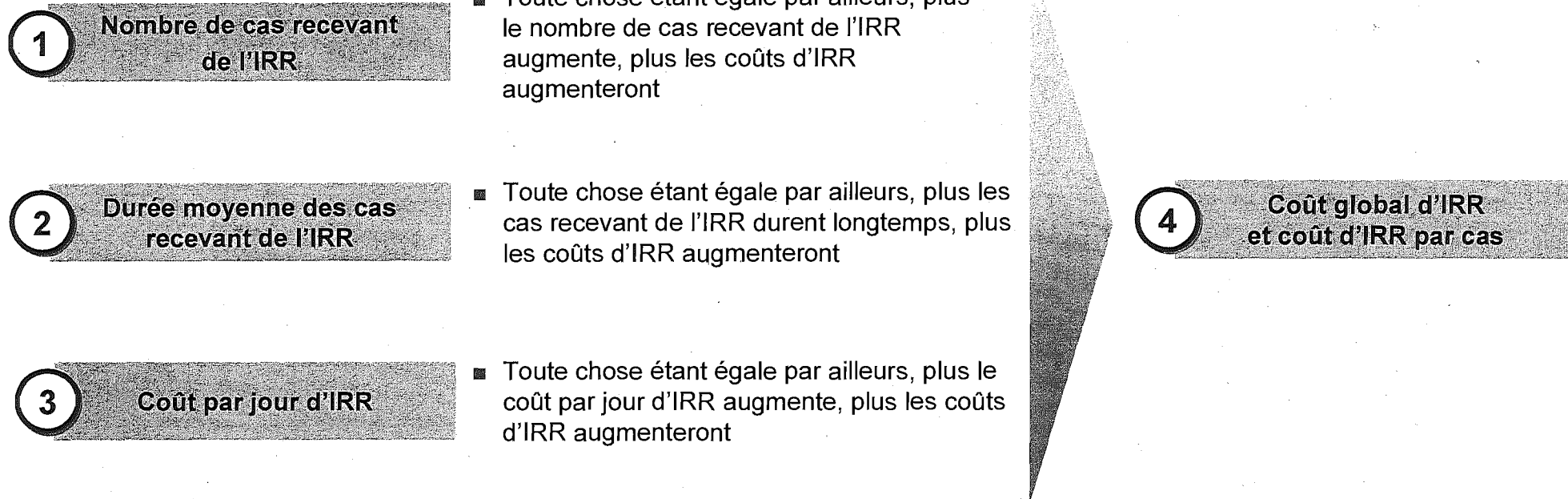
TCAC 1999-2008

	1999-2004	2004-2008	1999-2008
Total	7,0 %	3,5 %	5,4 %
Autres IRR et incapacité totale temporaire	3,8 %	17,5 %	9,7 %
Post-réadaptation	9,3 %	6,1 %	7,9 %
Réadaptation	3,3 %	1,3 %	2,4 %
Post-consolidation	2,7 %	-6,5 %	-1,5 %
Consolidation	7,0 %	2,2 %	4,8 %
14 premiers jours payés par l'employeur	1,7 %	-1,7 %	0,2 %

Source : Prestations versées pour les programmes de réparation (dépense), D.C.G.I., CSST

Les facteurs clés des coûts d'IRR

L'évolution des coûts d'IRR est liée à trois facteurs clés



Ces quatre points sont examinés plus en détail dans les pages suivantes

1. Nombre de cas

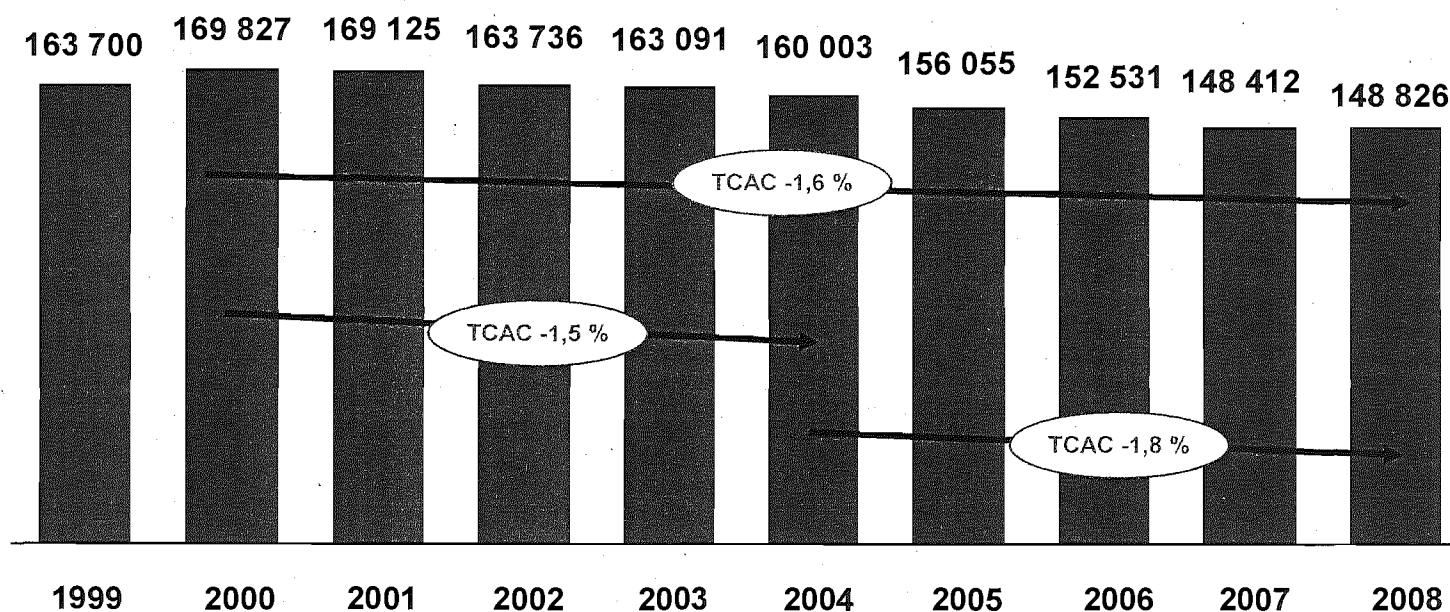
Une tendance à la baisse depuis 2000

Le nombre de cas recevant de l'IRR est passé de 163 700 en 1999 à 148 826 en 2008

- Depuis 2000, le nombre de cas recevant de l'IRR a diminué de 12,4 % ou 1,6 % en moyenne par année
- Cette diminution est assez continue quoiqu'à un rythme un peu plus élevé depuis 2004

Nombre de cas recevant de l'IRR

(nombre de cas, de 1999 à 2008)



Source : Prestations versées pour les programmes de réparation (nombre), D.C.G.I., CSST

1. Nombre de cas

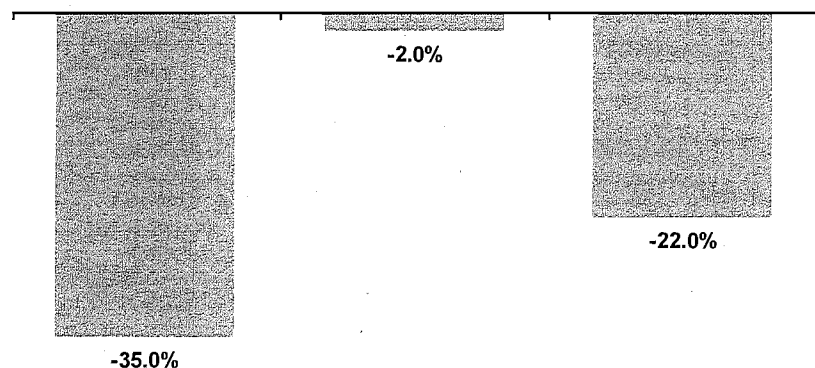
La diminution des cas de court terme a été plus forte

Les cas avec IRR de 90 jours et moins ont diminué de 35 % sur la période 2000-2008 (soit l'équivalent de -3,8 % par année), passant de 106 212 événements en 2000 à 69 041 en 2008

- Alors que le nombre de cas de 91 jours et plus est demeuré pratiquement inchangé sur la période 2000-2008
- L'évolution est beaucoup moins contrastée sur la période 2004-2008, mais les cas d'IRR de 91 jours et plus diminuent tout même beaucoup moins rapidement

Variation des événements inscrits de 2000-2008 avec « IRR »
(Selon les événements inscrits à chaque année, variation en % sur la période 2000-2008)

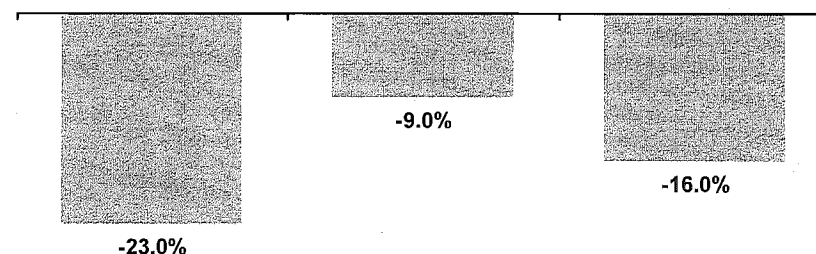
2000-2008



Événements avec IRR de 90 jours et moins Événements avec IRR de 91 jours et plus Événements inscrits

Variation des événements inscrits de 2004-2008 avec « IRR »
(Selon les événements inscrits à chaque année, variation en % sur la période 2004-2008)

2004-2008



Événements avec IRR de 90 jours et moins Événements avec IRR de 91 jours et plus Événements inscrits

Source : Service de la statistique DCGI, 18 janvier 2010

1. Nombre de cas

Les cas de long terme se stabilisent depuis 2003-2005

Le nombre de bénéficiaires d'IRR pour de longues périodes d'indemnisation (18 mois et plus) a été en hausse continue avant 2003-2005

- Soit un profil différent des cas de court terme qui sont en baisse constante
- Depuis 2003-2005, le nombre de cas de plus long terme a cessé d'augmenter, mais leur poids relatif dans l'ensemble des cas recevant de l'IRR augmente et exerce par le fait même des pressions à la hausse sur la durée moyenne d'IRR

Évolution du nombre de bénéficiaires d'IRR par durée d'indemnisation

(analyse par cohorte et par durée d'indemnisation)

BÉNÉFICIAIRES D'IRR					
Analyse par cohorte et par durée d'indemnisation					
	Une journée	18 mois	30 mois	42 mois	54 mois
1999	116 000	4 490	3 543	3 034	2 719
2000	118 000	4 942	3 835	3 270	2 936
2001	111 000	5 063	3 897	3 385	2 994
2002	109 000	5 238	4 005	3 383	3 040
2003	105 000	5 311	4 106	3 502	3 123
2004	102 000	5 112	4 046	3 426	3 017
2005	97 000	5 342	4 098	3 510	
2006	92 000	5 281	4 114		
2007	85 000	5 002			
2008	82 000				

Source : Service d'actuariat, Consultation sur la tarification 2010, mai 2009

2. Durée moyenne

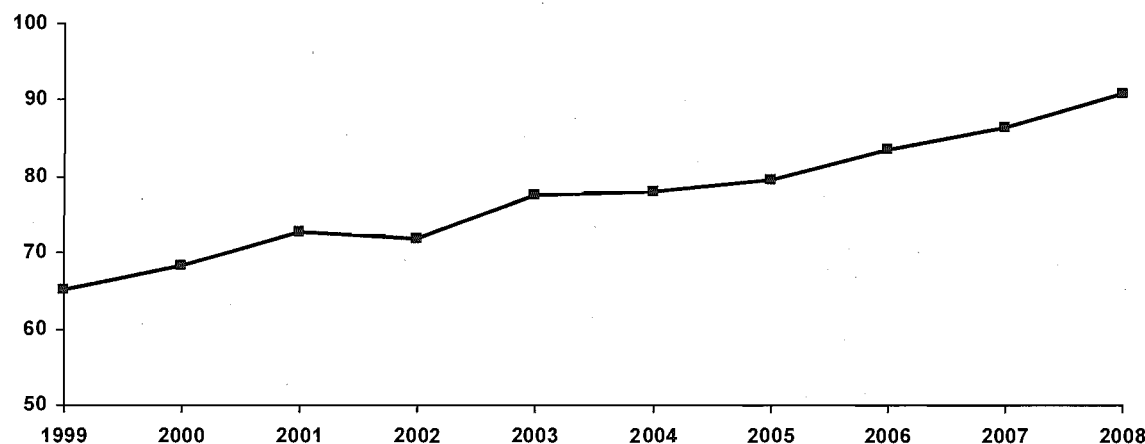
La durée moyenne des cas augmente

La baisse des cas de court terme et le poids relatif plus important des cas de long terme conduit à une durée moyenne plus élevée

- Tel que discuté précédemment, le Québec s'est démarqué au cours des dernières années par son augmentation continue de la durée moyenne des cas
- Selon la méthode de mesure de l'ACATC, la moyenne composite des cas de la CSST était de 65 jours en 1999 et elle atteignait 91 jours en 2008

Durée moyenne composite des cas selon la méthode de l'ACTAC*

(nombres de jours, de 1999 à 2008)



Durée des cas				
Jurisdiction	1999	2008	Change-ment	TCAC
QC	65	91	26	3,7 %

Source : L'Association des commissions des accidents du travail du Canada

* Note: Cette mesure représente le nombre moyen de jours d'IRR payé pour les cas de courte durée, soit pour les cinq premières années de vie de la réclamation. Elle n'inclut pas les cas de long terme.

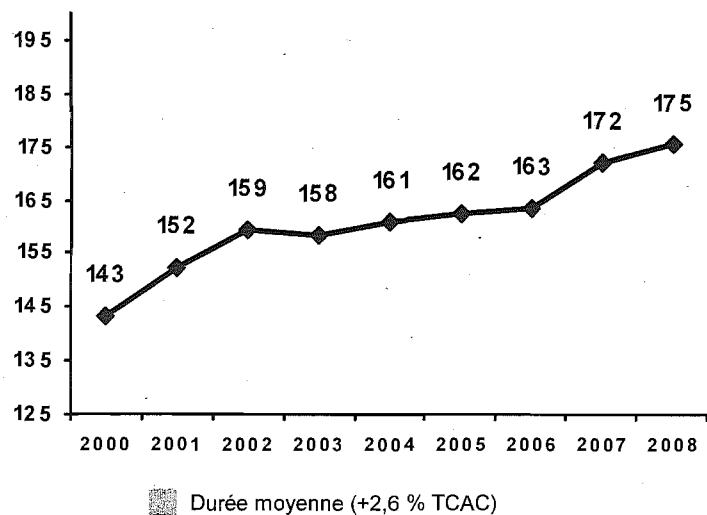
2. Durée moyenne

En raison surtout de la période de consolidation médicale

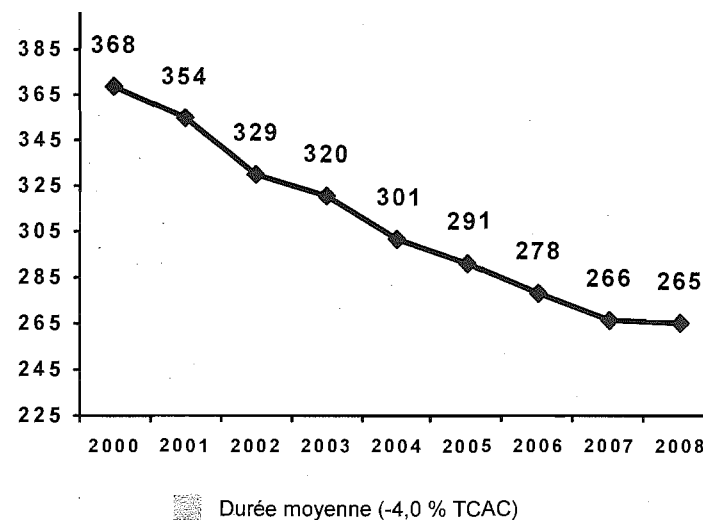
Le délai moyen de la période de consolidation médicale est passé de 143 jours en 2000 à 175 jours en 2008, soit une hausse de la durée moyenne de 22,4 % sur la période ou 2,6 % par année

- En phase de réadaptation, la durée moyenne a baissé, passant de 368 à 265 jours, soit une baisse de 28 % sur la période ou -4,0 % par année

Durée moyenne de cas qui sont consolidés durant l'année
(durée en jours; 2000-2008)



Durée moyenne des cas qui sont fermés durant l'année entre la consolidation et la fin de la réadaptation
(durée en jours; 2000-2008)



Sources : Délais NIR & RIGOR; Réparation, D.C.G.I., CSST

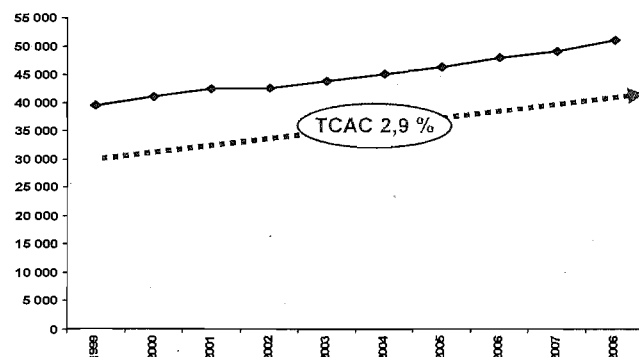
3. Coût par jour

Une hausse en ligne avec le revenu net

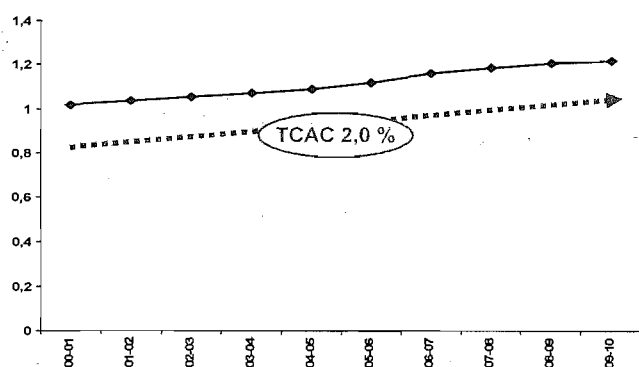
Depuis 1999, l'augmentation du coût moyen d'IRR par jour a crû à un rythme annuel de 2,9 % par année, soit une évolution similaire à celle du revenu personnel disponible par travailleur au Québec qui a progressé aussi de 2,9 % par année

- Rappelons que l'indemnisation versée est en fonction du revenu net et les niveaux d'IRR doivent par le fait même être augmentés lorsque les niveaux de taxation sont diminués, ce qui a été le cas au cours des dernières années). Le revenu net a ainsi progressé un peu plus rapidement que le salaire cotisable ou l'inflation (2,0 %)

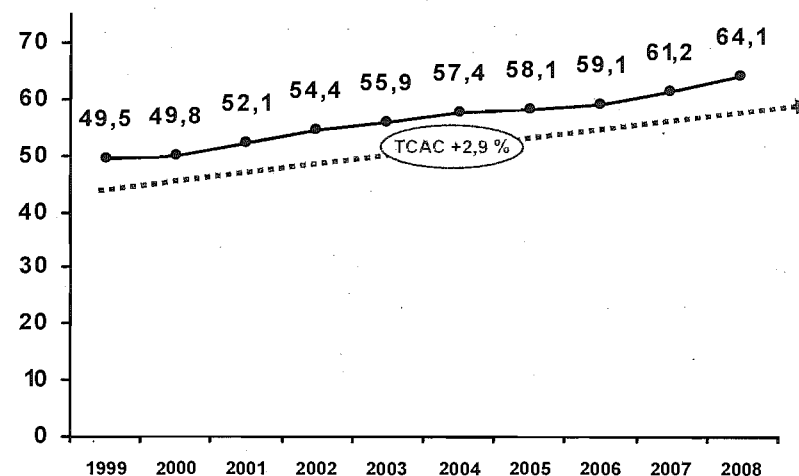
Augmentation du revenu personnel disponible
(\$; de 1999 à 2008)



Augmentation du salaire moyen cotisable
(%; de 2000 à 2010)



IRR par cas par jour
(dollars 1999-2008)



Sources : Augmentation du salaire moyen cotisable, Direction de l'actuariat et de l'expertise en financement, CSST, Statistique Canada. Tableau 384-0013, Base d'indemnité quotidienne, D.C.G.I, CSST, Statistique Canada, comptes nationaux et EPA

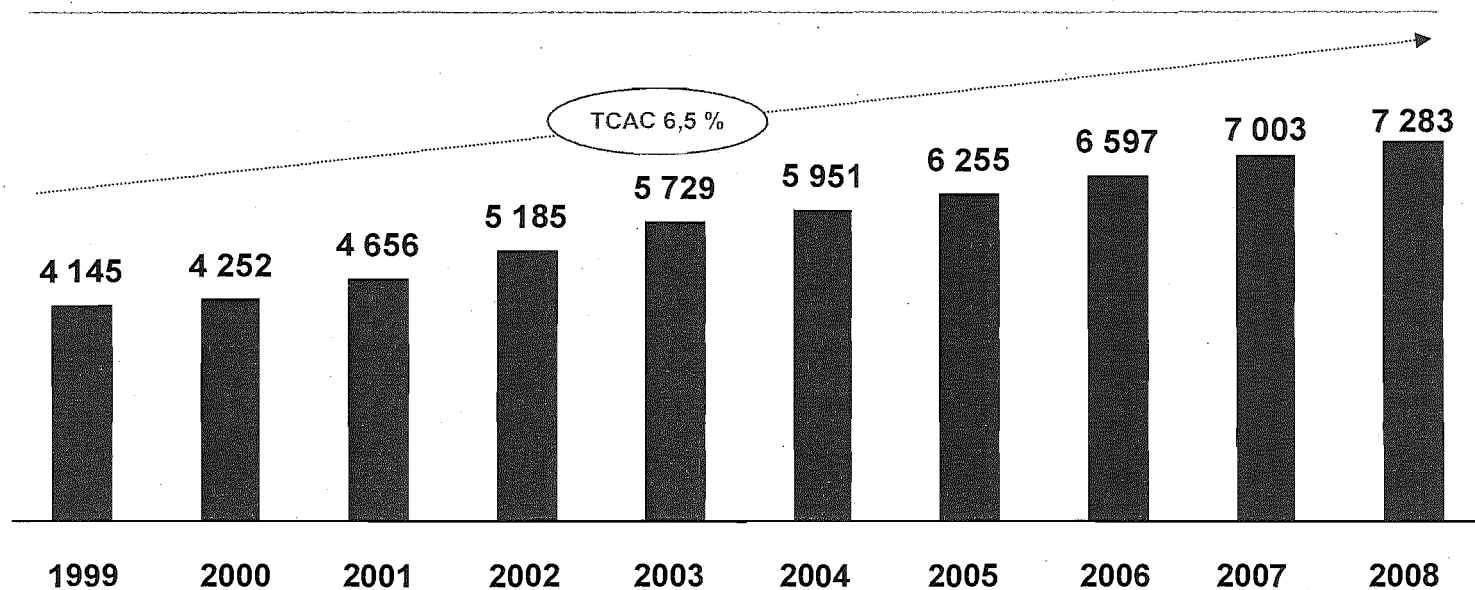
4. Coût global et coût par cas

Les coûts d'IRR par cas impactés par la hausse de la durée

La combinaison d'une durée moyenne de jours d'IRR plus longue et d'un coût par jour plus élevé se traduisent par une hausse du coût par cas (soit une croissance de 6,5 % par année sur la période 1999-2008)

- En 2008, le coût d'IRR moyen d'un dossier était de 7 283 \$
- Le rythme de croissance a toutefois diminué depuis 2004

Coûts d'IRR par cas*
(dollars, 1999 à 2008)



% augmentation – coûts par cas		2,6 %	9,5 %	11,4 %	10,5 %	3,9 %	5,1 %	5,5 %	6,1 %	4,0 %	
Nbre de cas recevant de l'IRR	163 700	169 827	169 125	163 736	163 091	160 003	156 055	152 531	148 412	148 826	TCAC: -1,1 %

Source : Prestations versées pour les programmes de réparation (dépense et nombre), D.C.G.I., CSST

* Note : le coût par cas ne comprend pas les cas recevant « autre IRR » ou ITT.

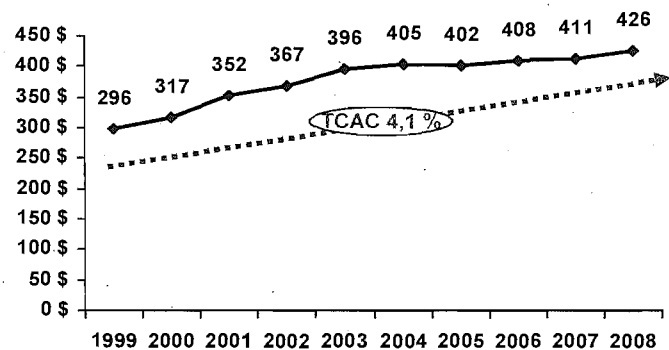
4. Coût global et coût par cas

En conso / post-conso, effet atténuant du nombre de cas

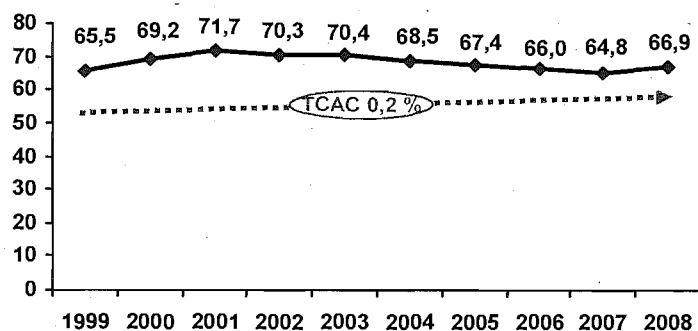
L'augmentation des coûts globaux d'IRR en consolidation / post-consolidation, soit 4,1 % par année, est atténuée par le fait que le nombre de dossiers est resté stable sur la période

- Ainsi, les coûts moyens par cas en période de consolidation / post-consolidation ont augmenté à un rythme annuel de 3,9 % par année depuis 1999 pour se situer à 6 365 \$ en 2008
- Mais un rythme de croissance plus faible depuis 2004 sur les trois dimensions

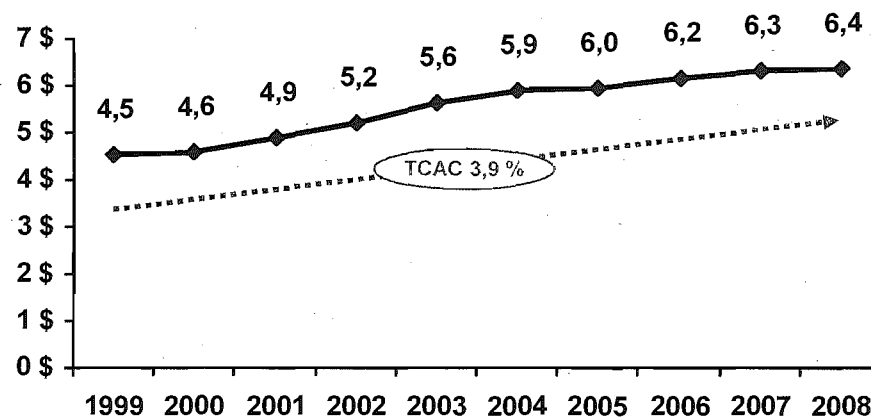
Coûts d'IRR en consolidation / post-consolidation
(millions de dollars; 1999-2008)



Nombre de cas recevant de l'IRR en consolidation / post-consolidation
(milliers de cas; 1999-2008)



Coûts de consolidation / post-consolidation par cas
(milliers; 1999-2008)



Source : Prestations versées pour les programmes de réparation (dépense & nombre), D.C.G.I., CSST

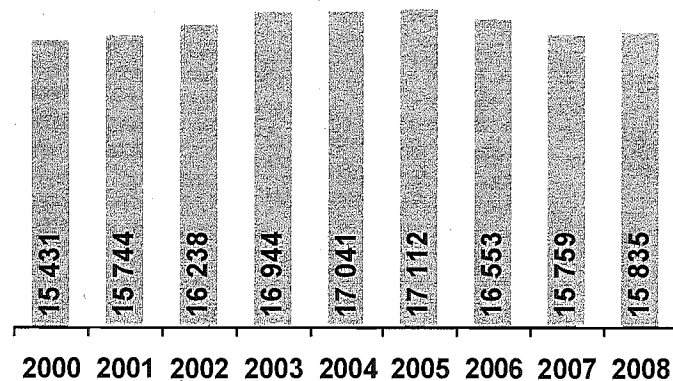
4. Coût global et coût par cas

Un niveau d'inventaire de cas à la baisse depuis 2004

Le nombre de cas en consolidation et en réadaptation en fin d'année s'est accru au début des années 2000, puis s'est mis à décroître à compter de 2004-2005 à un rythme de près de 2,0 % par année

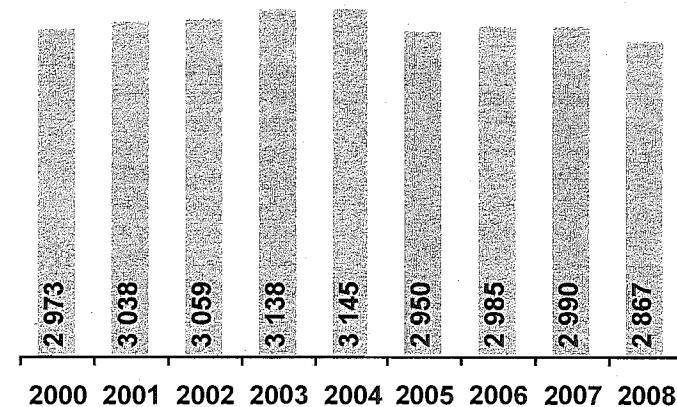
- Le profil des cas est un peu plus favorable du côté de la réadaptation : la hausse sur la période 2000-2004 a été plus faible et la baisse sur la période 2004-2008 plus prononcée

Nombre de cas en consolidation à la fin de la période
(nombre; 2000-2008)



	TCAC	2000 - 2004	2004-2008	2000-2008
Nombre de cas		2,5%	-1,8%	0,3%

Dossiers en réadaptation à la fin de la période
(nombre; 2000-2008)



	TCAC	2000 - 2004	2004-2008	2000-2008
Nombre de cas		1,4%	-2,3%	-0,5%

Sources: Réparation, D.C.G.I., CSST

4. Coût global et coût par cas

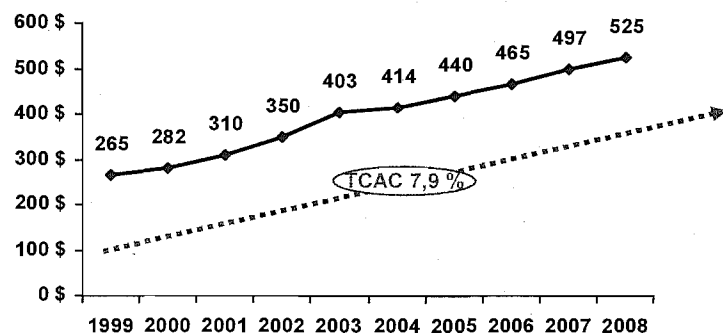
En post-réadaptation, une évolution moins favorable

La progression du coût par cas est similaire à celle de la conso / post-conso, mais le coût global augmente plus rapidement en raison de la croissance du nombre de cas

- Ainsi, les coûts d'IRR par cas en post-réadaptation augmentent à un rythme de 3,3 % par an depuis 1999 pour se situer à 12 504 \$ en 2008, mais les coûts totaux ont augmenté à un taux annuel de 7,9 %
- Le rythme de croissance des cas de post-réadapt a diminué légèrement depuis 2004, mais la diminution absolue de ces cas est étroitement associée à la maturité des cas (qui est liée à l'âge des bénéficiaires d'IRR)

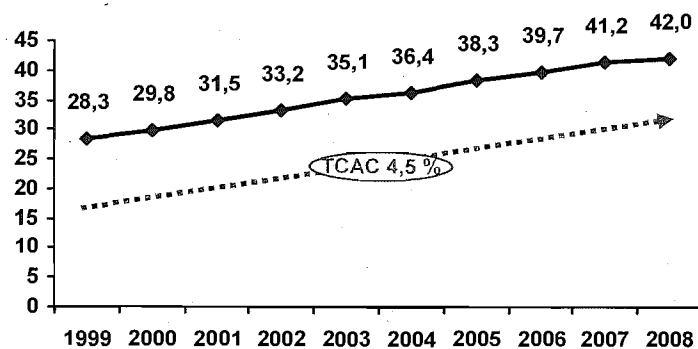
Coûts d'IRR en post-réadaptation

(millions de dollars; 1999-2008)



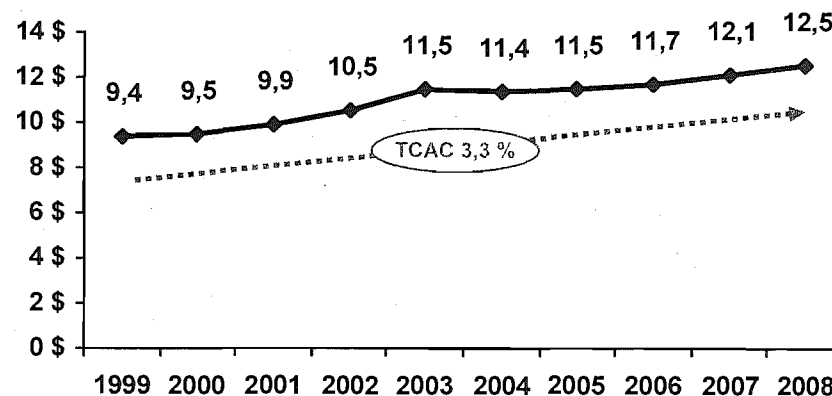
Nombre de cas recevant de l'IRR en post-réadaptation

(milliers de cas; 1999-2008)



Coûts de post-réadaptation par cas

(milliers; 1999-2008)



Source : Prestations versées pour les programmes de réparation (dépense & nombre), D.C.G.I., CSST

4. Coût global et coût par cas

Un recul de l'IRR court terme mais peu pour l'IRR long terme

Depuis 2004, l'expérience des cas amène une revue à la baisse des débours prévus pour l'IRR court terme de chacune des années de lésion

- Par exemple, pour les lésions survenues en 2004, on prévoyait lors de cette même année que les débours actualisés d'IRR court terme s'élèveraient à 530,7 M\$. En 2008, on évaluait que les débours se chiffrent alors à 508,6 M\$ pour la même cohorte de lésions. Cette baisse de 30 M\$ équivaut à environ 3 cents du 100 \$ assurable
- Du côté de l'IRR long terme, l'amélioration est plus récente puisqu'elle n'est observable que depuis 2007. Elle reste à être confirmée et elle est également liée à la maturité des cas bénéficiant d'IRR (voir page précédente)

Évolution des coûts et des débours observés actualisés

(selon l'expérience de la période 2004-2008)

Coûts au 1 ^{er} juillet de chaque année de lésion		2004	2005	2006	2007
États financiers 2004	IRR court terme	530,7			
	IRR long terme	372,4			
États financiers 2005	IRR court terme	516,7	532,8		
	IRR long terme	383,4	390,1		
États financiers 2006	IRR court terme	511,9	525,1	541,9	
	IRR long terme	384,9	402,5	400,4	
États financiers 2007	IRR court terme	509,7	515,0	533,5	542,2
	IRR long terme	387,1	410,5	413,8	430,4
États financiers 2008	IRR court terme	508,6	526,4	531,0	531,9
	IRR long terme	373,0	391,5	394,6	411,8

Source : Service d'actuariat, Consultation sur la tarification 2010, mai 2009

Partie 4 : Analyse détaillée des coûts à la CSST

Analyse de l'évolution des coûts d'IRR

Analyse de l'évolution des coûts d'assistance médicale

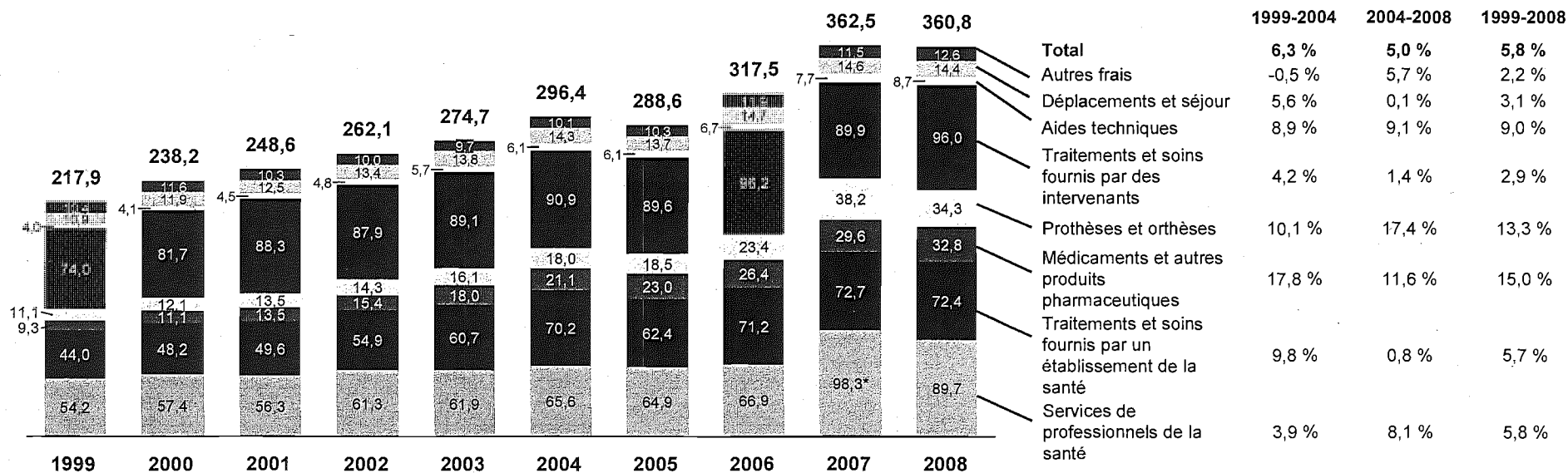
Analyse de l'évolution des frais de réadaptation

Les coûts d'assistance médicale ont crû plus rapidement

Comme dans la majorité des autres organismes, les coûts d'assistance médicale constituent l'une des composantes qui progresse le plus rapidement. Les coûts d'assistance médicale ont ainsi augmenté à un rythme annuel de 5,8 % depuis 1999, soit plus que l'IRR et les frais de réadapt.

- Les deux segments les plus importants sont :
 - « Traitements et soins fournis par les intervenants de la santé », 27 % du total, croissant à un rythme annuel de 2,9 %
 - « Services de professionnels de la santé », 25 % du total, croissant à un rythme annuel de 5,8 %
- Les deux segments ayant connu les plus fortes croissances annuelles sont :
 - « Prothèses et orthèses », à un rythme annuel de 13,3 %, et plus particulièrement depuis 2005 avec l'arrivée des nouveaux appareils auditifs
 - « Médicaments et autres produits pharmaceutiques », à un rythme annuel de 15 %

Coûts d'assistance médicale
(millions de dollars, de 1999 à 2008)



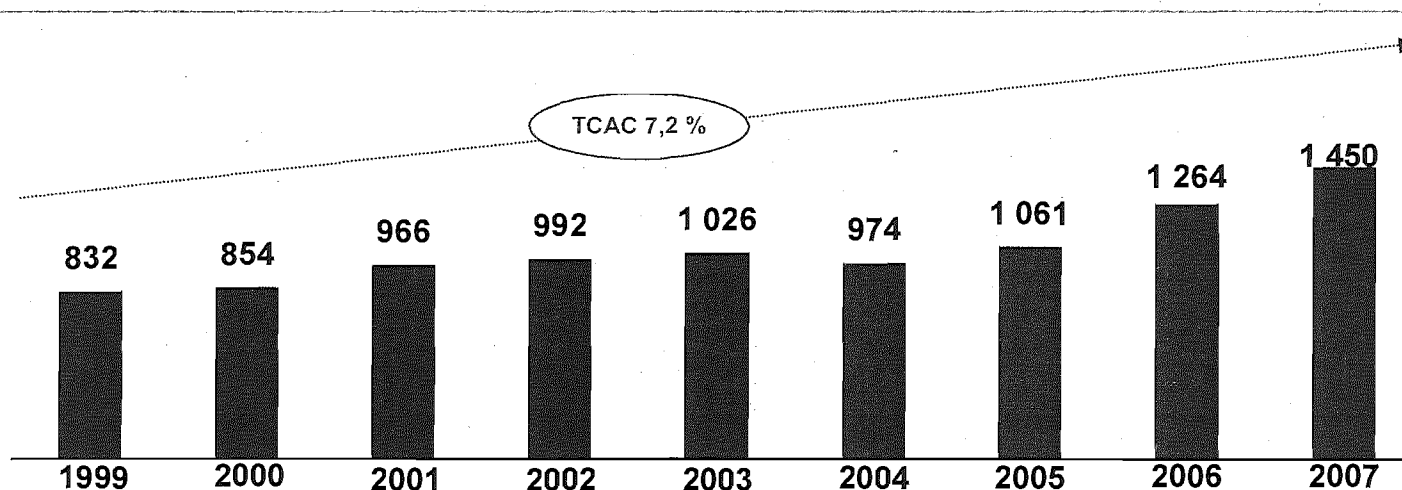
•Note : D'importants réajustements des frais de services de professionnels de la santé ont été faits pour 2007 et 2008. Sans ces réajustements, ces coûts en 2008 seraient d'environ 75 M\$. Avec ce montant, le TCAC des services de professionnels de la santé serait de 3,7 % et celui du total des frais d'assistance médicale de 5,3 %.

Et le coût moyen par cas encore plus rapidement

Le coût moyen d'assistance médicale par cas est passé de 832 \$ en 1999 à 1 450 \$ en 2008

- Les coûts ont augmenté alors que le nombre de dossiers recevant de l'assistance médicale a légèrement diminué, générant une croissance de coût moyen par cas de 7,2 % par année depuis 1999
- Rappelons par contre que le coût unitaire par réclamation des frais de santé et de réadaptation demeurait plus faible au Québec qu'en Alberta ou en Colombie-Britannique (aucune donnée comparable pour l'Ontario et impossible de distinguer entre les frais de santé et ceux de réadaptation)

Coûts d'assistance médicale par cas*
(dollars, 1999 à 2007)



% augmentation – coûts par cas		2,7 %	13,0 %	2,7 %	3,5 %	-5,1 %	8,9 %	19,2 %	14,7 %	
Nbre de cas recevant de l'assistance médicale	261 985	278 734	257 458	264 288	267 780	304 269	272 024	251 090	249 988	TCAC: -0,6 %

Source : Prestations versées pour les programmes de réparation (dépense et nombre), D.C.G.I., CSST

* Note : Coûts par cas exclus 2008, puisque le nombre de cas n'est pas comparable à celui des autres années du fait des opérations d'ajustement rétroactifs des frais de RAMQ.

Partie 4 : Analyse détaillée des coûts à la CSST

Analyse de l'évolution des coûts d'IRR

Analyse de l'évolution des coûts d'assistance médicale

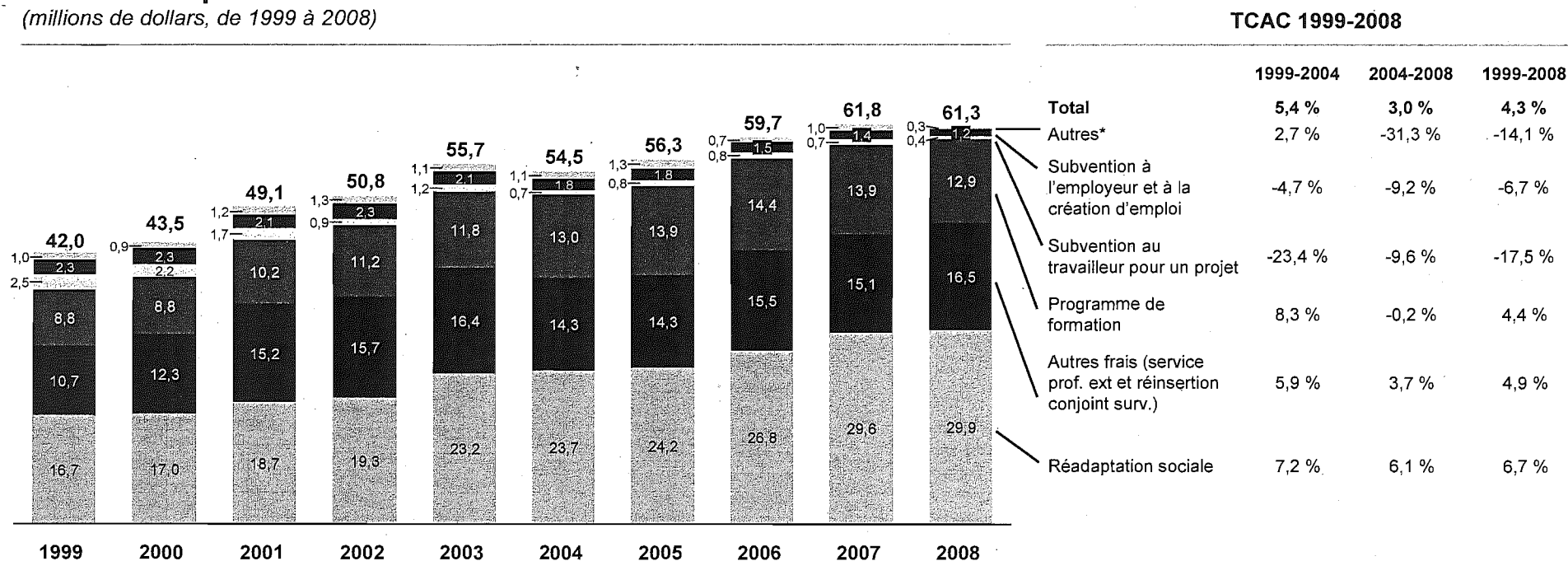
Analyse de l'évolution des frais de réadaptation

Les frais de réadaptation enregistre une hausse plus faible

Les frais de réadaptation ont augmenté à un rythme de 4,3 % par an depuis 1999, soit moins que l'IRR et les coûts d'assistance médicale

- Les segments d'importance sont :
 - « Réadaptation sociale », représentant 49 % du total des frais et croissant à un rythme annuel de 6,7 %
 - « Autres frais (service prof.ext et réinsertion conjoint surv.) », représentant 27 % du total et croissant à un rythme annuel de 4,9 %
 - « Programmes de formation », représentant 21 % du total et croissant à un rythme annuel de 4,4 %
- Les mesures spécifiques de retour au travail sont moins utilisées depuis 2004 (formation et subventions)

Frais de réadaptation
(millions de dollars, de 1999 à 2008)



Source : Prestations versées pour les programmes de réparation (dépense et nombre), D.C.G.I., CSST

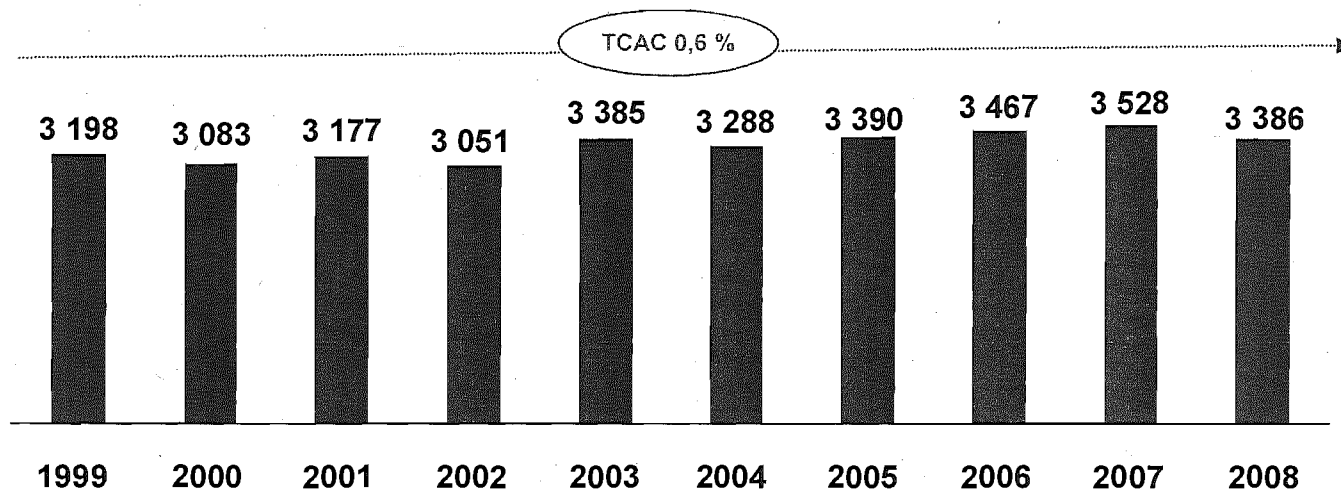
* « Autres » comprend « adaptation d'un poste de travail », « mobilité professionnelle » et le « programme de recyclage professionnel ».

Et encore moins au niveau du coût par cas

Le coût par cas est resté relativement stable, passant de 3 198 \$ à 3 386 \$ entre 1999 et 2008

- En fait, le nombre de cas recevant des services de réadaptation a augmenté (+3,6 %) à un rythme annuel comparable à celui des frais de réadaptation (+4,3 %)
- À noter que le nombre de cas recevant des services de réadaptation est en progression, alors que les cas recevant de l'IRR sont à la baisse (-1,1%) et les cas recevant de l'assistance médicale sont stables (-0,6%)

Frais de réadaptation par cas
(dollars, 1999 à 2008)



% augmentation – frais par cas		-3,6 %	3,0 %	-4,0 %	10,9 %	-2,9 %	3,1 %	2,3 %	1,7 %	-4,0 %	
Nbre de cas recevant des services de réadaptation	13 118	14 124	15 457	16 655	16 457	16 587	16 601	17 216	17 507	18 100	TCAC: 3,6 %

Source: Prestations versées pour les programmes de réparation (dépense et nombre), D.C.G.I., CSST

Sommaire de l'analyse de l'évolution des coûts

Les coûts de la réparation ont progressé à un rythme de 4,3 % par année depuis 1999

- Les coûts d'assistance médicale ont affiché la croissance la plus importante suivis de l'IRR puis des frais de réadaptation
- Mais dans tous les cas, on observe un ralentissement de la croissance des coûts depuis 2004, particulièrement marquée du côté de l'IRR

Du côté des coûts d'IRR, c'est l'augmentation de la durée moyenne des cas qui explique principalement la progression des coûts

- Plus particulièrement, la durée moyenne à la consolidation médicale puisque la durée de la réadaptation baisse
- Le nombre de cas recevant de l'IRR est en recul, de même que l'inventaire de dossiers en fin d'année, autant à la consolidation médicale qu'à la réadaptation
- Mais la réduction des dossiers d'IRR est plus forte dans les cas de très court terme et le poids relatif des cas de plus long terme augmente, ce qui alimentent la durée moyenne des cas
- On assiste néanmoins à une réduction des coûts d'IRR court terme sur la base de l'expérience actuarielle
- Le profil de l'IRR long terme ne s'est toutefois pas encore inscrit en baisse

Les coûts d'assistance médicale progressent plus rapidement que les autres composantes

- Notamment les coûts unitaires par cas alors que le nombre de cas recevant de l'assistance reste relativement stable
- Ces coûts unitaires demeurent toutefois plus faibles que ceux observés en Alberta et en C-B

Enfin, pour les frais de réadaptation, les coûts augmentent environ au même rythme que le nombre de cas recevant ce type de soutien

- Les frais moyens par cas sont par conséquent stables depuis quelques années

L'analyse des principaux enjeux et défis organisationnels de la CSST, des éléments qui se retrouvent au cœur du plan d'action et des pistes d'amélioration proposées, se retrouve dans la section suivante

Partie 5 : Principaux défis opérationnels de la CSST



Partie 5 : Principaux défis opérationnels de la CSST

Objectif

- L'objectif de la partie 5 est d'entrer plus en profondeur dans le processus de gestion des dossiers de la réparation de la CSST afin de cerner les principaux défis opérationnels de l'organisation en terme de gestion et prévention de la chronicité
- Pour atteindre cet objectif, une analyse fine des différentes données et des principaux indicateurs de gestion de la CSST a été entreprise. Une tournée de certaines directions régionales a aussi été effectuée afin de valider sur le terrain la compréhension du cadre de référence depuis l'Amélioration des processus ainsi que les différents outils et façons de faire. Une grande cartographie du processus complet de la gestion des dossiers a aussi été effectuée afin de pouvoir analyser les volumes et les durées de traitement
- Cette cinquième partie est basée sur une appréciation factuelle des données et principaux indicateurs, mais aussi sur une évaluation subjective de la mise en place et de la gestion des processus en région. Elle est aussi basée sur une connaissance des autres organisations similaires en Amérique du nord afin de mettre en contexte certains enjeux et défis opérationnels de la CSST, de même que les contraintes réglementaires ou législatives spécifiques à la CSST

Contenu

- Cartographie du processus complet de gestion des dossiers de réparation et analyse des volumes et durée de traitement
- Identification et analyse des principaux défis opérationnels de la CSST en terme de gestion et de prévention de la chronicité
- Éléments favorables de la situation actuelle et pistes d'amélioration afin d'optimiser la gestion et la prévention de la chronicité

Cadre d'intervention et de gestion du risque à la CSST

La chronicité : Un premier recentrage au milieu des années 90

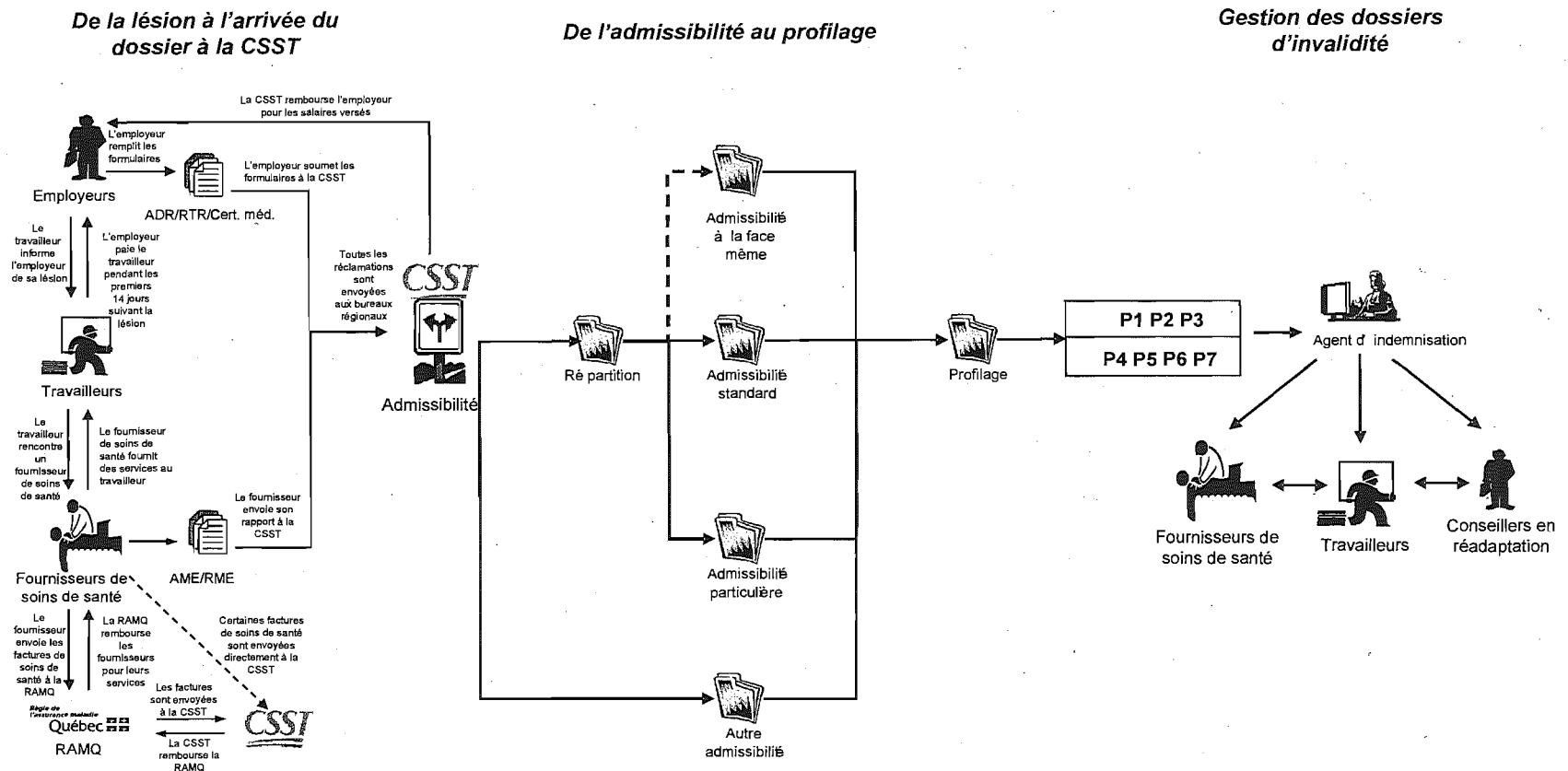
- Dans les années 90, la CSST a revu son modèle opérationnel afin de mieux faire face à la problématique de coûts et de chronicité des travailleurs accidentés.
 - Cette révision s'imposait en raison des effets négatifs qui avaient découlé de l'entrée en vigueur de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP) d'août 1985.
 - Le mode de traitement séquentiel retenu pour l'application de la Loi avait en effet conduit à une augmentation sensible des indemnisations versées et à une gestion tardive des cas de chronicité.
- Des changements majeurs ont donc été apportés afin de recentrer les façons de faire sur trois grands axes, soit :
 - le maintien du lien d'emploi;
 - le renforcement du rôle des intervenants dans la prise en charge précoce et soutenue du retour au travail;
 - l'approche de collaboration avec le médecin traitant.
- Au début des années 2000, les responsables de la réparation ont fait le constat que ces changements étaient insuffisants pour bien adresser la problématique de la chronicité
 - Comme illustré dans la partie précédente, le nombre de cas de long terme s'est accru
 - Alors que les coûts d'IRR se sont accrus rapidement, que ce soit pour l'IRR court terme ou l'IRR long terme

Cadre d'intervention et de gestion du risque à la CSST...

Au milieu des années 2000 : L'Amélioration des processus

- En 2004, le Projet d'Amélioration des processus a cherché à renverser la tendance observée au cours des années précédentes en adoptant une approche de gestion de dossiers en fonction des risques de chronicité.
- Sans être pionnière, la CSST a poussé l'approche de gestion en fonction du risque un cran plus loin par une segmentation encore plus fine des requêtes qui lui étaient adressées. Cette segmentation a été basée sur sept profils de risque (P1 à P7) et a aligné plusieurs dimensions clés de l'organisation selon la nature des enjeux de chacun de ces segments.
- Plus précisément, cette gestion des dossiers en fonction des risques de chronicité visait à :
 - instaurer une fonction de répartition des réclamations qui permettait de cibler dès le départ les cas à risque de chronicité;
 - moduler les services offerts en fonction des besoins des clients et des enjeux de la réclamation (admissibilité et profils d'intervention);
 - spécialiser les ressources en fonction des besoins des clients afin d'éviter le plus possible la chronicité;
 - déplacer des ressources internes vers les réclamations à enjeux.
- La CSST a donc adapté une partie importante de ses interventions selon le profil des réclamations. Elle s'est en parallèle dotée de nouveaux cadres d'intervention, de guides de traitement, d'attentes opérationnelles, sans compter l'ajustement aux définitions des postes, à l'allocation des ressources humaines et aux outils de support.

Processus de gestion des réclamations à la CSST

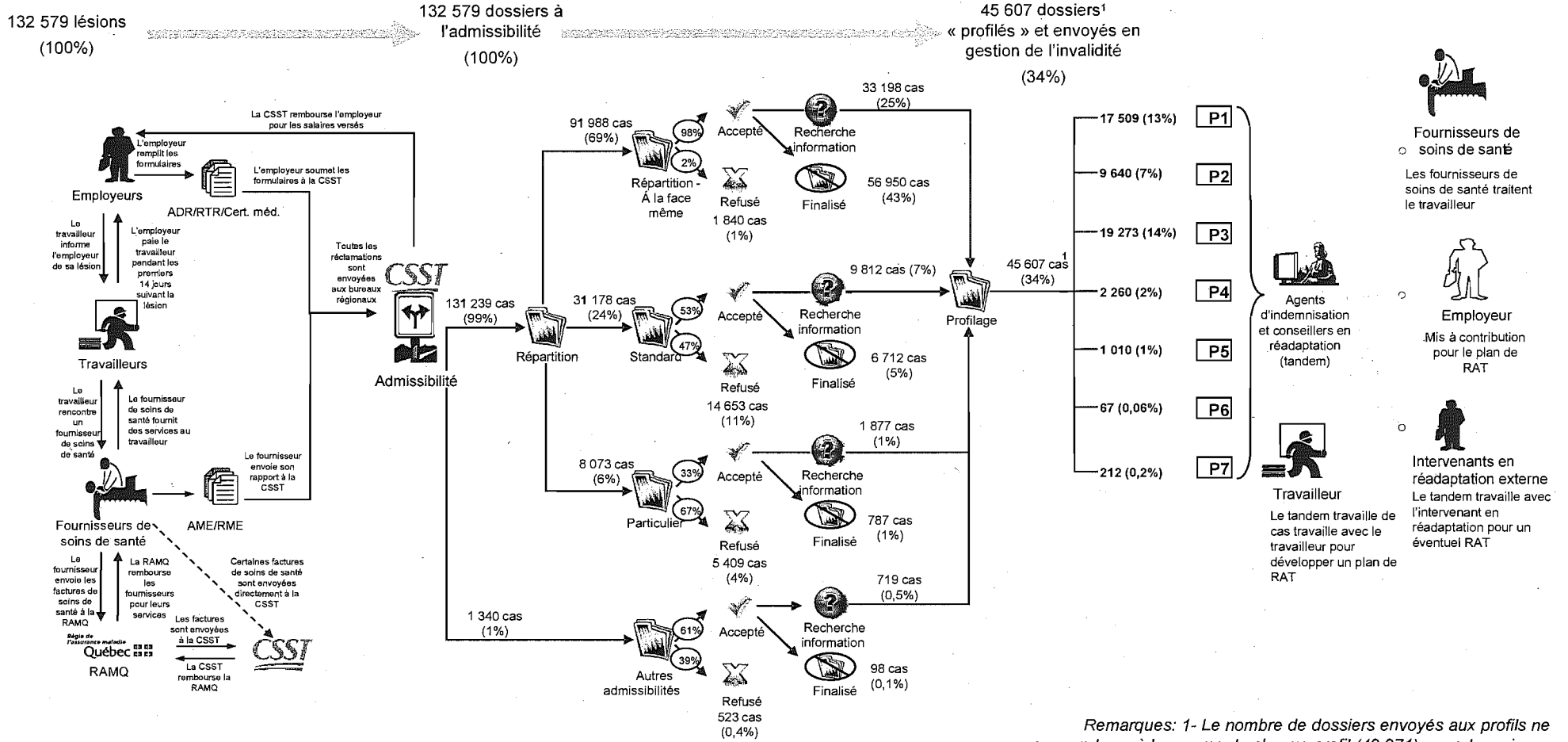
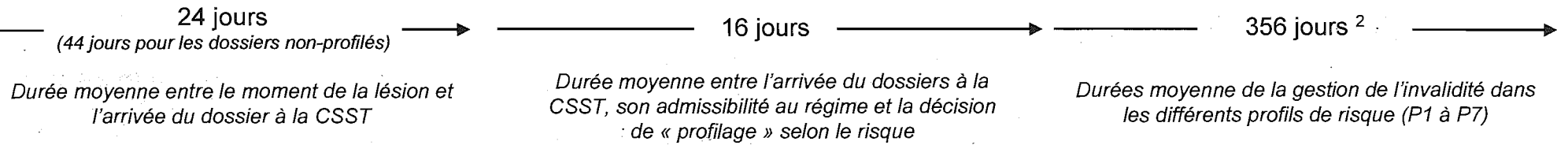


Vue d'ensemble des procédures

- Le travailleur est blessé ou malade et reçoit de l'assistance médicale
 - Le travailleur avise l'employeur de la blessure/maladie
 - L'employeur envoie les formulaires appropriés à la CSST et verse les 14 premiers jours de prestations au travailleur
 - Les fournisseurs de soins de santé envoient les formulaires appropriés à la CSST
 - La CSST reçoit les formulaires des fournisseurs de soins de santé et de l'employeur
 - Les agents à l'admissibilité examinent les réclamations et décident si le cas est accepté ou rejeté
 - Quand les cas sont acceptés, des prestations sont versées selon les bases salariales établies
 - Les cas nécessitant une gestion de l'invalidité sont profilés par les agents à l'admissibilité et envoyés vers un agent d'indemnisation
- Pour les cas sans risque de chronicité :
- L'agent d'indemnisation gère le dossier
 - Le versement des prestations est traité de manière appropriée
- Pour les cas présentant un risque de chronicité :
- L'agent d'indemnisation et le conseiller en réadaptation reçoivent le cas et développent un plan d'action avec le travailleur et l'employeur
 - Le conseiller en réadaptation discute avec l'employeur, les fournisseurs de soins de santé, les professionnels de la réadaptation et autres parties prenantes pour favoriser le RAT du travailleur

Sources: CSST, Analyse SECOR

Volume de dossiers traités et durée du traitement



Sources: Répartition de l'admissibilité à la finalisation D.C.G.I., CSST; Répartition des premières décisions d'admissibilités assignées dans les profils par provenance de l'accès au régime D.C.G.I., CSST; Répartition des délais moyens entre l'événement et l'assignation dans un profil et entre l'inscription de l'événement et l'assignation dans un profil D.C.G.I., CSST; NIR, octobre 2008 & 2009 CSST

Remarques: 1- Le nombre de dossiers envoyés aux profils ne correspond pas à la somme de chaque profil (49,971) pour des raisons jugées non-significatives (par ex.: cas finalisés à l'accès au régime et profilés par la suite)
2 - Durée moyenne des cas de P1 - P7 (octobre 2009)

Des améliorations additionnelles recherchées

Une amélioration des résultats depuis 2004, mais des défis encore importants

- L'analyse détaillée des coûts de la CSST a permis de noter depuis 2004 :
 - une réduction de l'inventaire des cas en réadaptation
 - une diminution des délais des cas en réadaptation
 - un fléchissement de la croissance globale des coûts d'IRR
 - une amélioration de l'expérience des coûts d'IRR de court terme
- Malgré cette amélioration, le profil des coûts globaux et notamment de la durée moyenne d'IRR demeurent moins favorables que chez les provinces « leaders »
- Bien que certaines spécificités réglementaires peuvent nuire au niveau absolu des coûts observés au Québec, il apparaît possible d'aller encore plus loin au niveau de l'amélioration de la performance organisationnelle et financière.
 - Le plan d'action sur la gestion et la prévention de la chronicité s'inscrit dans cette lignée
- Ce plan d'action et ses suites doivent s'attaquer à relever certains défis opérationnels qui ont des répercussions sur la performance globale du régime. Parmi ces principaux défis, on compte :
 - Une réduction de la durée de la période de consolidation
 - Une détection plus hâtive des cas à risque de chronicité
 - Un focus renouvelé sur le retour au travail
 - Une diminution des variances entre les régions
 - Une baisse des délais d'appel
- Les prochaines sections se concentrent sur les principaux défis opérationnels de la CSST, tout en identifiant certaines pistes d'amélioration; des pistes qui sont ensuite mesurées en termes de répercussions financières dans la partie suivante portant sur le plan d'action



Partie 5 : Principaux défis opérationnels de la CSST

- Une réduction de la durée de la période de consolidation
- Une détection plus hâtive des cas à risque de chronicité
- Un focus renouvelé sur le retour au travail
- Une diminution des variances entre les régions
- Une baisse des délais d'appel

Contexte

Une réduction de la durée de la période de consolidation

Situation générale

- La CSST a adopté un cadre d'intervention où les efforts en réadaptation peuvent débuter avant la fin de la période de consolidation médicale. En fonction du type de lésion et de sa sévérité, les agents d'indemnisation et les conseillers en réadaptation peuvent amorcer le travail sur les étapes suivantes
- Toutefois, tant que la période de consolidation n'est pas terminée, la CSST ne peut pas compléter ses efforts et finaliser le travail de réadaptation
- Or, la période de consolidation médicale a augmenté de manière continue au cours des dernières années et contribue à allonger la durée moyenne d'IRR. Si la durée de la consolidation s'était maintenue à son niveau de 1999, la durée moyenne d'IRR aurait été 13 jours plus basse en 2008

Les éléments favorables

- La mise en place de mesures dans le passé, avec succès, pour diminuer les délais d'attente de certaines interventions chirurgicales et réduire le nombre de travailleurs en attente d'interventions
- La présence d'une équipe de médecins à la CSST œuvrant au niveau de la sensibilisation des médecins
- L'existence de mécanismes financiers pour inciter à la préparation de rapports médicaux
- La possibilité de demander des révisions au Bureau d'évaluation médicale (BEM)

Les contraintes réglementaires ou législatives

- L'existence des obligations de la CSST en regard des décisions du médecin traitant qui empêche de déterminer ou fixer les protocoles de traitement

Les pistes d'amélioration

- Les délais de chirurgie se sont accrus au cours des dernières années, alors que les actes courants en matière d'accidents du travail ont été moins favorisés et que la clientèle de la CSST semble être de moins en moins prioritaire au sein de l'ensemble des cas du réseau de la santé
- La CSST a cherché à démedicaliser les dossiers dans sa nouvelle approche de gestion du risque. Ce faisant, elle a mis moins d'emphasis sur la relation avec le médecin traitant ou dans le suivi médical du travailleur. Or, le médecin traitant est souvent mal outillé ou dépourvu dans la gestion de ses dossiers de travailleurs accidentés

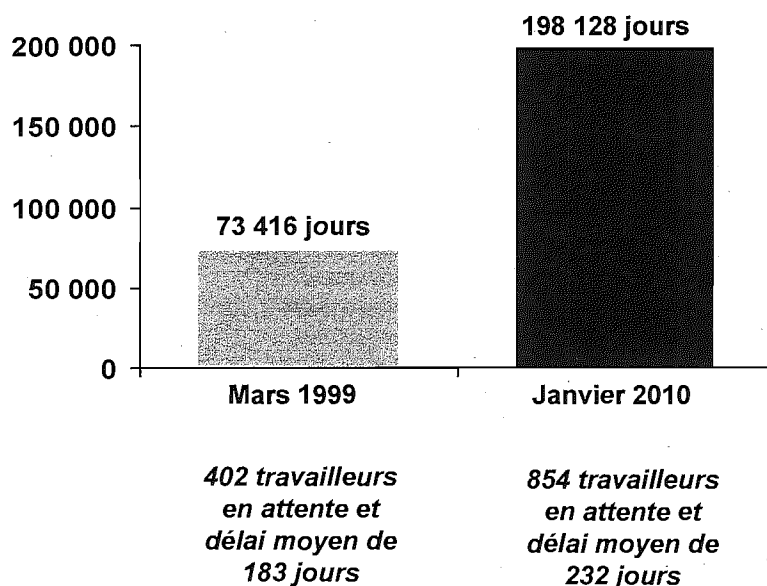
Une hausse des jours-personnes en attente de chirurgies

Le nombre de travailleurs accidentés en attente de chirurgie et le temps d'attente moyen ont tous deux augmenté ces dernières années

- En janvier 2010, les délais d'attente totalisaient 198 128 jours par rapport à 74 416 jours en mars 1999 (il n'existe pas de données pour les années intermédiaires)
- En janvier 2010, le délai d'attente moyen des travailleurs qui étaient en attente de chirurgie atteignait 33 semaines (232 jours), soit beaucoup plus que les temps moyens d'attente observés en général au Québec

Défi n° 1 :
Réduction de la période de consolidation

Total des délais d'attente des travailleurs CSST
(Nombre de travailleurs en attente par durée moyenne d'attente)



Temps moyen d'attente pour certains types de chirurgie

(Nombre de semaines, en date du 28 février 2009)

Type de chirurgie	Temps moyen d'attente*
■ Cataracte	9
■ Hanche	13
■ Genou	15
■ Autres chirurgies d'un jour	10
■ Autres chirurgies avec hospitalisation	7

* Ensemble du Québec, temps moyen pour toutes les personnes opérées, en nombre de semaines

Source: Comité de travail de la CSST sur l'accessibilité aux soins de santé, État de situation – Janvier 2010, 27 janvier 2010

Les délais d'attente de chirurgies se sont accrus pour la clientèle et les actes usuels liés à la CSST

Le gouvernement a priorisé certains types de chirurgies ces dernières années ce qui s'est traduit par une augmentation de certains types d'actes et une réduction des temps moyens d'attente pour ces types de chirurgie

- Par contre, les types de chirurgie que l'on retrouve davantage chez la clientèle de la CSST ont diminué assez significativement sur la période 2003-2008
- De plus, la baisse des actes sélectionnés comme les plus usuels dans les dossiers de la CSST est beaucoup plus prononcée pour la clientèle de la CSST que pour le reste de la population québécoise

Évolution du nombre de chirurgies facturées à la RAMQ

(Actes sélectionnés, 2003-2008)

Code RAMQ	Acte	Variation 2003-2008
02333	Prothèse hanche	+19 %
02403	Prothèse genou	+21 %
02120	Acromioplastie	-24 %
02156	Préparation coiffe des rotateurs	-23 %
02383	Tunnel carpien	-17 %
02750	Cure doigt	-10 %
02724	Arthroscopie genou	-14 %
02216	Discoïdectomie lombaire	-46 %
02182 à 02184	Fusions vertébrales	-60 %
02157	Reconstruction coiffe des rotateurs	+7 %

Comparaison du nombre de chirurgies les plus usuelles dans les dossiers CSST

(12 chirurgies sélectionnées*, 2004-2008)

	2004	2008	2004-2008
Population générale	33 824	32 021	-5,3 %
Clientèle CSST	3 303	2 503	-24,2 %
Reste de la population	30 521	29 518	-3,3 %

Défi n° 1 :

Réduction de la période de consolidation

Source: Comité de travail de la CSST sur l'accessibilité aux soins de santé, État de situation – Janvier 2010, 27 janvier 2010

Des efforts au niveau de l'accès aux chirurgies dans plusieurs autres provinces

Rappelons que huit des onze organisations analysées ont mis au point des mécanismes pour accélérer l'accès aux soins de santé, dont tous les organismes de santé et sécurité canadiens étudiés (Ontario, Alberta, Nouvelle-Écosse et Colombie-Britannique)

- Les mécanismes utilisés par ces organisations canadiennes varient, mais visent une plus grande utilisation des ressources humaines et des équipements disponibles. La priorité a été surtout axée sur les chirurgies d'un jour

Accès accéléré aux soins de santé – Exemple de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse

En Alberta, un mécanisme d'accès à des services accélérés pour des chirurgies standards, notamment pour les blessures au dos, au genou ou au canal carpien, a été développé en recourant aux spécialistes qui ont épuisé toutes leurs heures permises par le régime public. Par ce mécanisme, on peut désormais faire opérer un patient deux semaines après l'établissement du besoin et 70 % des chirurgies sont réalisées grâce à ce mécanisme

En Nouvelle-Écosse, un mécanisme d'accès accéléré aux chirurgies d'un jour a été développé en profitant des périodes creuses des salles d'opération des hôpitaux, typiquement pendant les jours fériés et les fins de semaine. La Commission des accidents de travail de la N-É défraie les honoraires supplémentaires devant être versés aux chirurgiens orthopédiques, aux anesthésistes et aux infirmières. Cette méthode a permis à l'organisation de couper de moitié le temps d'attente pour une chirurgie

Le niveau de satisfaction de tous les intervenants (patients, médecins, infirmières, grand public et gouvernement) envers ces deux organisations est demeuré très élevé

Source : Enquête SECOR

Défi n° 1 :

Réduction de la période de consolidation

Des efforts similaires au Québec au milieu des années 90 et des options à considérer

Défi n° 1 :

Réduction de la période de consolidation

Un projet Pilote en 1993-94 : L'opération « Blitz »

- De juin 1993 à avril 1994, une entente conclue avec le MSSS dans le but de réduire la liste des travailleurs en attente d'une chirurgie élective
- A amené une diminution de 60 % du nombre de travailleurs en attente depuis 30 jours ou plus et le délai moyen d'attente était passé de 341 jours à 196 jours

Un projet expérimental conçu fin 1994 avec le MSSS

- Considérant l'efficacité de l'opération « Blitz », un projet d'une durée de 18 mois touchant 23 centres hospitaliers a été élaboré conjointement avec le MSSS
- Il était même envisagé de rendre permanente la démarche d'accélération des chirurgies pour les travailleurs de la CSST
- Le projet n'a pas vu le jour en raison du rejet par le CA de la CSST

Une approche plus ciblée à compter de 1995

- Des démarches de la CSST auprès des médecins dont les listes d'attente étaient les plus longues
- A même conduit au financement par la CSST d'une salle d'opération en dehors des heures habituelles de fonctionnement

Le projet de loi 33 et les cliniques privées

- Dans le régime juridique encadrant les cliniques privées, on retrouve plusieurs chirurgies décrites au projet de règlement qui sont usuelles chez les travailleurs accidentés
- Mais l'entrée en vigueur de ce règlement est retardée à chaque nouvelle échéance

Source: Comité de travail de la CSST sur l'accessibilité aux soins de santé, État de situation – Janvier 2010, 27 janvier 2010

La durée moyenne pour l'obtention du REM augmente

Souvent, même une fois consolidé, un travailleur accidenté doit patienter longtemps avant de retourner au travail puisqu'il doit attendre la rédaction de son Rapport d'Évaluation Médicale (REM)

- Bien que le nombre de REM diminue, les travailleurs ayant des limitations fonctionnelles / atteintes permanentes attendent en moyenne 100 jours entre le Rapport Final qui consolide leur situation médicale et le REM qui décrit leurs limitations/atteintes
- Cette situation est exacerbée par le fait que la proportion relative des cas où les médecins transfèrent la rédaction du REM à un confrère s'est accrue
- On doit envisager de nouvelles mesures pour réduire ces délais et limiter les transferts de dossiers

Durée moyenne entre le Rapport final et le REM¹

(nombre de jours selon même médecin / médecin différent, 2004-2008)

Description	2004	2005	2006	2007	2008	TCAC (2004-2008)
Même médecin						
Nombre	6 497	6 355	6 236	5 846	4 981	-6,4 %
Durée moyenne	70,7	78,4	79,4	81,6	81,0	
Médecins différents						
Nombre	2 102	2 221	2 033	1 867	1 914	-2,3 %
Durée moyenne	115,3	125,7	132,0	146,4	152,2	
Durée moyenne totale	81,6	90,6	92,3	97,2	100,8	

Notes: 1- Exclus les cas où le RF et le REM sont effectués à la même date (surtout des cas de surdité)

Source: Comité de travail de la CSST sur l'accessibilité aux soins de santé, État de situation – Janvier 2010, 27 janvier 2010

Défi n° 1 :

Réduction de la période de consolidation

Partie 5 : Principaux défis opérationnels de la CSST

- Une réduction de la durée de la période de consolidation
- Une détection plus hâtive des cas à risque de chronicité
- Un focus renouvelé sur le retour au travail
- Une diminution des variances entre les régions
- Une baisse des délais d'appel

Contexte

Détection hâtive des cas à risques de chronicité

Situation générale

- La CSST a adopté une approche de gestion du risque axée sur la concentration plus grande des efforts sur les cas avec risque (CAR). Les charges de travail y sont moins grandes et les ressources professionnelles y sont concentrées
- Cette concentration sur les CAR s'est en parallèle traduite par une approche plus réactive sur les cas sans risque (CSR). Par contre, il est très difficile de bien distinguer dès l'admissibilité les CSR des CAR
- Cette difficulté à bien cerner les CAR fait en sorte que la quasi-totalité des dossiers passent par les CSR avant d'être orientés vers les CAR. L'approche réactive aux CSR fait en sorte que les délais s'allongent avant que les CAR soient pris en charge. Cet élément, combiné aux délais médicaux, contribuent au taux de fermeture de dossier plus bas que l'on observe au Québec par rapport aux autres provinces analysées

Les éléments favorables

- Des profils et des guides d'intervention bien développées pour la prise en charge des CAR
- Des processus de révision du risque pour réorienter les dossiers selon leur évolution

Les contraintes réglementaires ou législatives

- La première période de 14 jours qui retarde au départ le processus de traitement et d'analyse des CAR

Les pistes d'amélioration

- Trop de temps s'écoule entre le moment de la lésion, l'arrivée du dossier à la CSST et le premier contact avec le travailleur/employeur/médecin traitant afin de discuter de RAT. Les pratiques et processus à l'admissibilité et aux CSR sont à revoir afin de s'assurer d'être plus proactif et de contacter beaucoup plus rapidement ces acteurs
- Les dossiers prennent en moyenne trop de temps avant d'arriver aux CAR et ainsi aux conseillers en réadaptation. Une amélioration des processus et pratiques au bloc des CSR et à la table de réévaluation du risque doit venir réduire les durées moyennes dans les différents profils (autant dans les CSR que les CAR)

La CSST doit placer plus d'emphase sur un 1^{er} contact rapide avec le travailleur/employeur pour discuter de RAT

Les meilleures pratiques montrent qu'un contact rapide avec le travailleur et l'employeur est important pour garantir des résultats de RAT optimaux

- « Une communication et un examen complets rapides de la situation de la personne peuvent permettre de repérer des obstacles éventuels au retour au travail lorsqu'ils sont simples à gérer »
 - Source : Arnetz BB, Sjogren B, Rydehn B, Meisel R. Intervention rapide sur le lieu de travail pour les employés faisant l'objet d'absentéisme lié à des problèmes musculo-squelettiques : une étude d'intervention contrôlée prospective. Journal of Occupational & Environmental Medicine 2003;45(5):499-506.
- « Une intervention rapide dans les cas critiques de rémunération des travailleurs peut produire de meilleurs résultats médicaux et financiers »
 - Source : Elaine McShulskis. Une intervention rapide quant à la rémunération du travailleur est bénéfique. HRMagazine, juin 1997.
- « Les employeurs qui interviennent rapidement après que les employés soient handicapés peuvent les aider à retourner au travail rapidement et améliorer leur bien-être, tout en réduisant les coûts liés au handicap »
 - Source : Sun Life Financial. Une intervention rapide réduit les coûts liés au handicap et satisfait les travailleurs. Insure.com

Défi n° 2 :

Détection
hâtive des
cas à
risques de
chronicité

Tel que discuté dans l'analyse des meilleures pratiques effectuée dans le cadre de ce projet, l'intervention hâtive se retrouve parmi les grands ajustements des dernières années et d'autres provinces placent comme priorité le 1^{er} contact avec le travailleur et l'employeur pour discuter de RAT

- Avec la CSPAAT de l'Ontario, les directives de gestion de cas exigent que le gestionnaire contacte le travailleur le jour même de la réception du dossier ou le lendemain et commence à établir une relation avec lui
- À la SAAQ, le gestionnaire de cas doit appeler le travailleur dans les 10 jours suivant la réception du dossier
- Worksafe BC a mis en place un système où le travailleur dépose sa réclamation par téléphone et où l'agent d'admissibilité demande des renseignements propres au cas, établissant ainsi une relation dès que le cas est enregistré

Sources : Étude de balisage SECOR, CSST

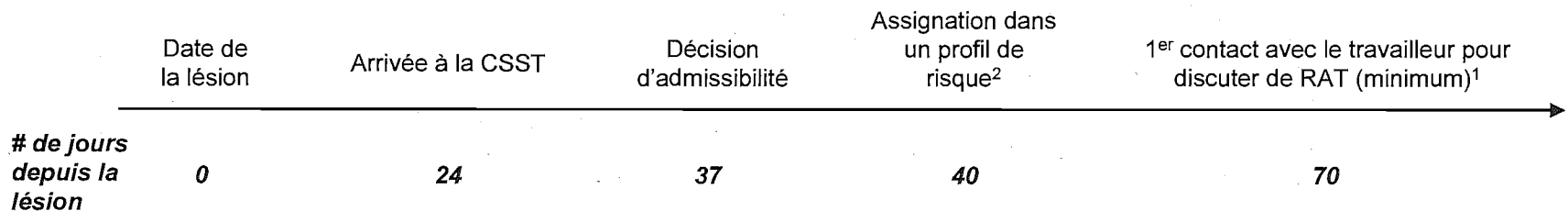
Plus de deux mois s'écoulent entre la lésion et le 1^{er} contact au travailleur pour discuter de RAT

Le cadre actuel d'intervention ne met pas mis d'emphase sur le contact rapide du travailleur pour développer le plan de RAT, ni sur le contact auprès de l'employeur ou du médecins traitants

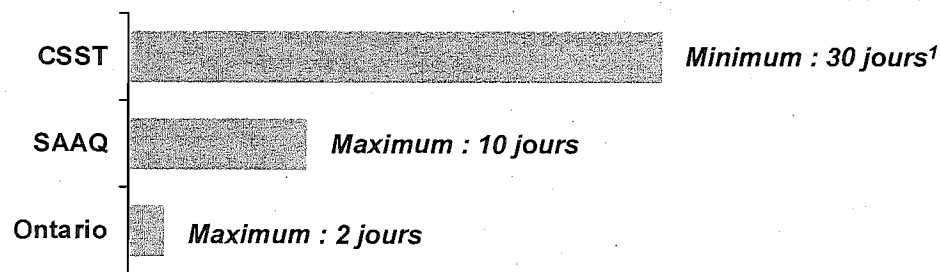
- Les procédures sont conçues de telle sorte que le travailleur est contacté, au meilleur des cas¹, autour de 70 jours suivant sa lésion (ou 30 jours suivant l'assignation de son dossier à un agent d'indemnisation)

Durée de traitement moyen à la CSST

(Cas de 2008)



Temps écoulé entre l'assignation du cas à un agent / gestionnaire et le 1^{er} contact avec le travailleur afin de discuter de RAT (# de jours)



Note: 1- Le scénario « minimum » prend pour acquis que le dossier est assigné en P2 et que l'agent au P2 contacte le travailleur à l'intérieur du délai maximal de 30 jours de son assignation. Les dossiers assignés en P1 ont des filets de sécurité en moyenne uniquement 120 jours après l'assignation du dossier.

2- À noter que les délais entre l'événement et l'assignation dans un profil supérieur à 180 jours sont exclus de cette liste

Sources: Répartition des délais moyens entre l'événement et l'assignation dans un profil, D.C.G.I., CSST; Délai et taux d'acceptation suite à la rencontre du 20 janvier 2010, D.C.G.I., CSST, Étude de balisage SECOR; Rapport SECOR « Rencontres régionales - Constats

Défi n° 2 :

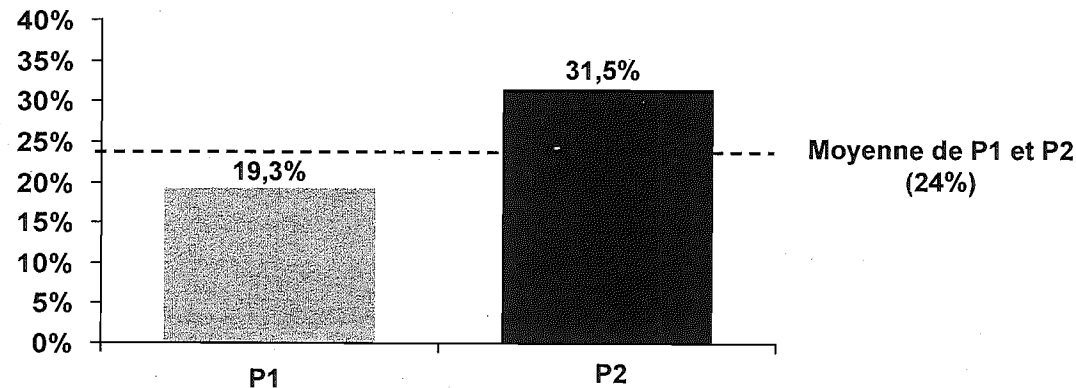
Détection hâtive des cas à risques de chronicité

Près de 25% des CSR en P1 et P2 se retrouveront aux CAR...

Un nombre important des dossiers initialement évalués sans risque de chronicité et donc assignés aux CSR (P1 et P2) seront éventuellement transférés aux CAR

- Cette situation est en partie inévitable étant donné la difficulté de bien cerner le niveau de risque à l'admissibilité. Toutefois, l'approche plus réactive au bloc des CSR fait en sorte que la prise en charge est retardée
- En 2008, ce sont 3 385 cas qui ont été transférés du P1 vers les CAR et 3 033 du P2 vers les CAR

% des cas initialement assignés en P1 et P2 transférés aux CAR¹



Défi n° 2 :

Détection hâtive des cas à risques de chronicité

Sources: Répartition des premières décisions d'admissibilités assignés dans les profils par provenance de l'accès au régime, D.C.G.I., CSST; Nombre d'événements et délai moyen entre les premières assignations au profil 1 à 3 vers profil 4 à 7, D.C.G.I., CSST

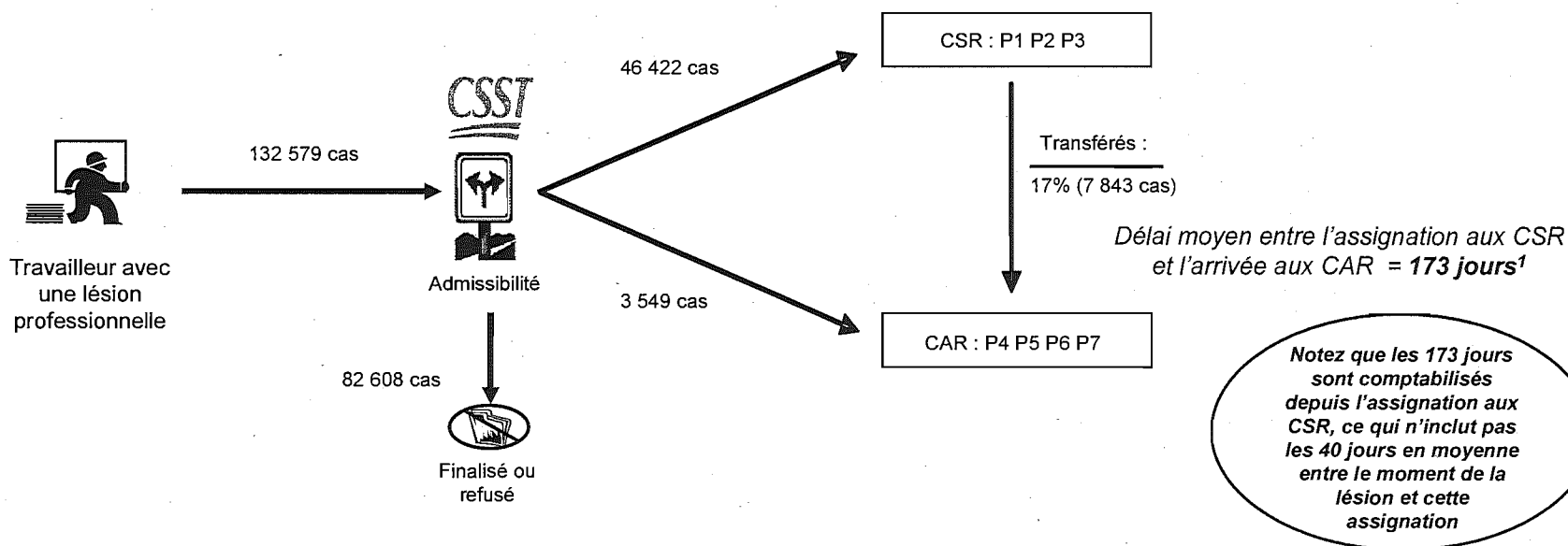
Notes: 1- Cas de 2008 analysés au 30 septembre 2009

... avec une moyenne de 173 jours avant ce transfert

La forte majorité des dossiers (93%) transiteront dans les profils P1 à P3 (CSR) depuis l'admissibilité avant de se rendre aux CAR (P4 à P7)

- Les cas envoyés aux CSR dès l'admissibilité sont identifiés comme étant à faible risque de chronicité et seront gérés de manière « réactive », impliquant généralement peu d'interactions entre le travailleur et la CSST
- Les cas envoyés aux CAR dès l'admissibilité (7% des cas) ont été identifiés comme étant à haut risque de chronicité et seront gérés de manière « active », ce qui veut dire que l'agent d'indemnisation et le conseiller en réadaptation appelleront le travailleur et l'employeur pour mettre en place un plan d'action de retour au travail

Volume et durée des dossiers vers les CAR¹



Sources: NIR (octobre 2008), CSST, Répartition des premières décisions assignés dans les profils par provenance, D.C.G.I., Service de la statistique, CSST; Nombre d'événements et délai moyen entre les premières assignations au profil 1 à 3 vers profil 4 à 7, D.C.G.I., Service de la statistique, CSST; Nombre d'événements et délai moyen entre les premières assignations au profil 1 à 3 vers profil 4 à 7, D.C.G.I., Service de la statistique, CSST

Notes: 1- Cas de 2008 analysés au 30 septembre 2009

Défi n° 2 :

Détection hâtive des cas à risques de chronicité

Travailleur avec une lésion professionnelle

... Ce qui génèrent des coûts d'IRR supplémentaires

En moyenne, les cas qui avaient été assignés directement aux CAR dans les profils P4 et P5 (les cas à plus haut volume) ont trouvé une solution avec 50 à 60 jours d'IRR de moins que ceux qui ont eu à transiter à travers les CSR

- La CSST et le travailleur bénéficieraient de voir un plus important volume de transfert directement aux CAR dès le « profilage » initial des dossiers ou à tout le moins une détection plus rapide des risques de chronicité dans les profils P1 à P3
- Une telle approche implique évidemment une plus grande proportion de cas en gestion « proactive » et donc une révision du nombre et/ou du profil des ressources. Par contre, on devrait aussi assister simultanément à un plus grand de dossiers fermés dans les profils de CSR et une prise en charge plus précoce des CAR

Défi n° 2 :

Détection
hâtive des
cas à
risques de
chronicité

Volume et durée moyenne d'IRR des dossiers vers les CAR¹

	P4	P5	P6	P7
Durée moyenne d'IRR des événements assignés directement aux CAR depuis l'assignation	314	449	572	488
Nombre de cas	3 177	1 257	111	229
Durée moyenne d'IRR des événements assignés dans les CAR après une première assignation aux CSR	379	502	557	517
Nombre de cas	31 182	6 044	124	176
Augmentation (réduction) de la durée des cas lorsqu'une solution est trouvée	65	53	(15)	28

Sources: Nombre d'événements et durée moyenne d'IRR des événements assignés dans les profils 4 à 7 après une première assignation au profil 1 à 3 avec ou sans solutions, D.C.G.I., Service de la statistique, CSST; Durée moyenne d'IRR des événements assignés dans les profils par provenance avec solutions, D.C.G.I., Service de la statistique, CSST; NIR Oct 2009

Notes: 1- Cas de 2005 ayant trouvé une solution, analysés au 30 septembre 2009

De meilleurs outils technologiques pourraient aussi aider à la gestion des cas

Puisque les cas sont classés sur papier et non de manière électronique, des outils de gestion de cas électroniques avancés ne peuvent pas être mis en place

- D'autres juridictions ont développé des outils sophistiqués pour aider leurs gestionnaires de cas à gérer leurs dossiers avec plus d'efficacité, par exemple :

Quelques applications courantes de la technologie :

- **Accès électronique aux données du cas** : contribue à sauver du temps et des efforts puisque les responsables de cas peuvent obtenir et partager l'information de même que transférer les dossiers électroniques. Améliore l'efficacité du processus puisque le temps nécessaire pour le traitement postal et manuel (ouvrir, fermer et classer) des cas est réduit de façon importante. La technologie permet aussi de réduire le coût d'archivage et de stockage des dossiers
- **Rappels et alertes** : aident les gestionnaires de cas à gérer efficacement un grand nombre de dossiers puisqu'ils peuvent faire le suivi des progrès et fixer des rappels automatiques de dates ou de repères clés. Les directives de meilleures pratiques de gestion de cas peuvent être intégrées au système. Il est à noter qu'un trop grand nombre de messages serait ignoré par les responsables de cas et ne serait pas vraiment utile; il est donc essentiel que le système permette aux responsables de cas de programmer et de personnaliser leur utilisation des rappels et des alertes
- **Modèles de communication et de planification** : rendent la planification et la communication de cas plus efficaces et efficientes. Les directives de gestion de l'invalidité peuvent être utilisées pour créer des modèles de planification de meilleure pratique qui intègrent automatiquement les dates et activités clés selon le type de blessure. De plus, des modèles standards de communication peuvent réduire les efforts à déployer. Les systèmes de gestion de cas peuvent aussi assurer l'envoi automatique de correspondance aux travailleurs/employeurs selon des repères précis. Les systèmes de gestion de cas devraient également offrir la flexibilité nécessaire pour permettre l'adaptation de cas individuels
- **Outils d'aide à la décision** : facilitent la prise de décision par les gestionnaires de cas en fournissant l'information essentielle. On y retrouve notamment l'information sur des cas similaires, les directives relatives à l'invalidité et les renseignements médicaux pertinents pour le cas

Défi n° 2 :

Détection
hâtive des
cas à
risques de
chronicité

Source : Analyse SECOR

Partie 5 : Principaux défis opérationnels de la CSST

- Une réduction de la durée de la période de consolidation
- Une détection plus hâtive des cas à risque de chronicité
- Un focus renouvelé sur le retour au travail
- Une diminution des variances entre les régions
- Une baisse des délais d'appel

Contexte

Un focus renouvelé sur le retour au travail

Situation générale

- Dans sa dernière révision du cadre d'intervention, la CSST s'est fortement concentrée sur une gestion de cas adaptée selon les profils de risque des travailleurs accidentés et sur la finalisation de solutions au moment où la situation médicale étaient consolidée
- En voulant démedicaliser l'approche, on a eu tendance à consacrer en général moins d'efforts sur la relation avec le médecin traitant, incluant l'exploration des diverses possibilités de solutions de retour au travail provisoires. Trop souvent, le travailleur et le médecin traitant ont été laissés à eux-mêmes.
- Pour les cas en post consolidation, l'approche s'est concentrée principalement sur la définition d'un emploi convenable et la CSST a eu moins recours aux diverses mesures de soutien à la recherche d'emploi

Les éléments favorables

- Une proportion importante d'assignation temporaire
- Un cadre d'intervention qui s'attarde au maintien du lien d'emploi
- Une approche concentrique de retour au travail

Les contraintes réglementaires ou législatives

- La période d'une année de recherche d'emploi qui est supérieure à celle des autres juridictions
- Le mode d'indemnisation pour les travailleurs à temps partiel qui n'incite pas au retour au travail
- Les décisions de la CLP sur l'emploi convenable

Les pistes d'amélioration

- La CSST doit porter une attention réellement spécifique au RAT dans sa mission, sa vision ou à l'intérieur de ses principes directeurs. Cet effort est d'autant plus important que certaines politiques uniques à la CSST peuvent en fait venir décourager les travailleurs à retourner au travail
- La CSST doit intervenir de façon plus soutenue au niveau du médecin traitant afin de s'assurer qu'il s'investisse davantage dans le processus de RAT du travailleur

La plupart des autres provinces canadiennes font du RAT leur priorité #1

D'autres provinces canadiennes ont mis un accent particulier sur le RAT au sein de leur mission, de leur vision ou de leurs principes directeurs

Alberta

(« À propos de nous »)

« Accent mis sur le retour au travail; pour réduire l'impact de la blessure et de la maladie au lieu du travail, l'organisation doit avoir les services et programmes en place pour fournir le bon soutien aux travailleurs blessés **pour qu'ils retournent au travail.** »

- http://www.wcb.ab.ca/public/about_us.asp

BC

(« Mission »)

« Lorsqu'un travailleur se blesse, nos priorités doivent être sa réadaptation et **son retour au travail** »

- http://www.worksafebc.com/about_us/our_mandate/vision_mission_guiding_principles/default.asp

Nouvelle-Écosse

(« Mission »)

« Nous informons les Néo-Écossais au sujet de la prévention des blessures sur le lieu de travail et les incitons à être diligents, mais si une blessure se produit, nous soutenons les personnes touchées en nous efforçant de les aider à **retourner au travail rapidement et en bonne santé.** »

- http://www.wcb.ns.ca/wcbns/index_e.aspx?DetailID=727

Défi n° 3 :

Un focus renouvelé sur le retour au travail

Les solutions de RAT pendant la période de consolidation sont relativement moins importantes

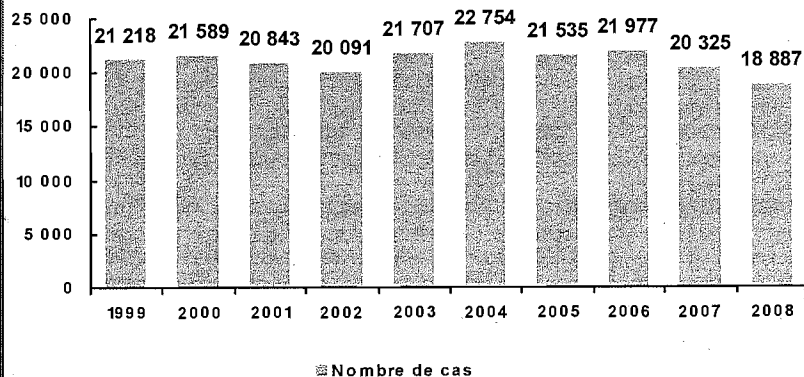
Le nombre de cas en consolidation médicale a diminué à un rythme de 1,8 % par année depuis 2004, alors que le nombre d'assignations temporaires reculait de 4,5 % par année et le nombre de solutions provisoire de 2,0 %

- Quoiqu'il faut reconnaître que l'assignation temporaire est de la responsabilité des entreprises et que cette formule est beaucoup plus courante au Québec que dans les autres provinces
- Néanmoins, compte tenu des délais plus long à la consolidation, la CSST doit continuer de consacrer des efforts auprès des travailleurs, des employeurs et des médecins traitants pour explorer les options temporaires de RAT

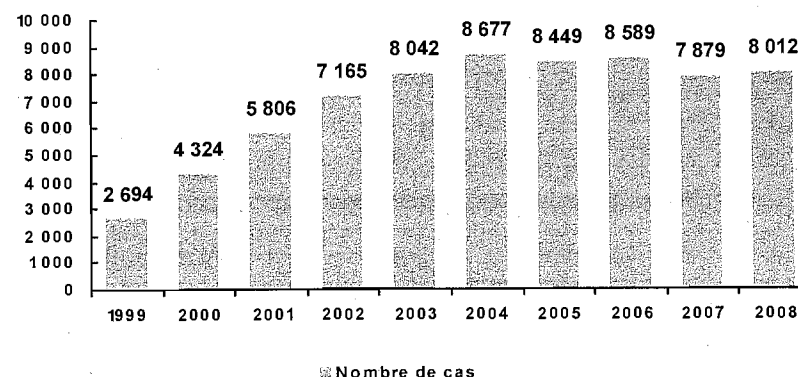
Défi n° 3 :

Un focus renouvelé sur le retour au travail

Nombre de cas avec assignation temporaire
(nombre de cas¹, de 1999 à 2008)



Nombre de cas avec « solution provisoire »
(nombre de cas¹, de 1999 à 2008)



Sources: Nombre de dossiers - événements par année ayant bénéficié d'une solution provisoire à partir de dossiers ayant eu une décision d'admissibilité de 1999 à 2008, D.C.G.I, CSST; Nombre de dossiers - événements par année ayant bénéficié d'assignation temporaire durant la période de consolidation à partir de dossier ayant eu une décision d'admissibilité de 1999 à 2008, D.C.G.I, CSST

Note: 1 - nombre de cas observés le 30 septembre de l'année suivant l'année de référence

Les fournisseurs de soin de santé doivent être plus impliqués dans les initiatives de RAT

Défi n° 3 :

Un focus renouvelé sur le retour au travail

1. Les fournisseurs de soins de santé ne sont pas proactifs dans la mise en place d'objectifs de RAT ni dans le suivi du progrès du travailleur
 - Le médecin traitant peut parfois établir la cible initiale de RAT pour le travailleur, mais il n'est pas responsable du progrès du travailleur pour atteindre cet objectif prédéterminé
 - Les physiothérapeutes et les ergothérapeutes ont pour objectif le rétablissement fonctionnel complet et ils poursuivront donc le traitement jusqu'au rétablissement parfait des capacités du travailleur. Parfois ces traitements sont supérieurs à ce qui est nécessaire pour le retour au travail du travailleur; les objectifs ne sont donc pas alignés avec ceux de la CSST
2. Les fournisseurs de soins de santé ne sont pas toujours au courant des meilleures pratiques de RAT et des procédures de la CSST, et ils se concentrent seulement sur les aspects médicaux
 - Certains médecins traitants trouvent que les procédures de la CSST portent à confusion et ont déclaré qu'ils voudraient des précisions quant aux procédures de la CSST
 - Les médecins ne sont pas souvent au courant des procédures de la CSST et des meilleures pratiques de RAT. De plus, il est difficile d'entrer en contact avec les médecins pour les renseigner dans de grands centres urbains
 - Puisque les médecins ne sont pas toujours au courant des procédures de la CSST, ils oublient parfois de compléter le formulaire « Rapport d'évaluation médical » (REM)

Source : Entretiens avec la CSST

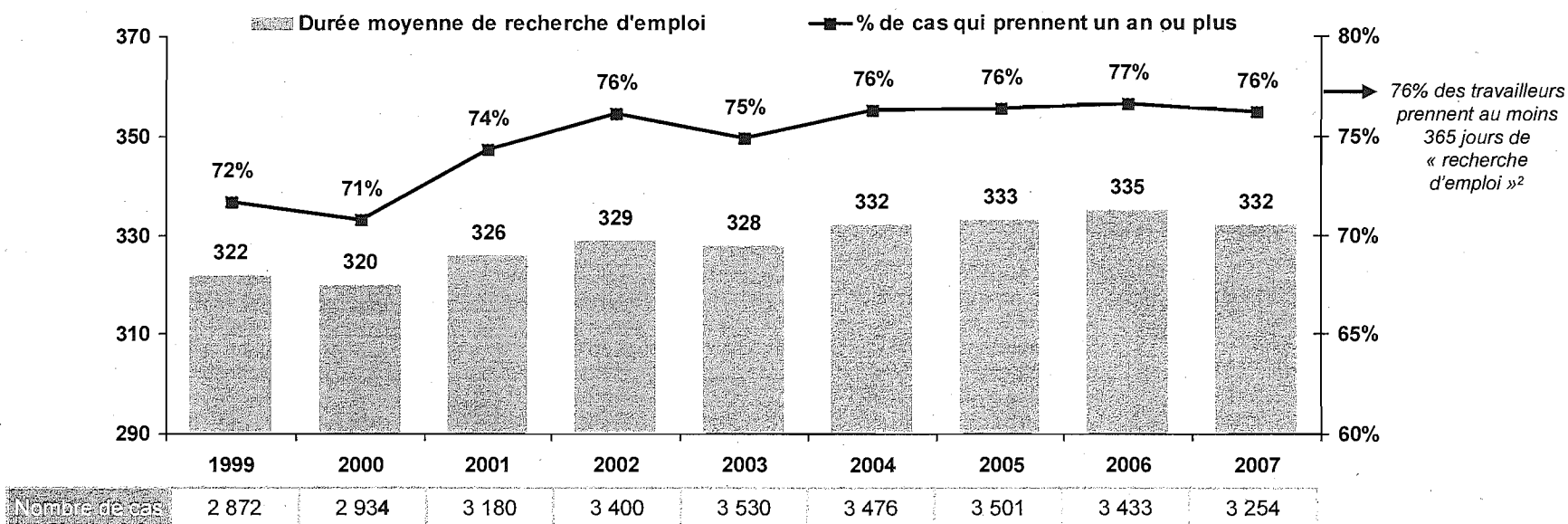
Certaines politiques du Québec ne favorisent pas le RAT

Un travailleurs accidenté au Québec peut bénéficier jusqu'à une année de recherche d'emploi indemnisée (alors que le maximum observé dans les provinces analysées ne dépassait pas 15 semaines)

- Pendant cette période, le bénéficiaire d'IRR n'est pas obligé d'être en recherche active d'emploi (alors que d'autres provinces exigent un certain nombre de gestes par semaine)
- En moyenne, il faut 332 jours pour qu'un travailleur trouve du travail et plus des 3/4 prennent une année complète

Durée moyenne de recherche d'emploi¹

(jours indemnisés, %, 1999-2007)



Défi n° 3 :

Un focus renouvelé sur le retour au travail

Autres exemples de politiques ne favorisant pas le RAT

- Le travailleur est indemnisé sur une base annuelle, même s'il travaillait à temps partiel lors de sa blessure
- Si le travailleur touche moins que le salaire minimum, la CSST complètera ses revenus pour qu'il touche au moins le salaire minimum

Source: Dossiers avec un premier événement en emploi convenable - recherche d'emploi (ECN) D.C.G.I., Service de la statistique, CSST

Note: 1- Les données sont observées 2 ans suite à l'année de référence et incluent des cas qui ont reçu des jours d'indemnités
2- Le nombre de jours en recherche d'emploi est le nombre de jours de calendrier et non pas de journées de travail

Une moins grande utilisation du soutien à la recherche d'emploi

Les diverses mesures de soutien à la recherche d'emploi ont été beaucoup moins utilisées au cours des dernières années, autant les subventions à l'emploi que les programmes de formation

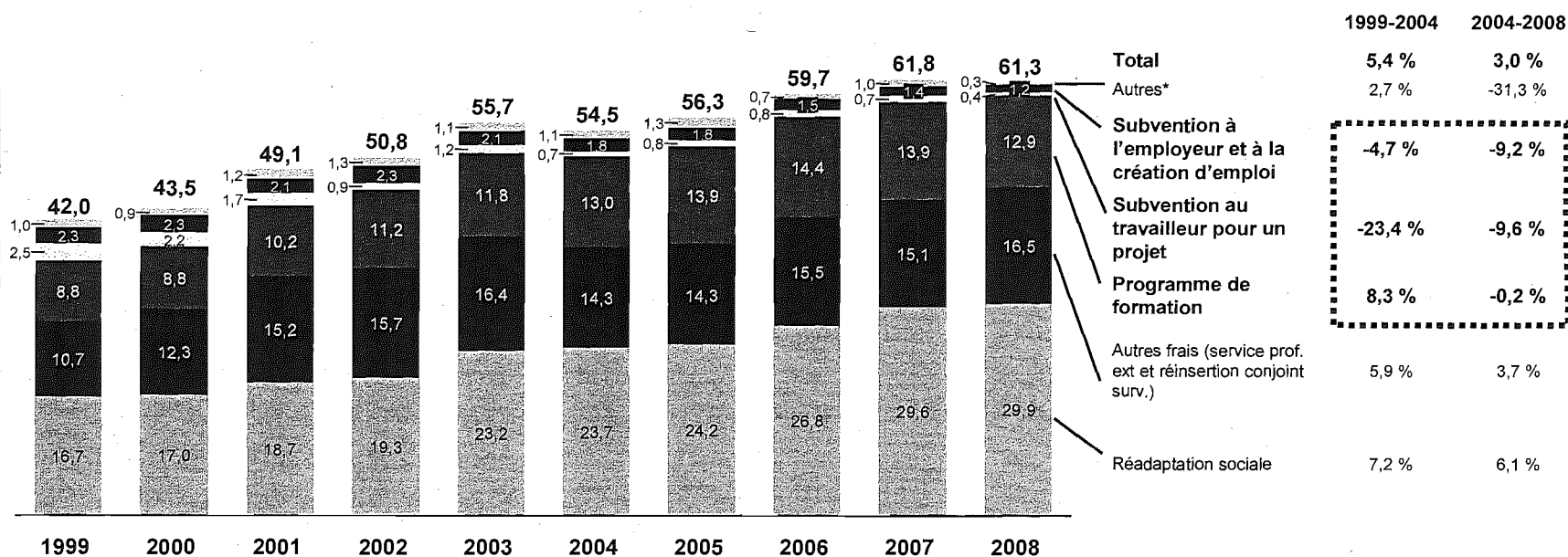
- En partie en raison du bilan mitigé qui a été tiré des efforts provenant de ces mesures sur la période 1995-2000
- Par contre, la CSST peut et doit trouver de nouvelles façons pour accompagner et aider le travailleur accidenté à se retrouver un travail, notamment pour ceux qui sont dans leur période de recherche d'emploi d'un an

Défi n° 3 :

Un focus renouvelé sur le retour au travail

Frais de réadaptation

(millions de dollars, de 1999 à 2008)



Source : Prestations versées pour les programmes de réparation (dépense et nombre), D.C.G.I., CSST

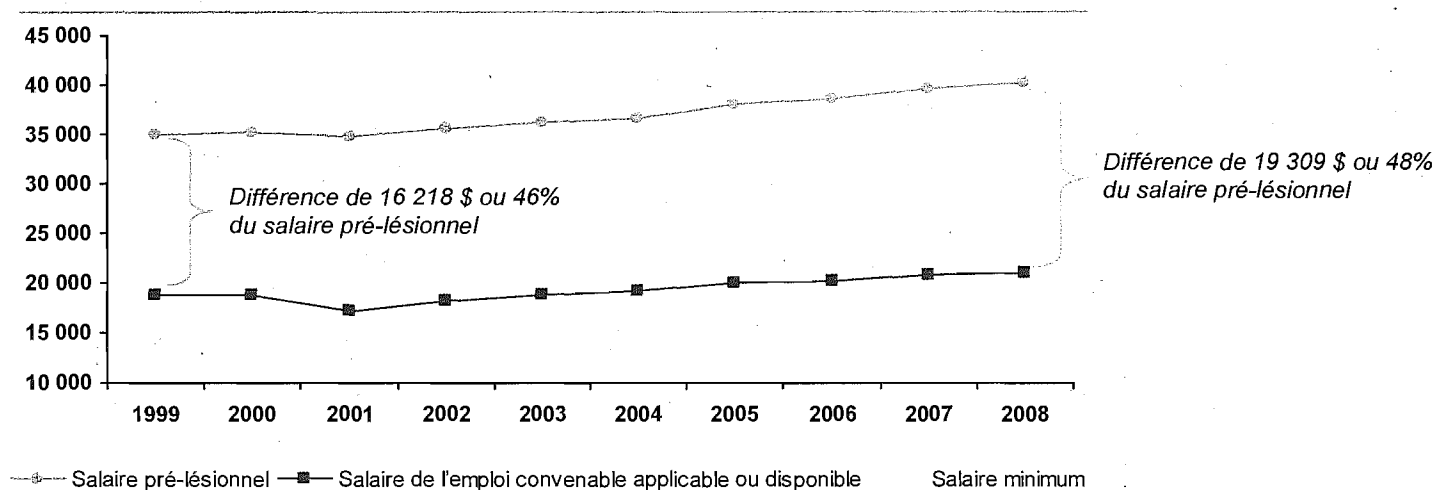
* « Autres » comprend « adaptation d'un poste de travail », « mobilité professionnelle » et le « programme de recyclage professionnel ».

Les écarts entre le salaire pré-lésion et post-lésion se maintient à des niveaux élevés

L'écart se maintient entre le salaire pré-lésionnel et le salaire d'emploi convenable. Cet écart implique des coûts d'IRR plus élevés

- Depuis 1999, la différence entre le salaire pré-lésionnel et celui de l'emploi convenable a légèrement augmenté de 2 %
 - Le salaire de l'emploi convenable était supérieur au salaire minimum de 19 % en 2008 et de 31 % en 1999
- Par contre, l'emploi convenable et le niveau de salaire correspondant constituent un facteur important de contestation à la CLP

Différences entre le salaire pré-lésionnel et le salaire de l'emploi convenable applicable ou disponible¹
(en dollars, de 1999 à 2008)



Défi n° 3 :

Un focus renouvelé sur le retour au travail

Sources: Emploi convenable applicable (ECA) et Emploi convenable disponible (ECD), D.C.G.I., Service de la statistique, CSST; Commission des Normes du Travail

Notes : 1- Le salaire pré-lésionnel moyen de départ est le salaire professionnel de départ du travailleur ajusté en fonction de l'inflation et d'autres facteurs économiques. Une moyenne pondérée a été calculée pour le salaire pré-lésionnel annuel moyen et le salaire de l'emploi convenable, réunissant les travailleurs ECA (emploi convenable applicable) et ECD (emploi convenable disponible)

Partie 5 : Principaux défis opérationnels de la CSST

- Une réduction de la durée de la période de consolidation
- Une détection plus hâtive des cas à risque de chronicité
- Un focus renouvelé sur le retour au travail
- Une diminution des variances entre les régions
- Une baisse des délais d'appel

Contexte

Une diminution des variances entre les régions

Situation générale

- La CSST a adopté une structure de travail très décentralisée. La quasi-totalité des activités est réalisée en région
- L'introduction d'une nouvelle approche comme celle de l'amélioration des processus prend par le fait même plus de temps à s'implanter dans une organisation avec une culture forte de décentralisation
- Cette approche régionale peut permettre l'émergence d'innovations. Par contre, elle peut aussi entraîner des différences entre les régions
- Ces différences peuvent avoir des impacts sur la cohérence globale de l'organisation et, dans certains cas, sur sa performance d'ensemble

Les éléments favorables

- Une organisation sensible et alignée sur les indicateurs de gestion priorités
- Une capacité terrain à améliorer les outils de gestion et un recueil de pratiques optimales

Les contraintes réglementaires ou législatives

- Aucune spécifique si ce n'est la sensibilité politique à la présence régionale

Les pistes d'amélioration

- L'adoption d'une approche dédiée à l'admissibilité pour accroître la cohérence et l'efficacité globale de cette activité
 - L'expérience du centre dédié à Montréal semble démontrer de bons résultats
- Une diminution des différences entre les directions administratives dans la gestion du risque
 - L'analyse menée sur le terrain confirme qu'une plus grande standardisation et un meilleur partage des meilleures pratiques entre les directions régionales est souhaitable
- Une révision des indicateurs de gestion et des attentes opérationnelles pour les axer davantage sur les résultats et moins sur la conformité des processus
 - Le suivi de la conformité des processus de gestion peut maintenant passer par une approche d'assurance-qualité et les indicateurs de gestion être réduits aux éléments liés directement ou indirectement à la qualité du service et aux coûts du régime

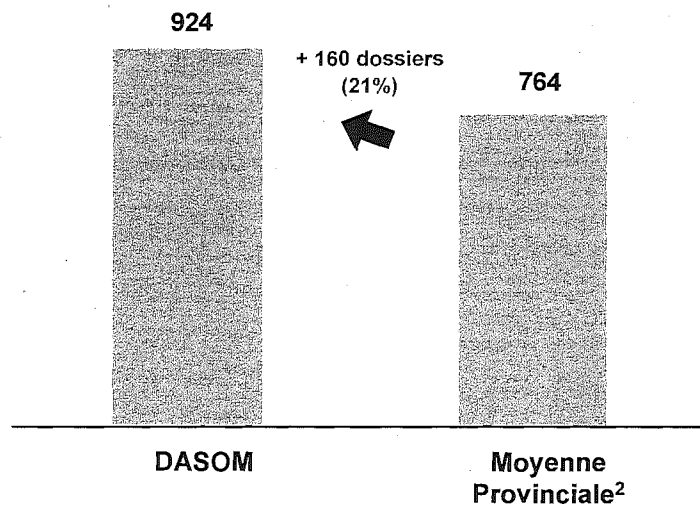
La première expérience vers un centre dédié d'admissibilité semble porter fruit

Le Québec constitue une exception parmi les organismes analysés en ayant une structure décentralisée pour son admissibilité. Par contre, la DASOM permet déjà de saisir le potentiel que représente un tel mode d'organisation en termes d'efficience

- La DASOM performe selon la moyenne provinciale en terme de rapidité à rendre une 1^{ière} décision d'admissibilité, malgré une charge de travail par agent de 21% plus importante. Une durée moyenne de 13 jours est nécessaire avant de rendre une 1^{ière} décision d'admissibilité à la DASOM, ce qui équivaut à la durée moyenne provinciale
- Sans compter que l'existence de meilleurs outils technologiques pourrait accroître ce niveau de productivité de 10 à 15 % de plus si on se fie au charge d'autres organismes comparables (voir partie 3 sous « admissibilité »)

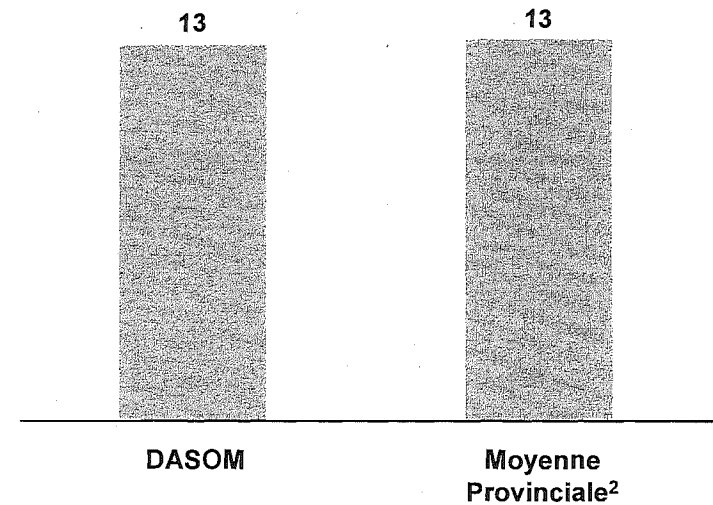
Charge de travail

(# de dossiers d'admissibilité par agent¹ par année (2008))



Moyenne des délais de 1^{ière} décision d'admissibilité

(# de jours pour 1^{ière} décision (moyenne 2008))



Note: 1- Le nombre d'agent à l'admissibilité représente les « agents d'indemnisation », les « répartiteur » et les « agents de bureau - accès au régime ». Dans les régions où il n'y avait pas de « répartiteur », un agent a été ajouté, en assumant que le « chef d'équipe » jouait ce rôle.

2- La moyenne provinciale exclue la DASOM

Sources: Volume moyen de dossiers par intervenant à l'admissibilité entre 2005 et 2008, D.C.G.I., Service de la statistique, CSST; Nombre d'employés par région par fonction, département de ressources humaines CSST; NIR & Rigor, CSST, Délai et taux d'acceptation suite à la rencontre du 20 janvier 2010, D.C.G.I., CSST

Défi n° 4

Une diminution des variances entre les régions

La première expérience vers un centre dédié d'admissibilité semble porter fruit...

Une approche moins décentralisée permettrait par ailleurs de diminuer la variabilité qui peut exister au niveau des décisions d'admissibilité et des répercussions potentielles au niveau des contestations

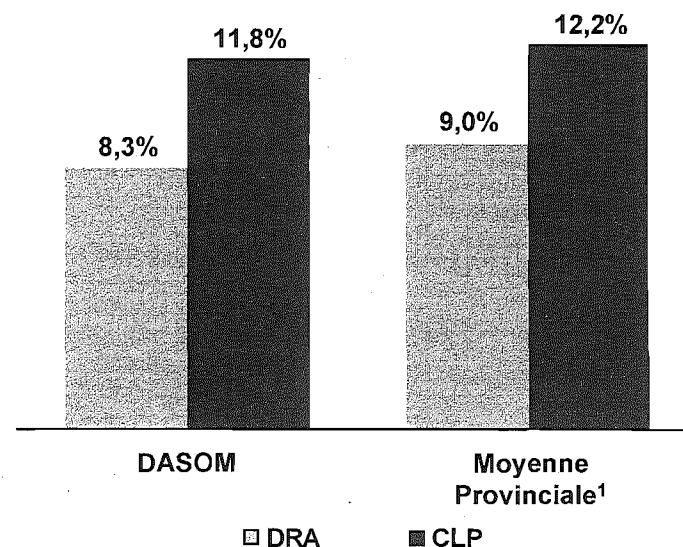
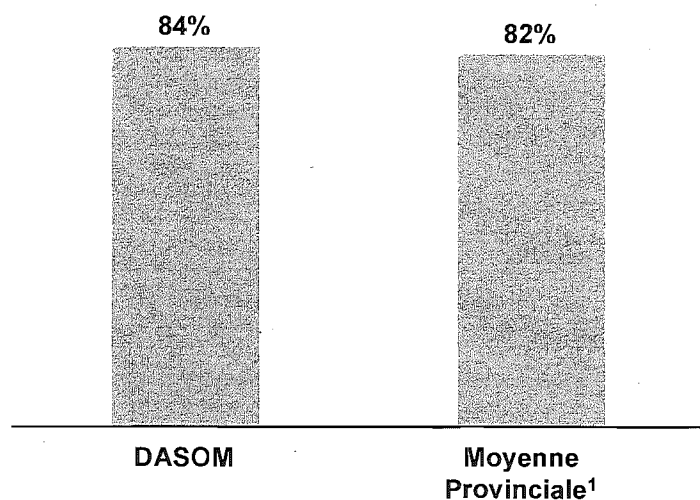
- La DASOM rend des décisions de 1^{ière} admissibilité aussi durable que la moyenne provinciale si l'on se fie au pourcentage de décisions renversées à la DRA et à la CLP. Le taux d'acceptation de la DASOM est aussi très comparable à la moyenne provinciale
- De plus, cette approche limite les écarts que l'on observe entre les régions sur de telles dimensions

Taux d'acceptation
(2008)

% des 1^{ière} décisions d'admissibilité renversées à la DRA / CLP
(%, 2008)

Défi n° 4

Une diminution des variances entre les régions



Sources: Statistiques d'admissibilité: Équipe des indicateurs de gestion, Service de la comptabilité, des contrôles financiers et des indicateurs de gestion, CSST, Délai et taux d'acceptation suite à la rencontre du 20 janvier 2010, D.C.G.I., CSST, NIR (octobre 2008)

Note: 1- La moyenne provinciale exclue la DASOM

Manque d'utilisation des TI et de processus d'automatisation pour l'admissibilité

Des outils et technologies doivent être mis en place pour aider au traitement de cas à haut volume/de faible valeur

- La CSST ne possède pas beaucoup d'outils technologiques pour l'aider dans le traitement initial de cas
- D'autres provinces ont mis des technologies en place pour faciliter le traitement initial de cas. Ceci a permis au personnel d'admissibilité et de dégager du temps ou des ressources pour se concentrer sur les domaines de valeur importante tels qu'un contact rapide avec le travailleur ou l'employeur

Exemples de mise en place de technologie

SAAQ

- Ont mis en place un système de fichiers électroniques pour diminuer le temps requis pour examiner les réclamations
- Ont mis en place un système qui assigne automatiquement aux bonnes équipes de gestionnaires de cas les réclamations sans invalidité ou avec invalidité permanente, soit 40 % du volume total de leurs réclamations
- Le 60% de cas restants d'invalidité temporaire, soit environ 20 000 cas par année, est traité par quatre experts en admissibilité (environ 5 000 par personne)

BC

- Ont mis en place une solution de gestion des réclamations pour évaluer les informations reçues et favoriser les décisions d'acheminement et d'admissibilité
- Ont développé un outil de recueil d'informations « aide à la décision » fondé sur une meilleure pratique pour aider avec le traitement manuel des décisions d'admissibilité en adaptant les questions au cas et en recommandant la décision « non admissible »
- Certaines réclamations directes sont « prises en charge par le système » pour tout leur cycle de vie
- De par ces améliorations technologiques, ils s'attendent à réduire leur travail initial de façon significative

Défi n° 4

Une diminution des variances entre les régions

Source : Étude de balisage SECOR

L'approche à la gestion du risque varie beaucoup entre les directions régionales...

À titre d'illustration, l'analyse de la provenance des dossiers se situant aux CAR (P4 à P7) démontre des disparités importantes entre les régions

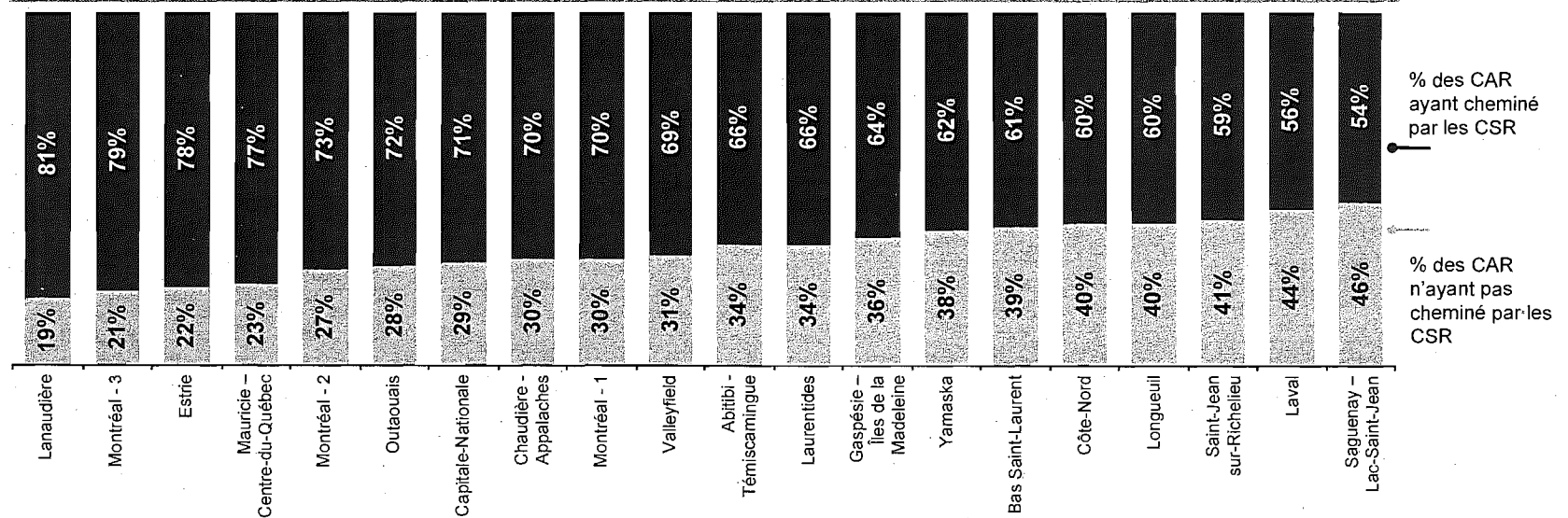
- L'âge du cas, lors d'un transfert d'un bloc à l'autre, varie aussi beaucoup entre les régions
- Ces écarts découlent principalement de façons de faire différentes, notamment dans la rigueur d'exécution de l'approche retenue (par exemple, dans l'utilisation de la table de réévaluation du risque, la détermination des filets de sécurité, les charges de travail par profil, l'utilisation du plan d'action personnalisé, les délais cible de révision)
- De même que dans l'organisation du travail et, dans une moindre mesure, des définitions parfois différentes des profils de risque

Défi n° 4

Une diminution des variances entre les régions

Provenance des CAR

(% des CAR ayant cheminé par les CSR ou non, 2008¹)



Source; D.C.G.I., Service de la statistique

Note 1 - Les données présentent les cas de 2008 au 30 septembre 2009

... De même qu'au niveau de la promotion des solutions de RAT pendant la consolidation

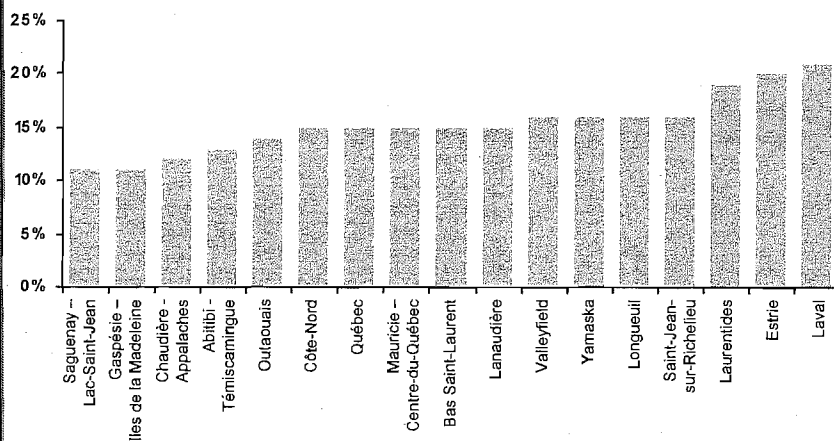
Les directions régionales ne font pas la promotion de l'assignation temporaire au même degré et les outils de RAT tels que la « solution provisoire » ne sont pas utilisés aussi intensément dans toutes les régions

- L'assignation temporaire n'est pas de la responsabilité de la CSST et n'est pas une option possible dans tous les cas. Par contre, les gestionnaires de cas peuvent jouer un rôle en sensibilisant les employeurs, les travailleurs et les médecins traitant
- Cette sensibilisation des parties (employeurs, travailleurs et médecins traitant) est également importante pour des solutions temporaires ou partielles de RAT

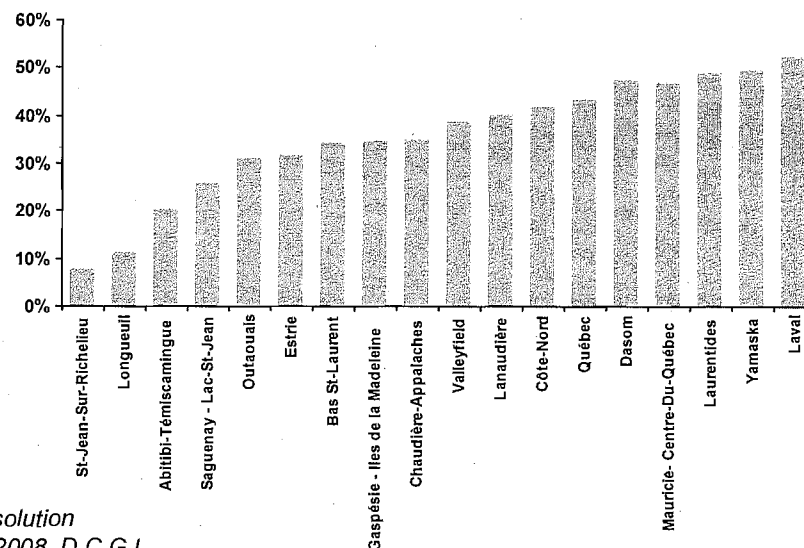
Défi n° 4

Une diminution des variances entre les régions

% de cas de P1 à P7 avec « solution provisoire » par région (%; 2008)



% de cas de P1 à P7 avec « assignation temporaire » par région (%; cas de 2005 analysés en septembre 2009)



Sources: Nombre de dossiers - événements par année ayant bénéficié d'une solution provisoire à partir de dossiers ayant eu une décision d'admissibilité de 1999 à 2008, D.C.G.I, CSST; Nombre de dossiers - événements par année ayant bénéficié d'assignation temporaire durant la période de consolidation à partir de dossier ayant eu une décision d'admissibilité de 1999 à 2008, D.C.G.I, CSST; Répartition des premières décisions d'admissibilités assignés dans les profils par provenance de l'accès au régime, D.C.G.I., CSST

Note: 1 - nombre de cas observés le 30 septembre de l'année suivant l'année de référence

La possibilité de réduire le niveau des variances

L'existence d'écarts est inévitable dans une structure décentralisée comme celle de la CSST. Par contre, il est possible d'atténuer ces différences sans déresponsabiliser et sans démotiver les équipes régionales

- On peut travailler sur une plus grande standardisation de certaines pratiques clés par du soutien et des initiatives d'assurance-qualité
- On peut aussi favoriser des écarts moins grands sur des éléments plus importants en insistant sur certaines attentes particulières
- À cet égard, il est utile de noter l'évolution au niveau de la réadaptation où des signaux plus forts ont été donnés ces dernières années et où l'on observe une diminution de la variance dans le temps et un niveau plus faible d'écart

Niveau et évolution de l'écart-type de différents indicateurs

(Écart-type, par période identifiée)

Indicateurs	Niveau d'écarts en 2008*	Évolution de l'écart dans le temps
Taux d'acceptation	Faible	Variable
Durée pour la première décision d'admissibilité	Élevé	Stable
% de décisions changées à la DRA sur l'admissibilité	Moyen	Stable
% de décisions changées à la CLP sur l'admissibilité	Moyen	Hausse*
Durée moyenne des cas à la fin de la période de consolidation	Moyen	Stable
Durée moyenne des cas à la fin de la période de réadaptation	Faible	Baisse

* En 2008 seulement

Écart-type des régions par rapport à la moyenne des régions. Faible : Moins de 10%, Moyen : Entre 10 et 20%, Élevé : Plus de 20 %

Sources : Délai NIR & RIGOR, CSST, Statistiques d'admissibilité: Équipe des indicateurs de gestion, Service de la comptabilité, des contrôles financiers et des indicateurs de gestion, CSST, Réparation-Décembre 2007, Sept 2008 et 2009, Analyses SECOR

Défi n° 4

Une diminution des variances entre les régions

La pertinence de revoir les attentes opérationnelles et les indicateurs de gestion

Défi n° 4

Une diminution des variances entre les régions

Une série de Nouveaux indicateurs de la réparation (NIR) ont été développés pour renforcer le changement associé à l'implantation du nouveau cadre d'intervention selon les profils de risque

- Un grand nombre de NIR a été développé pour couvrir toutes les grandes dimensions du nouveau cadre d'intervention. Une forte proportion de ces NIR visent surtout à s'assurer de la conformité des processus mis en place et par le fait même d'une allocation souhaitée de la gestion des cas (et indirectement assurer un bon contrôle des ressources impliquées dans la gestion des cas)
- Le grand nombre de NIR et leur compréhension dans certaines régions ont toutefois conduit avec le temps à certains résultats moins souhaitables sur le plan de la gestion du risque
 - Par exemple, en retenant plus longtemps des dossiers à certaines étapes ou en évitant de transférer trop de dossiers dans certains profils de risque)
- Compte tenu que le nouveau cadre de gestion est maintenant implanté depuis quelques années et qu'un programme d'assurance-qualité est en préparation, il y a une opportunité de revoir ou renforcer un plus petit nombre d'indicateurs et d'attentes opérationnelles et de les recentrer principalement sur des résultats attendus
 - % de RAT, durée moyenne, coûts d'IRR, satisfaction des travailleurs et des employeurs
- Une telle approche permettrait d'aligner l'ensemble de l'organisation sur les dimensions clés tout en facilitant la compréhension des indicateurs et leur partage
 - Certains de ces indicateurs (par exemple IRR versé, durée moyenne) étaient intégrés à l'évaluation annuelle des DR. Il importe toutefois de renforcer l'importance de ces indicateurs à tous les niveaux de l'organisation. Ces indicateurs de résultats seraient utilisés pour suivre et évaluer les régions. Par contre, il y aurait aussi lieu de fixer certaines attentes globales pour l'ensemble des directions régionales. Cette façon de faire pourraient encourager davantage le partage des meilleures pratiques entre les régions.

Source: Rapport SECOR « Rencontres régionales - Constats »

Partie 5 : Principaux défis opérationnels de la CSST

- Une réduction de la durée de la période de consolidation
- Une détection plus hâtive des cas à risque de chronicité
- Un focus renouvelé sur le retour au travail
- Une diminution des variances entre les régions
- Une baisse des délais d'appel

Contexte

Une baisse des délais d'appel

Situation générale

- Le régime québécois est confronté à un niveau de contestation beaucoup plus important que dans les autres provinces analysées, même si le taux de maintien des décisions y est plus élevé qu'ailleurs
- Les délais de décision ont eu tendance à s'accroître au cours des dernières années, particulièrement à la CLP où ils atteignent des niveaux élevés
- Les dossiers de CLP représentent une part significative des dossiers chronicisés de la CSST et contribuent à accroître les coûts d'IRR du régime

Les éléments favorables

- Une collaboration accrue récemment sur le plan opérationnel entre la CSST et la CLP
- De nouvelles approches qui ont réduit les délais à la DRA

Les contraintes réglementaires ou législatives

- L'approche de présomption à l'admissibilité
- La non obligation de la CLP d'être liée aux orientations de la CSST
- Quoique non reliée au cadre législatif, il y a une tendance accrue aux demandes de « désimputation »

Les pistes d'amélioration

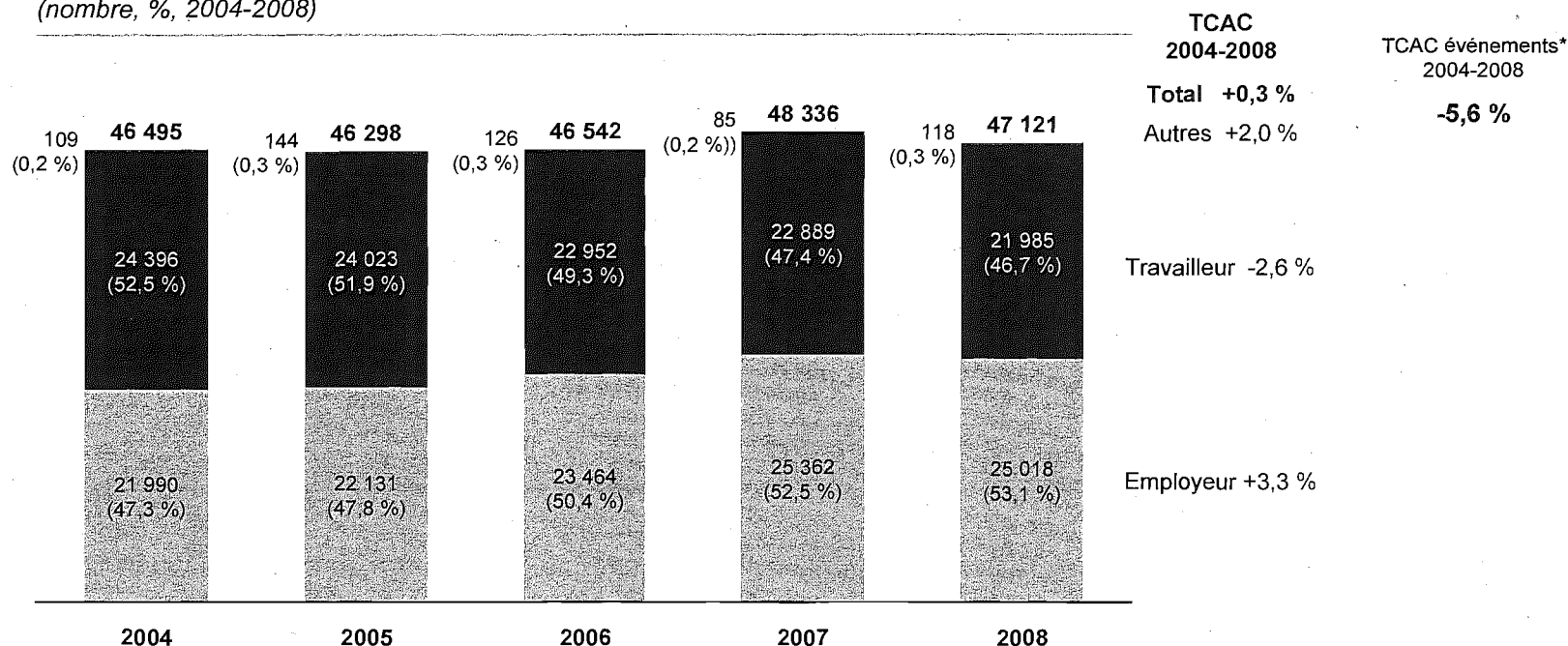
- Un appui aux efforts de la CLP pour éliminer voire atténuer ses contraintes d'embauche
 - Le niveau de ressources de la CLP n'a pas suivi l'évolution de ces cas et la Commission est contrainte par les règles de remplacement de son personnel qui quitte (contrairement à la CSST)
- Un appui aux efforts en cours à la CLP pour réduire le nombre de reports
- L'introduction par la CSST d'une classification de dossiers prioritaires et un partage de cette classification avec la CLP pour l'aider dans ses décisions lors des inscriptions au rôle

Les employeurs contestent de plus en plus à la DRA

Entre 2004 et 2008, les demandes de révision à la DRA ont augmenté de 0,3 % par année pendant que le nombre de réclamations à la CSST avec perte de temps diminuait de 5,6 %

- L'augmentation provient principalement des employeurs, qui ont augmenté leurs demandes de révision à un rythme de 3,3 % par année depuis 2004

Demandes de révision inscrites à la DRA par appelant
(nombre, %, 2004-2008)



Source : CSST, Indicateur de gestion – Contestations

* Réclamations avec perte de temps

Une utilisation plus fréquente du processus de révision par les employeurs indique un changement important dans l'approche de ceux-ci envers la CSST

Défi n° 5

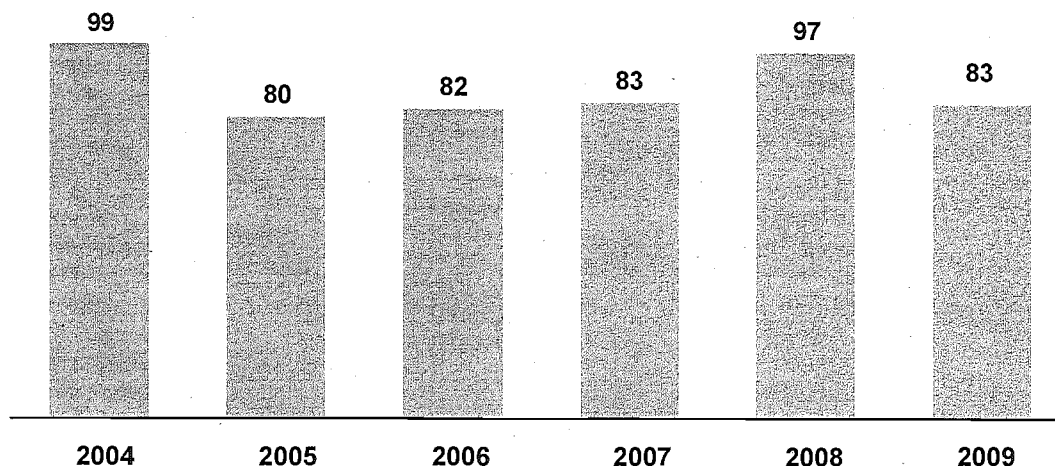
Une baisse des délais d'appel

Les délais de traitement à la DRA ont varié récemment

Les délais de traitement à la DRA avaient augmenté sensiblement en 2008, puis sont revenus en 2009 au niveau de 2005-07

- Un projet spécial mis en place en 2009 a été en mesure de renverser la hausse de 2008
- Il importe maintenant de voir si on peut aller encore plus loin en termes de réduction des délais à cette instance, que ce soit par des projets spéciaux comme en 2009, par de nouveaux processus de traitement de l'information ou par une réduction des écarts régionaux

Délais de traitement à la DRA
(nombre de jours, 2004-2009)



Source : CSST, Indicateur de gestion – Contestations, Portrait mensuel de la DRA (décembre 2009)

Défi n° 5

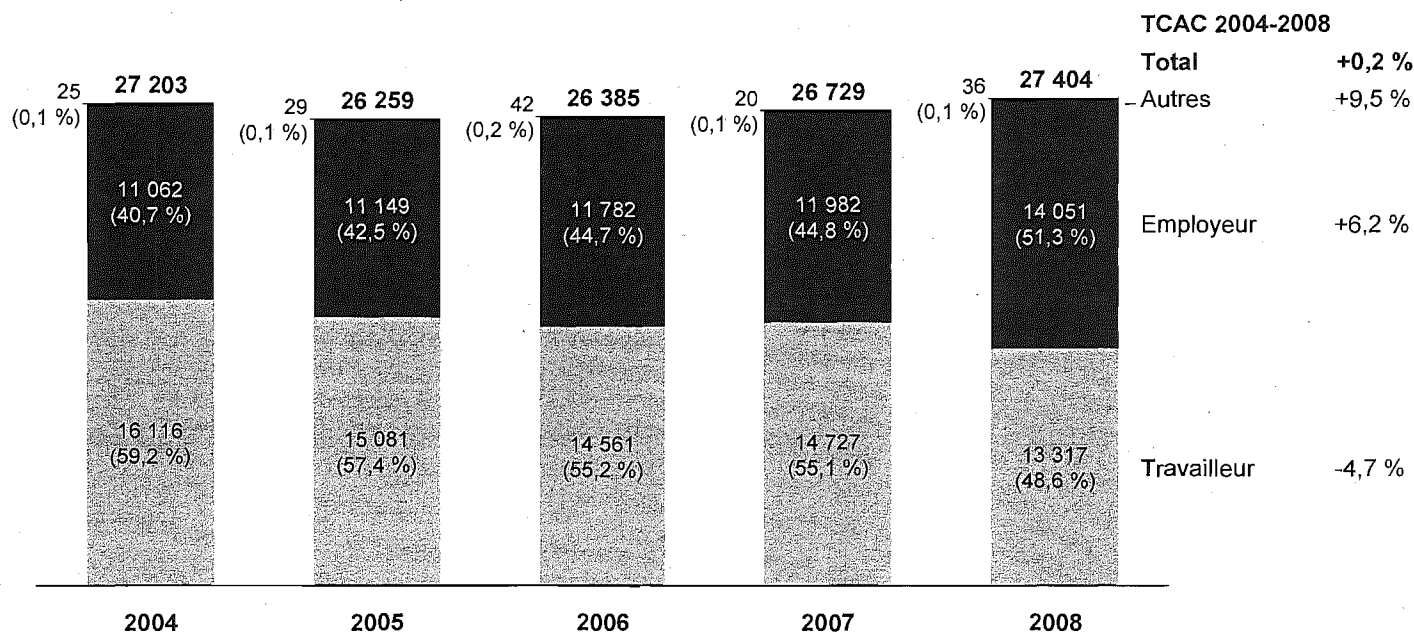
Une baisse
des délais
d'appel

À la CLP, les employeurs contestent aussi beaucoup plus que par le passé

Comme à la DRA, le nombre de demandes de révision augmente entre 2004 et 2008 et ce, malgré la diminution du nombre d'événements

- Encore une fois, ce sont les employeurs qui contestent de plus en plus, avec une augmentation annuelle moyenne de 6,2 % du nombre de leurs contestations

Demands de contestation reçues à la CLP par appelant
(nombre, %, 2004-2008)



Source : CSST, Indicateur de gestion - Contestations

Défi n° 5

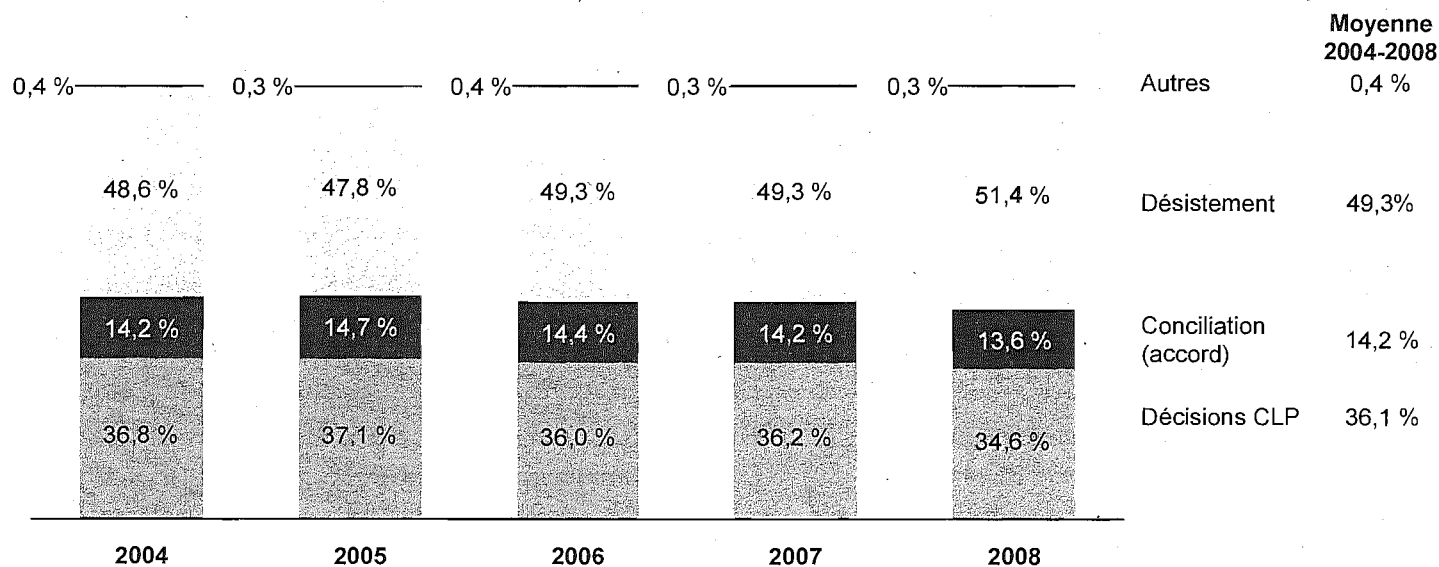
Une baisse des délais d'appel

Avec une portion importante de désistements

Près de la moitié des contestations soumises à la CLP mènent à un désistement et les désistements ont progressé un peu plus rapidement au cours des dernières années

- Aux dépens des conciliations et des décisions prises par la CLP
- Plus globalement, environ le tiers seulement des contestations soumises se rendent à une décision de la CLP

Évolution des dossiers de contestation à la CLP
(%, 2004-2008)



Source : CSST, Indicateur de gestion - Contestations, Par région, 2004 à 2008

Défi n° 5

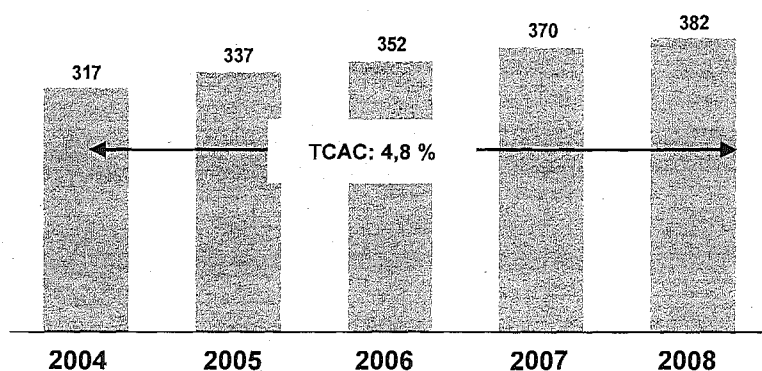
Une baisse des délais d'appel

Les délais à la CLP, qui ne cessent d'augmenter, sont une cause importante de chronicité

Les délais à la CLP augmentent d'une façon constante et sont maintenant rendus au-delà d'une année complète d'attente

- Les délais à la CLP augmentent de 4,8 % par année à la CLP, bien au-delà de l'augmentation du nombre d'appels (0,2 %)
- La relation entre la présence d'une décision de la CLP renversant une décision de la CSST et un dossier de longue durée ne fait plus de doute alors que 40 % de ces dossiers sont dans cette situation

Délais de traitement à la CLP
(nombre de jours, 2004-2008)



Extrait - Sondage sur les dossiers 1 000 jours
(Questions 28a à 28f ; n= 335)

Dans le dossier, retrouve-t-on une décision de la CLP portant sur :

Motif de la décision	% estimé	Marge d'erreur (%)
Renversement quant à l'admissibilité	22,6	4,1
Acceptation d'un diagnostic préalablement refusé	17,3	3,8
Renversement de la décision de l'emploi convenable	6,7	2,4
Renversement de la décision de refaire emploi ou EC	10,2	3,0
Renversement de la décision de consolidation	4,5	2,1
Reconnaissance de LF plus importantes	6,7	2,4
Cumul des motifs		
Avec renversement (CLP) pour au moins un motif	39,8	4,9
Sans renversement (CLP)	60,2	4,9
Total	100,0	

Sources : CSST, Indicateur de gestion - Contestations, Résultats du sondage, Équipe d'analyse, Service de la statistique, Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information, Novembre 2009

Défi n° 5

Une baisse des délais d'appel

Un apport accru de ressources pourrait réduire les délais

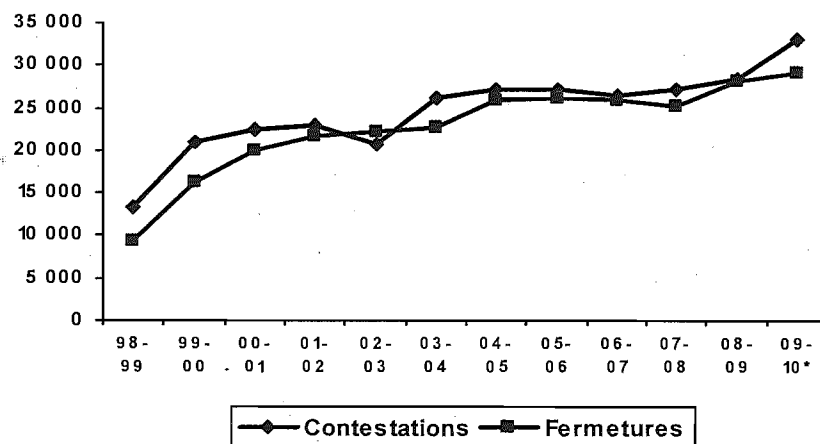
La CLP réussit à « fermer » de plus en plus de dossiers, année après année, malgré une baisse d'effectifs pour rendre ses décisions

- Le nombre d'ETC est passé de 464 à 417 entre 1998-1999 et 2009-2010 pendant que le nombre de contestations doublait de 13 274 dossiers à environ 33 000 durant la même période (le portrait reste défavorable si on analyse la situation en termes de décisions prises à la CLP plutôt que par nombre de contestations)
- Contrairement à la CSST, la CLP est contrainte par la règle de un remplacement sur deux de ses ressources de support. Cet impact ira en croissant dans les années qui viennent avec les départs anticipés. Une opération « blitz » en avançant des embauches de nouveaux commissaires (pour remplacer ceux qui quitteront bientôt) pourrait aussi diminuer les délais
- L'écart entre le nombre de contestations et le nombre de fermetures dans une année sera le 2^{ième} plus important des dix dernières années en 2009-2010 (~4 000 dossiers)

Défi n° 5

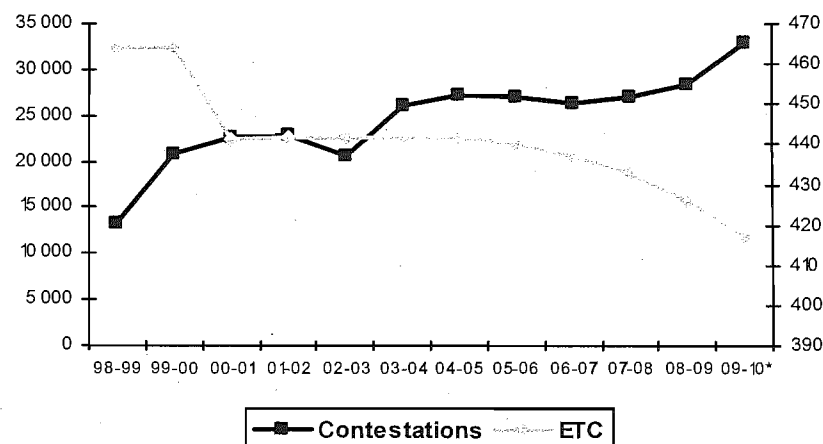
Une baisse des délais d'appel

Nombre de contestations et de fermetures
(nombre, 1999-2000 à 2009-2010*)



Source : CLP

Nombre de contestations et d'employés autorisés temps complet
(nombre, 1999-2000 à 2009-2010*)



Note : 1- 2009-2010 est une estimation de la CLP

Sommaire -

Principaux défis organisationnels de la CSST

Défi 1 : Réduire la période de consolidation médicale

- Un peu plus de la moitié de la hausse de la durée moyenne de jours d'IRR de la dernière décennie s'explique par l'augmentation de la période nécessaire pour consolider la situation médicale des travailleurs accidentés
- La réduction de cette période n'est toutefois pas facile puisqu'elle n'est pas totalement sous le contrôle de la CSST. Néanmoins, il existe des pistes potentielles d'amélioration à cet égard, dont :
 - Accroître le support et la sensibilisation auprès des médecins traitants, notamment au niveau du REM et du RAT
 - Faire un suivi plus étroit de la situation médicale du travailleur et de ses délais d'accès aux soins
 - Accroître le suivi des délais hospitaliers
 - Collaborer davantage avec le MSSS et le réseau pour augmenter l'accès aux soins (dans une perspective à court terme de blitz, mais également par une approche continue et récurrente)
 - Explorer et promouvoir le cas échéant de nouvelles approches de traitement des TMS (par exemple, centre de référence et approche par palier incluant pour les cas plus lourds une approche multidisciplinaire)
 - Suivre la mise en place du projet de règlement de la Loi 33

Sommaire -

Principaux défis organisationnels de la CSST

Défi 2 : Détecter plus rapidement les cas à risque de chronicité

- La CSST affiche un taux de fermeture de dossiers sur la première année de la lésion de 1 à 2 % plus bas que les autres grands organismes canadiens en santé et sécurité. L'accès aux soins peut expliquer une partie de cet écart, mais le cadre d'intervention retenu contribue aussi à ces résultats
- Une détection plus précoce des cas à risque de chronicité est possible et ce, en procédant à certains ajustements au cadre d'intervention actuel, notamment :
 - Revoir certaines pratiques et processus, notamment à l'admissibilité et aux CSR, afin de s'assurer de contacter plus rapidement le travailleur (et l'employeur) afin de déceler les risques de chronicité du dossier
 - Développer un guide/grille de facteurs prédictifs de chronicité qui serait toujours au dossier et ce, dès l'accès au régime
 - Diminuer et systématiser les délais préétablis pour revoir les dossiers (les filets de sécurité)
 - Incorporer à la Phase 3 du dossier électronique des facettes automatiques d'identification de facteurs prédictifs de chronicité
 - Augmenter le nombre de ressources aux P1 et P2 afin de réduire le volume de dossiers par intervenant
 - Revoir les indicateurs de performance pour éviter la rétention des dossiers à certaines étapes et inciter à des durées globales plus courtes
 - Accélérer le transfert des dossiers à risque (CAR) vers les conseillers en réadaptation en diminuant les délais d'alerte et de révision du risque

Sommaire -

Principaux défis organisationnels de la CSST...

Défi 3 : Accroître le focus sur le retour au travail

- Le nouveau cadre d'intervention a mis l'accent sur la gestion du risque, la mise en place d'une offre spécifiquement adaptée aux divers profils de risque, l'allocation optimale des ressources en fonction des types nécessaires d'intervention aux différents profils de risque et le développement de solutions reflétant les caractéristiques propres à chaque profil de risque
- Le retour au travail reste partout présent dans ce nouveau cadre d'intervention, mais il est en partie noyé parmi l'ensemble des objectifs et attentes. Parmi les pistes potentielles d'amélioration, on compte :
 - Ramener le RAT parmi les éléments majeurs de ses principes directeurs et de ses indicateurs de performance
 - Développer un guide/grille de leviers de RAT et en faire le suivi tout au long de l'évolution du dossier
 - Envisager de nouveaux moyens pour aider le travailleur au moment de sa recherche d'emploi (par exemple, le développement d'une offre externe à l'intention des travailleurs qui sont à l'étape de la période d'une année indemnisée pour la recherche d'emploi, incluant potentiellement un boni en fonction de la durée de la période de recherche)
 - Mobiliser les ressources régionales œuvrant dans les CSR pour impliquer davantage les médecins traitants dans la recherche de solutions vers un RAT (incluant, solutions provisoires de RAT, assignation temporaire, identification des limitations fonctionnelles prévisibles en période de consolidation)
 - Assurer un suivi plus étroit des objectifs de finalisation du plan d'action individualisé, incluant, le cas échéant, le travail de définition de l'emploi convenable

Sommaire -

Principaux défis organisationnels de la CSST...

Défi 4 : Réduire la variance entre les directions régionales

- Si des écarts sont inévitables dans une structure et une culture régionale comme celle de la CSST, il est également possible d'avoir une plus grande cohérence dans les façons de faire et un plus grand partage des meilleures pratiques. Le roulement de personnel à prévoir dans les prochaines années constitue à la fois une nécessité à cette plus grande harmonisation et une opportunité pour réduire les différences sur les aspects clés de la performance globale
- La réduction des variances entre les régions sur certains aspects clés de la performance pourra provenir de diverses avenues, notamment :
 - Regrouper certaines activités au sein de centre dédié (par exemple, l'admissibilité)
 - Revoir les attentes et les indicateurs en les centrant davantage sur un petit nombre d'indicateurs de résultats de premier niveau et lié au Plan d'action 2010-2014 (par exemple, durée moyenne, % de RAT, \$ d'IRR...)
 - Renforcer une vision commune sur la gestion du risque par l'application plus extensive de certains mécanismes critiques de suivi de dossiers (par exemple, l'allocation des dossiers et la table de réévaluation du risque)
 - S'assurer que la structure organisationnelles de chacune des direction régionale est conforme aux choix stratégiques de l'organisation
 - Soutenir les directions régionales, notamment les gestionnaires et les chefs d'équipe, dans la mise en place des meilleures pratiques et des pratiques optimales (par exemple, par du *coaching*, la mise en place de communautés de pratiques)
 - Ajuster l'évaluation des directions régionales pour faciliter les échanges sur les meilleures pratiques (par exemple, en intégrant une portion sur la performance globale et (ou) le support aux autres régions)

Sommaire -

Principaux défis organisationnels de la CSST...

Défi 5 : Diminuer les délais d'appel

- Le régime québécois se distingue par son haut niveau de contestation, ce qui s'est traduit également dans le temps par des délais de traitement des appels qui sont de plus en plus longs. La présence de décisions changées au niveau de la CLP contribue à un très grand nombre de dossiers de plus de 1 000 jours d'IRR et nourrit par le fait même la problématique de la chronicité
- Les leviers de la CSST sur la diminution des délais d'appel sont partiels, mais des pistes d'amélioration peuvent être envisagées :
 - Appuyer la CLP dans ses démarches de dérogation aux règles de remplacement des départs
 - Envisager une opération « blitz » à la CLP en nommant plus rapidement de nouveaux commissaires qui remplaceront des départs prévus prochainement
 - Appuyer les démarches de la CLP au niveau de la réduction des reports
 - Poursuivre les efforts internes pour diminuer les délais à la DRA
 - Accroître la listes des spécialistes au niveau médical pour diminuer les délais au BEM et à la CLP
 - Développer à la CSST des critères de dossiers prioritaires et les partager avec la CLP pour assurer une mise au rôle plus rapide des dossiers à impact très élevé

Partie 6 : Validation et bonification du plan d'action sur la chronicité



Partie 6 : Validation et bonification du plan d'action sur la chronicité

Objectif

- L'objectif de la partie 6 est de valider les bénéfices financiers reliés au plan d'action bonifié sur la chronicité
- Pour atteindre cet objectif, une révision du plan d'action 2010-2014 initial a été effectuée avec l'équipe de la DGOC de la CSST à l'aide des constats et défis organisationnels discutés dans les premières parties de ce rapport. De cet exercice est ressorti un plan d'action 2010-2014 bonifié qui est présenté dans les prochaines pages. Par la suite, un exercice d'estimation des bénéfices financiers bruts reliés à chacun des six objectifs du plan d'action 2010-2014 bonifié a été réalisé par une équipe mixte de travail SECOR/CSST.
- Cette sixième partie est basée sur un effort conjoint des équipes de travail de SECOR et de la CSST. Les bénéfices financiers bruts ont été identifiés à l'aide d'hypothèses raisonnables de travail qui ont toutes été sérieusement discutées et validées avec les équipes de la CSST. Ces hypothèses reposent sur les connaissances opérationnelles de la CSST, sur le diagnostic de l'équipe de SECOR et sur les constats d'efforts similaires effectués par d'autres juridictions.

Contenu

- Plan d'action 2010-2014 bonifié
- Analyse et validation des bénéfices financiers bruts reliés au plan d'action bonifié

Partie 6 : Validation et bonification du plan d'action sur la chronicité

Le plan d'action 2010-2014 bonifié

Analyse et validation des bénéfices financiers bruts reliés au plan d'action bonifié

Plan d'action 2010-2014 : Priorités d'améliorations

Les priorités d'améliorations du plan d'action bonifié s'articulent autour des objectifs suivants :

1. Réduire la durée moyenne de la consolidation médicale;
2. Réduire le nombre de lésions de troubles musculo-squelettiques (TMS);
3. Réduire le nombre de dossiers longue durée;
4. Bonifier les contrôles de remboursement des services d'assistance médicale;
5. Améliorer la cohérence, l'efficience et la qualité de nos décisions et de nos interventions;
6. Réduire les délais d'appels

Source: CSST

Objectif #1 du plan d'action bonifié

RÉDUIRE LA DURÉE MOYENNE DE LA CONSOLIDATION MÉDICALE

■ Accélérer l'accès aux soins :

- Évaluer l'opportunité d'effectuer un blitz pour réduire les délais d'attente de chirurgie et d'instaurer des ententes avec le réseau public afin d'optimiser l'utilisation des salles d'opération;
- Suivre de près l'application de la loi 33 ainsi que l'adoption du nouveau règlement qui permettra d'identifier les centres médicaux spécialisés(CMS);
- Augmenter le nombre de REM complétés par les médecins traitants;
- Suivre les retombées du nouveau service médico-administratif relatif à l'accès en spécialité;
- Favoriser l'accès à des centres de services multidisciplinaires.

■ Systématiser le suivi des dossiers :

- Accentuer le suivi des dossiers à l'admissibilité.
- Renforcer le suivi médical et de capacité de travail;
- Mettre en place des mécanismes corporatifs de révision des dossiers à des fréquences préétablies (filets de sécurité);
- Accroître le suivi des délais hospitaliers.

■ Implanter une approche corporative de détection et de prise en charge du risque en continu et ce, dès l'admissibilité (NAD)

- Se doter d'un outil de détection (risque mètre) qui intègre un modèle de facteurs prédictifs de chronicité.

■ Augmenter les communications avec la clientèle

- Préciser les attentes de communications auprès des travailleurs et employeurs.

■ Promouvoir une approche de collaboration avec les mutuelles

■ Accentuer le rôle de la DSM et des médecins-conseils en les impliquant davantage dans le soutien des médecins traitants et dans la recherche de solution de RAT :

- Mettre en place une équipe multidisciplinaire interne visant à soutenir le médecin traitant et les intervenants de la santé dans la gestion des cas complexes;
- Soutenir la mise en place de solutions provisoires et d'assignation temporaire;
- Identifier les limitations fonctionnelles prévisibles en période de consolidation;
- Intervention ciblée auprès des médecins traitants afin :
 - de réduire les délais d'attente de chirurgie;
 - d'accélérer la référence à un spécialiste et l'obtention de rapports.

Objectif #2 du plan d'action bonifié

RÉDUIRE LE NOMBRE DE LÉSIONS DE TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES (TMS)

Les TMS seront dorénavant inclus dans un Plan d'action Établissement en prévention-inspection avec comme principale cible d'intervention la manutention. Plus spécifiquement les stratégies retenues concerneront :

Stratégie 1 : Sensibilisation par secteur

- Secteur hospitalier (**13 % de l'ensemble des lésions professionnelles acceptées*) : des liens seront établis avec le MSSS en 2010 afin de les soutenir dans leur prise en charge de la prévention des TMS, notamment dans les activités de déplacement des personnes;
- Secteur de la transformation de la viande et de la volaille (**5% de l'ensemble des lésions professionnelles acceptées*) : la stratégie de développement d'outils de prévention pour le milieu se poursuit.

Stratégie 2 : Sensibilisation par activité de travail

- Mise en place d'un réseau d'échange en manutention avec la collaboration de l'IRSST ainsi que le développement d'outils de prévention reliés à la manutention (*19 % de l'ensemble des lésions professionnelles acceptées*)

Stratégie 3 : Intervention des inspecteurs pour le volet manutention

- La cible visera, dans un premier temps, le déplacement des objets et par la suite, le déplacement des personnes. Les milieux de travail où des dossiers TMS présentent des risques de chronicité seront ciblés;
- L'augmentation du pourcentage d'inspecteurs du secteur établissements impliqués en TMS (passage de 25 % à 100 % des inspecteurs);
- Au même titre que les autres plans d'actions, une approche préconisant une gradation de moyens sera privilégiée

Source: CSST

Objectif #3 et #4 du plan d'action bonifié

RÉDUIRE LE NOMBRE DE DOSSIERS DE LONGUE DURÉE

- **Réaliser un blitz pour réduire le nombre de dossiers de 1 000 jours et plus d'IRR (réparer la chronicité) :**
 - Créer une équipe dédiée afin de soutenir les directions régionales dans le traitement de ces dossiers;
 - Encadrer l'exercice blitz dans les directions régionales par une démarche de gestion.
- **Se donner une approche d'encadrement et de suivi des dossiers de longue durée (prévenir la chronicité):**
 - Rôle accru du DSS dans le suivi et l'encadrement des dossiers;
 - Niveau d'investissement attendu pour ces dossiers.
- **Améliorer l'utilisation du plan d'action et le suivi des interventions en réadaptation**
- **Consolider l'application des pratiques optimales**
- **Accélérer la démarche de retour au travail en soutenant les travailleurs durant la période de recherche d'emploi :**
 - Développer à l'externe une offre de support à la recherche d'emploi;
 - Réduire la période de recherche d'emploi.

BONIFIER LE CONTRÔLE DES REMBOURSEMENTS DES SERVICES D'ASSISTANCE MÉDICALE

- **Comptes d'établissement de santé :**
 - Implanter des contrôles tarifaires informatisés des services facturés;
 - Améliorer nos critères de jumelage des comptes;
 - Réviser le formulaire des comptes d'établissement de santé.
- **Frais de physiothérapie et d'ergothérapie :**
 - Revoir notre règle de paiement des traitements de physiothérapie et d'ergothérapie avant l'admissibilité de la réclamation et lorsque la lésion est consolidée pour des travailleurs sans atteinte permanente, ni limitation fonctionnelle;
 - Développer un protocole d'intervention auprès des cliniques de physiothérapie afin de vérifier le respect des critères de qualification et l'application du règlement sur l'assistance médicale.

Source: CSST

Objectif #5 et #6 du plan d'action bonifié

AMÉLIORER LA COHÉRENCE, L'EFFICIENCE ET LA QUALITÉ DE NOS DÉCISIONS ET DE NOS INTERVENTIONS

■ Améliorations technologiques :

- Implanter un dossier numérique et un bureau intégré;
- Évaluer la possibilité de prioriser l'automatisation de l'admissibilité des cas simples comme prochaine livraison du plan de modernisation (livraison 3);
- Développer des outils d'aide à la détection des facteurs de risque et des communications automatisées (évaluer la possibilité d'ajuster la portée de la livraison 2 du Dossier électronique);
- Assurer l'amélioration continue de l'offre de services en ligne.

■ Accentuer le soutien et le suivi des opérations :

- Mettre en place la nouvelle offre de service de la Direction du suivi et du soutien des opérations en réparation (DGOC);
- Revoir les indicateurs de gestion stratégiques et les attentes opérationnelles.

■ Constituer des communautés de pratiques et d'échanges à l'intention des gestionnaires, des chefs d'équipe et des intervenants;

■ Mettre en place une démarche corporative d'assurance qualité;

- Identifier 5 cibles prioritaires.

■ Implanter la gestion dédiée des demandes d'admissibilité suite à l'implantation du dossier électronique;

■ S'assurer que la structure organisationnelle de chacune des directions régionales est conforme aux choix stratégiques de l'organisation.

RÉDUIRE LES DÉLAIS D'APPELS

■ Gérer plus efficacement les demandes de révision

- Réviser le processus de traitement des demandes pour réduire les délais;
- Poursuivre l'implantation du dossier numérisé à la DRA.

■ Mettre en place un comité de liaison CSST/CLP afin de faciliter l'échange d'information et la priorisation des dossiers.

Source: CSST

Partie 6 : Validation et bonification du plan d'action sur la chronicité

Le plan d'action 2010-2014 bonifié

Analyse et validation des bénéfices financiers bruts reliés au plan d'action bonifié



Sommaire des bénéfices financiers totaux

En 2014, les bénéfices financiers bruts reliés au plan d'action bonifié atteindraient 90 millions \$, soit environ 8,13¢ par 100 \$ de masse salariale cotisable¹

Bénéfices financiers bruts totaux
(en milliers \$; 2009 à 2014)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
OBJECTIF 1 : Réduire la durée moyenne d'IRR de consolidation médicale	\$ -	\$ -	\$ 15 590	\$ 31 580	\$ 49 011	\$ 62 256	\$ 158 437
OBJECTIF 2 : Réduire le nombre de lésions musculo-squelettique (TMS)	\$ -	\$ -	\$ 2 096	\$ 4 193	\$ 6 289	\$ 8 385	\$ 20 964
OBJECTIF 3 : Réduire le nombre de dossiers de longue durée	\$ -	\$ 1 054	\$ 2 986	\$ 3 468	\$ 4 026	\$ 4 740	\$ 16 273
OBJECTIF 4 : Bonifier les contrôles des remboursements des services d'assistance médicale	\$ -	\$ 800	\$ 1 550	\$ 4 600	\$ 6 900	\$ 6 900	\$ 20 750
OBJECTIF 5 : Améliorer la cohérence, l'efficacité et la qualité de nos décisions et de nos interventions	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 2 749	\$ 4 406	\$ 5 186	\$ 12 342
OBJECTIF 6 : Réduire les délais d'appels	\$ -	\$ -	\$ 914	\$ 1 828	\$ 2 742	\$ 2 742	\$ 8 226
Total	\$ -	\$ 1 854	\$ 23 136	\$ 48 418	\$ 73 374	\$ 90 210	\$ 236 992

Sources: Analyse financière des mandats, SECOR & CSST

¹ Note : Selon la situation en 2010 où 11,1 millions de \$ équivaut à 1¢ par 100\$ de masse cotisable

Sommaire des bénéfices financiers (détail par action)

C'est par les priorités d'améliorations reliées à l'objectif #1 (réduire la durée moyenne d'IRR de consolidation médicale) que les 2/3 des bénéfices financiers bruts seront atteints

Bénéfices financiers bruts totaux (détail par action) (en milliers \$; 2009 à 2014)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Total
OBJECTIF 1 : Réduire la durée moyenne d'IRR de consolidation médicale							
1.1 Diminution des délais d'attente de chirurgies	\$ -	\$ -	\$ 2 880	\$ 4 320	\$ 7 200	\$ 7 200	\$ 21 601
1.2 Systématiser le suivi des dossiers	\$ -	\$ -	\$ 5 792	\$ 17 714	\$ 29 635	\$ 40 252	\$ 93 394
1.3 Accroissement du nombre d'assignations temporaires	\$ -	\$ -	\$ 6 918	\$ 9 546	\$ 12 175	\$ 14 804	\$ 43 442
						Total	\$ 158 437
OBJECTIF 2 : Réduire le nombre de lésions musculo-squelettique (TMS)							
2.1 Réduire de 2% le nombre de lésions TMS	\$ -	\$ -	\$ 2 096	\$ 4 193	\$ 6 289	\$ 8 385	\$ 20 964
OBJECTIF 3 : Réduire le nombre de dossiers de longue durée							
3.1 Diminution de l'IRR	\$ -	\$ 1 054	\$ 2 986	\$ 2 986	\$ 2 810	\$ 2 810	\$ 12 646
3.2 Diminution de l'IRR de recherche d'emploi	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 482	\$ 1 216	\$ 1 930	\$ 3 628
						Total	\$ 16 273
OBJECTIF 4 : Bonifier les contrôles des remboursements des services d'assistance médicale							
4.1 Comptes d'établissements de santé	\$ -	\$ 800	\$ 1 550	\$ 2 300	\$ 2 300	\$ 2 300	\$ 9 250
4.2 Frais de physiothérapie et d'ergothérapie	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 2 300	\$ 4 600	\$ 4 600	\$ 11 500
4.3 Cliniques de physiothérapie et d'ergothérapie	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
						Total	\$ 20 750
OBJECTIF 5 : Améliorer la cohérence, l'efficacité et la qualité de nos décisions et de nos interventions							
5.1 Améliorations technologiques	\$ -	\$ -	\$ -	\$ 2 749	\$ 3 626	\$ 3 626	\$ 10 002
5.2 Efficacité d'admissibilité					\$ 780	\$ 1 560	\$ 2 340
						Total	\$ 12 342
OBJECTIF 6 : Réduire les délais d'appels							
6.1 Diminution des dossiers contestés à la CLP	\$ -	\$ -	\$ 914	\$ 1 828	\$ 2 742	\$ 2 742	\$ 8 226
	Total	\$ -	\$ 1 854	\$ 23 136	\$ 48 418	\$ 73 374	\$ 90 210
							\$ 236 992

Sources: Analyse financière des mandats, SECOR & CSST