

Titre de la section : Administration des prestations – *Décision et indemnisation*

Objet : Taux de déficience permanente

Date d'entrée en vigueur : Le *Barème A*, Taux de déficience permanente s'applique à tous les taux de déficience établis ou rétablis en date du 31 décembre 2022, sauf pour les taux de déficience pour perte auditive établis le 1^{er} septembre 2017 ou après.

Le *Barème B*, Taux de déficience permanente pour perte auditive s'applique à tous les taux pour perte auditive établis ou rétablis le 1^{er} juillet 2016 ou après et dont la méthode d'évaluation est déterminée en fonction de la date de l'accident tel qu'il est établi dans le Barème B.

A. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Les articles 4(9) et 38 de la *Loi sur les accidents du travail* du Manitoba abordent les prestations pour déficience. Ces prestations sont calculées en établissant un taux représentant un pourcentage de la déficience par rapport au corps en entier. La prestation n'est pas liée à la perte de la capacité de gain et ne doit pas être considérée comme une substitution de la perte de la capacité de gain.

B. POLITIQUE

1. Le degré de déficience sera déterminé par les Services de soins de santé de la WCB conformément à cette politique. Le degré de déficience établi par les Services de soins de santé peut seulement être modifié s'il est passé en revue et approuvé par le directeur responsable de la WCB ou la personne qu'il désigne, sous réserve du processus d'appel ordinaire.
2. Dans la mesure de ce qui est possible et raisonnable, les taux de déficience seront établis dans le respect rigoureux des barèmes d'IPP ci-joints, soit le Barème A et le Barème B.
3. Le moment approprié pour évaluer un travailleur blessé et établir un taux de déficience permanente sera indiqué dans les barèmes d'IPP.
4. Les Services de soins de santé attribueront des taux de déficience en fonction des renseignements au dossier ou des renseignements fournis par le médecin traitant, si ces renseignements sont disponibles et si le taux de déficience est inférieur à 20 %.

Les taux de déficience de 20 % ou plus peuvent être confirmés sans examen si le taux de déficience peut être déduit à partir d'une preuve objective comme une image radiologique d'un membre amputé.

Dans d'autres cas, une évaluation clinique du travailleur blessé par un conseiller en soins de santé de la WCB ou par un conseiller en soins de santé choisi par la WCB sera requise.

Si un taux de déficience est porté en appel, une réévaluation sera effectuée par les Services de soins de santé ou par un médecin nommé par la Commission d'appel.

5. Tout taux de déficience permanente dépassant 20 % doit être passé en revue et approuvé par le directeur responsable de la WCB ou la personne qu'il désigne.

Si les Services de soins de santé de la WCB déterminent que :

- a. l'observation stricte donnerait lieu à une injustice;
- b. il existe une déficience qui n'est pas couverte par les barèmes d'IPP; ou
- c. l'examen clinique ou l'évaluation du dossier médical ne permet pas au conseiller en soins de santé de la WCB d'établir un taux de déficience valide,

le conseiller en soins de santé de la WCB peut juger qu'il est juste et équitable d'établir un taux de déficience qui n'est pas couvert de façon spécifique par les barèmes d'IPP.

En pareil cas, le conseiller en soins de santé de la WCB peut se fonder sur des renseignements autres que les barèmes d'IPP; par exemple, les *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* de l'American Medical Association.

Dans un tel cas, le taux de déficience doit être passé en revue et approuvé par le directeur responsable de la WCB ou la personne qu'il désigne. Les Services de soins de santé documenteront ces cas et expliqueront la raison du taux hors barème.

6. L'existence d'une condition préexistante n'annulera pas le droit d'un travailleur blessé à une prestation pour déficience découlant d'une blessure acceptée par la WCB. Si un travailleur est atteint d'une condition préexistante, il est admissible à un taux de déficience fondé sur la différence entre le taux total et le taux attribué pour la condition préexistante. Le conseiller en soins de santé de la WCB attribuera un taux équitable à la condition préexistante en fonction des meilleurs renseignements disponibles.

Quand cela est raisonnablement possible, le taux attribué à la condition préexistante se fondera sur les barèmes. Cependant, quand cette méthode n'est pas possible sur le plan pratique, le taux de déficience attribué à la condition préexistante sera déterminé conformément à la politique 44.10.20.10 de la WCB, *Conditions préexistantes*, dont les parties applicables sont répétées dans le barème.

La présence d'un trouble concomitant sera traitée de la même manière qu'une condition préexistante aux fins d'établir l'IPP. Un trouble concomitant est un problème de santé qui survient après la date de la blessure indemnisable.

7. Par souci d'uniformité et pour rendre les taux établis pour une mutilation aussi objectifs que possible, le personnel médical consultera le folio des taux de préjudice antérieurs, établis en vertu de la politique, conformément à l'ordonnance n° 67/89 de la WCB, maintenue par les Services de soins de santé de la WCB comme indiqué dans l'ordonnance n° 67/89.

C. RÉFÉRENCES

Loi sur les accidents du travail, article 4(9) et article 38.

Politiques connexes de la WCB :

Barème A, Taux de déficience permanente

Barème B, Taux de déficience permanente pour perte auditive

Historique :

1. Adoption initiale d'un barème de taux d'invalidité permanente en mars 1946.
2. Approbation du Barème de taux de déficience permanente par l'ordonnance n° 152/86 de la WCB à titre de compilation/consignation de politiques, directives et pratiques antérieures; entrée en vigueur le 20 août 1986.
3. Révision de l'ordonnance n° 152/86 par l'ordonnance n° 42/89 de la WCB le 15 mars 1989 pour incorporer les « allocations minimales ».
4. Adoption des allocations pour mutilation dans le cadre d'une invalidité partielle et permanente par l'ordonnance n° 67/89 de la WCB le 24 avril 1989.
5. Approbation de la politique 44.70.10 – *Barème de taux de déficience permanente* par l'ordonnance n° 12/92 de la WCB le 31 mars 1992 entrant en vigueur immédiatement pour établir le taux des déficiences survenues après cette date. Révision du barème pour y incorporer des changements approuvés antérieurement et des recommandations de professionnels de la santé. La majorité des changements permettent d'expliquer plus en détail et de clarifier le barème initial et de tenir compte des modifications à la *Loi sur les accidents du travail* entrées en vigueur le 1^{er} janvier 1992.
6. La politique est renumérotée 44.90.10 pour sa publication dans le Manuel de politiques.
7. Mise à jour de la politique pour inclure le titre actuel des postes et des divisions, le 2 mai 1994.
8. Modification du Barème de taux de déficience permanente par l'ordonnance n° 32/96 de la WCB le 25 septembre 1996 afin de corriger des omissions et erreurs spécifiques et d'incorporer deux modifications (perte partielle de mouvement du doigt, altération de la mobilité de l'épaule) qui s'appliqueront à toutes les décisions (décision initiale, révision, appel) à compter du 1^{er} octobre 1996.
9. Modification du Barème de taux de déficience permanente par l'ordonnance n° 6/2000 de la WCB le 22 février 2000 afin de remplacer la section sur la perte auditive pour les réclamations découlant d'accidents survenus le 1^{er} avril 2000 ou après. Republication de l'ancienne politique sous le numéro 44.90.10.01.
10. Modification de l'appendice A « perte auditive » du Barème de taux de déficience permanente par l'ordonnance n° 03/03 de la WCB en date du 31 janvier 2003. Republication de politiques antérieures sous les numéros 44.90.10.01 et 44.90.10.02
11. Mise à jour du degré de flexion plantaire au niveau de la cheville à 40 degrés à la page 13 des barèmes d'IPP.
12. Remplacement des diagrammes de la main le 1^{er} juin 2009.
13. Mise à jour de la politique le 1^{er} septembre 2009 pour préciser la date d'entrée en vigueur.
14. Mise à jour de la politique le 1^{er} janvier 2015 pour inclure le processus décisionnel des remplaçants désignés, l'établissement de taux par les conseillers en soins de santé, l'établissement de taux quand un trouble concomitant existe et des révisions au barème de déficience permanente.
15. Modification de la politique par l'ordonnance n° 21/16 de la WCB le 28 juin 2016, entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2016. Abrogation des politiques 44.90.10.01, 44.90.10.02 et 44.90.10.03 en date du 1^{er} juillet 2016. Les politiques de taux de déficience permanente ont été amalgamées sous une seule politique comportant deux barèmes de taux : le Barème A, Taux de déficience permanente s'appliquera à tous les taux de déficience permanente établis ou rétablis, sauf pour les taux de perte auditive établis le 1^{er} juillet 2016 ou après. Le Barème B, Taux de déficience permanente pour perte auditive regroupe toutes les sections sur la perte auditive de politiques antérieures et s'appliquera à tous les taux de perte auditive établis ou rétablis le 1^{er} juillet 2016 ou après. La méthode pour établir le taux de perte auditive continuera d'être fondée sur la date de l'accident. La méthode pour établir le taux d'autres déficiences demeurera la même, sans égard à la date de l'accident.
16. Modification de la politique par l'ordonnance n° 24/17 de la WCB le 26 octobre 2017, entrant en vigueur le 1^{er} septembre 2017. Chapitre 18 – Taux de déficience pour infarctus du myocarde et chapitre 19 – Taux de déficience pour maladies respiratoires (maladie pulmonaire industrielle) du Barème A : les changements aux chapitres 18 et 19 se fondent sur les *Guides to the Evaluation*

of *Permanent Impairment* de l'American Medical Association, sixième édition, quatrième impression, octobre 2016. Les modifications particulières comprennent l'ajout d'un taux spécifique pour l'asthme professionnel, conformément au tableau 19-3 des Guides AMA.

17. Modification de la politique par l'ordonnance n° 15/18 de la WCB le 19 avril 2018, entrant en vigueur le 1^{er} septembre 2017.
18. Mise à jour du chapitre 20 – Santé mentale du Barème A pour inclure des outils d'évaluation médicale clairs et acceptés, fondés sur les Guides de l'American Medical Association (Guides AMA)(6^e édition). Le renvoi à ces guides permet une plus grande transparence dans le processus d'évaluation de la déficience.
19. Modifications mineures de mise en page de la politique en juillet 2021.
20. Modification de la politique 44.10.20.10, Conditions préexistantes par l'ordonnance n° 40/22 de la WCB le 15 décembre 2022, s'appliquant à toutes les décisions prises le 1^{er} janvier 2023 ou après. Par conséquent, des modifications corrélatives ont été apportées à cette politique. Ces révisions comprennent : clarifier comment la déficience d'un travailleur est déterminée s'il existe une condition préexistante, recourir à un langage non sexiste et éliminer les mentions de services ou de membres du personnel spécifiques de la WCB. Les mêmes révisions ont été apportées au Barème A. De plus, de nombreuses explications du processus appliqué par la WCB pour déterminer le taux de déficience d'un travailleur atteint d'une condition préexistante ont été éliminées. Il en va de même pour les taux applicables aux cancers gastro-intestinaux et du larynx dans le barème. Abrogation de la politique 44.20.30.60, Cancer du larynx et de la politique 44.20.65, Cancer gastro-intestinal par l'ordonnance n° 10/22 de la WCB. La version antérieure de la politique a été supprimée du manuel des politiques et archivée le 31 décembre 2022.