

Titre de la section : Administration des indemnités – Maladie professionnelle
 Objet : Décisions concernant les réclamations pour maladies professionnelles
 Date d'entrée en vigueur : Pour les accidents survenus le 1^{er} janvier 2022 ou après

A. BUT DE LA POLITIQUE

Les maladies professionnelles sont souvent attribuables à des facteurs à la fois liés et non liés au travail.

La présente politique décrit comment la Commission des accidents du travail (la WCB) statue sur les réclamations pour maladie professionnelle en vertu de la *Loi sur les accidents du travail* (la Loi). Plus précisément, elle :

- identifie les deux approches décisionnelles différentes utilisées pour déterminer si la maladie professionnelle d'un travailleur a été causée par le travail; décrit le fonctionnement de la présomption réfutable de maladie professionnelle;
- décrit les types de preuves que la WCB recueillera pour évaluer et déterminer le lien de causalité dans les cas où la présomption ne s'applique pas; et
- détermine le moment où les évaluations du taux de déficience doivent être effectuées pour les réclamations pour maladies professionnelles.

La politique 44.20.50.20, *Perte auditive induite par le bruit*, fournit des conseils spécifiques sur le règlement des réclamations pour perte auditive induite par le bruit, qui constituent un type particulier de réclamation pour maladie professionnelle.

La politique 22.00 *Processus décisionnel*, décrit les principaux principes et concepts juridiques devant être appliqués dans le cadre du processus décisionnel aux termes de la Loi.

Une présomption de maladie professionnelle distincte peut s'appliquer aux réclamations pour cancer présentées par les pompiers et le personnel du bureau du commissaire aux incendies. Les cancers primitifs sont énumérés au paragraphe 4(5.2) de la Loi. Le règlement 160/2005 du Manitoba, *Règlement sur les périodes d'emploi minimales et la consommation de tabac – pompiers et membres du personnel du bureau du commissaire aux incendies*, énumère les périodes minimales d'emploi pour chaque type de cancer et la période minimale pendant laquelle un travailleur doit avoir été non-fumeur.

B. POLITIQUE

Principes fondamentaux

Comme indiqué au paragraphe 4(4) de la Loi, et précisé dans la politique relative au processus décisionnel, la norme de causalité pour les réclamations pour maladie professionnelle est la cause principale. Cette norme ou ce test exige que l'emploi soit la cause principale de la maladie du travailleur.

Dans le domaine de l'indemnisation des travailleurs, la norme de preuve s'appelle la « prépondérance des probabilités ». La prépondérance des probabilités signifie simplement que la preuve est évaluée en fonction de *ce qui est le plus vraisemblable* ou *le plus probable* ou de *ce qui est le plus susceptible d'être vrai plutôt que faux*.

Les travailleurs ont droit à une indemnisation si la Commission des accidents du travail (la WCB) confirme ou détermine qu'il est plus probable qu'improbable que leur emploi ait été la cause principale de la maladie professionnelle.

Le paragraphe 4(4.1) de la Loi contient également une présomption de maladie professionnelle. Cette présomption, combinée au tableau réglementaire des maladies professionnelles désignées établi par le Conseil d'administration par règlement, facilite l'établissement d'un lien de causalité entre la maladie du travailleur et son emploi si tous les critères de la présomption sont remplis.

Approche décisionnelle

Le terme « approche décisionnelle » fait référence à la méthode utilisée par la WCB pour statuer sur les réclamations. Dans le cas des réclamations pour maladie professionnelle, la Loi prescrit deux approches décisionnelles, selon que la présomption de maladie professionnelle énoncée au paragraphe 4(4.1) de la Loi s'applique ou non.

Comme toutes les autres réclamations, les réclamations pour maladie professionnelle doivent satisfaire aux critères de base de la Loi pour être indemnissables. Ces critères sont les suivants :

- un accident s'est produit;
- le travailleur a subi une blessure; et
- la blessure a été causée par l'accident.

Aux fins de la présente politique, on suppose que ces trois critères sont remplis. La seule chose qu'il reste à déterminer pour la WCB est si la maladie professionnelle du travailleur est survenue du fait et au cours de son emploi.

a) Présomption de maladie professionnelle et tableau réglementaire des maladies professionnelles désignées

Dans le cadre de cette approche, la WCB utilise la présomption de maladie professionnelle ainsi que le tableau réglementaire des maladies professionnelles désignées pour établir un lien entre la maladie du travailleur et son emploi. Le tableau établit un lien entre certaines activités ou certains processus professionnels et des maladies spécifiques.

Si la maladie du travailleur figure dans le tableau et que le travailleur répond aux critères d'emploi liés à cette maladie dans le tableau, il n'est pas nécessaire d'établir un lien de causalité entre la maladie professionnelle du travailleur et son emploi sur une base individuelle. Le lien de causalité est présumé pour tous les travailleurs qui ont contracté cette maladie professionnelle en exerçant ou après avoir exercé les activités ou processus professionnels énumérés dans le tableau, sauf preuve du contraire dans le cas particulier du travailleur.

Si la maladie professionnelle du travailleur figure dans le tableau, mais que les critères d'emploi liés à cette maladie dans le tableau ne sont pas remplis, la présomption de maladie professionnelle ne s'applique pas. La WCB statuera alors sur la réclamation au cas par cas, de la même manière qu'elle le ferait pour une réclamation pour maladie professionnelle lorsque la maladie n'est pas inscrite dans le tableau. En d'autres termes, la WCB déterminera si les facteurs liés au travail ont été la cause principale de la maladie professionnelle du travailleur.

Réfutation de la présomption

Il est important de noter que la présomption de maladie professionnelle est réfutable.

La présomption est réfutée, et la réclamation ne peut être acceptée, s'il existe des preuves suffisantes démontrant que les facteurs liés au travail n'étaient **pas** la cause principale de la

maladie professionnelle du travailleur.

Pour déterminer s'il existe des preuves suffisantes pour réfuter la présomption, la WCB doit répondre à la question suivante :

- Les facteurs non professionnels sont-ils d'une importance telle que, selon la prépondérance des probabilités, l'emploi du travailleur n'est pas la cause principale de la maladie?

L'absence de preuve ne suffit pas à réfuter la présomption.

b) Au cas par cas

Dans le cadre de cette approche décisionnelle, la réclamation d'un travailleur est jugée sur son bien-fondé, en tenant compte des faits et des circonstances propres à chaque réclamation.

Dans ces cas, pour déterminer le lien de causalité, la WCB recueille, évalue et pèse tous les éléments de preuve disponibles, y compris :

- des preuves médicales concernant la condition actuelle du travailleur;
- des preuves concernant les antécédents professionnels du travailleur, ses tâches, les expositions sur le lieu de travail et les processus utilisés sur le lieu de travail;
- des preuves concernant les antécédents personnels du travailleur et tout facteur non lié au travail qui aurait pu causer ou contribuer à son état, comme une condition préexistante, des antécédents médicaux familiaux, des choix de mode de vie, etc.; et
- des preuves médicales ou scientifiques indiquant qu'une maladie particulière est attribuable à des causes ou à des conditions propres ou typiquement associées à un métier ou à une profession en particulier, ou propres à un emploi en particulier.

Si, après avoir examiné et évalué tous les éléments de preuve, la WCB détermine que les expositions ou les processus sur le lieu de travail sont la cause principale de la maladie professionnelle du travailleur, la WCB acceptera la réclamation.

Date de l'accident

De nombreuses maladies professionnelles se développent progressivement au fil du temps, ce qui rend plus difficile l'établissement d'une date d'accident claire et sans ambiguïté. Le paragraphe 1(12) de la Loi simplifie cette détermination. Lorsque la déficience ou la perte de gains d'un travailleur est attribuable à une maladie professionnelle, la WCB considère que l'accident s'est produit le jour où la déficience ou la perte de gains a commencé.

Maladie ordinaire de la vie courante

La définition de « maladie professionnelle » au paragraphe 1(1) précise qu'une maladie ordinaire de la vie courante n'est pas une maladie professionnelle. Une maladie ordinaire de la vie courante est une maladie courante dans la population générale et souvent attribuable à des facteurs non liés au travail.

Dans de rares cas, la WCB peut accepter les réclamations présentées par des travailleurs qui contractent une maladie ordinaire de la vie courante lorsqu'elle détermine que la maladie en question est effectivement survenue du fait et au cours de l'emploi. La WCB applique la norme de causalité « en l'absence de » à ces réclamations.

Moment de l'évaluation des taux de déficience pour les réclamations pour maladie professionnelle

Tout comme pour d'autres types de blessures, une maladie professionnelle peut parfois entraîner une anomalie ou une perte physique ou fonctionnelle permanente (c.-à-d. une déficience) pour le travailleur. Lorsque la WCB détermine qu'un travailleur a subi une déficience, une allocation de déficience est versée au travailleur. Pour déterminer le montant à verser, la WCB doit déterminer le degré de déficience (taux de déficience).

La politique 44.90.10, *Taux de déficience permanente*, et les annexes qui y sont jointes, fournissent des directives sur le moment où l'évaluation du taux de déficience du travailleur est effectuée pour déterminer l'allocation subséquente. Dans la plupart des cas, la WCB évalue le degré de déficience d'un travailleur lorsque son état se stabilise ou atteint son amélioration médicale maximale. Dans le cas de certaines maladies professionnelles, l'état peut ne pas se stabiliser ou s'améliorer, mais peut au contraire se détériorer continuellement. Dans ces circonstances, les informations concernant la maladie et le pronostic du travailleur sont utilisées pour établir un taux de déficience. Au fur et à mesure que la maladie progresse, la WCB peut réévaluer le taux de déficience du travailleur.

Allocations de déficience pour les réclamations pour maladie professionnelle en phase terminale

Dans le cas des réclamations pour maladies professionnelles en phase terminale, des règles spéciales s'appliquent lorsque la WCB verse l'allocation de déficience. L'admissibilité à une allocation de déficience sera évaluée dès que possible après l'acceptation de la réclamation. La WCB calculera initialement le montant de l'allocation de déficience en fonction du taux de déficience maximum (100 %), une fois qu'il aura été médicalement établi que la maladie professionnelle est en phase terminale. Le montant de l'allocation de déficience du travailleur sera réduit de tout pourcentage de déficience antérieur attribué à la réclamation actuelle du travailleur ou à toute autre réclamation antérieure.

Une maladie professionnelle est considérée comme une maladie en phase terminale lorsque les preuves médicales démontrent que le travailleur a une espérance de vie de deux ans ou moins en raison de sa maladie professionnelle indemnisable. Une réclamation est automatiquement admissible lorsque le diagnostic indemnisable est un mésothéliome ou s'il a été établi que la cause du décès du travailleur est liée à la maladie professionnelle indemnisable (une réclamation pour cause de décès acceptée).

Retrait des coûts de réclamation

À l'exception des réclamations pour perte auditive induite par le bruit, l'application de l'allègement des coûts ou du transfert des coûts pour les réclamations impliquant des maladies professionnelles à longue période de latence est énoncée à l'Annexe E de la politique n° 31.05.10, *Allègement des coûts/transfert des coûts – Employeurs de la catégorie E*, ainsi que dans l'Annexe A de la politique n° 31.05.15, *Transferts des coûts – Employeurs cotisant individuellement*. La politique 44.20.50.20, *Perte auditive induite par le bruit*, décrit la méthode d'attribution des coûts de réclamation entre les employeurs pour les réclamations pour perte auditive induite par le bruit.

C. Références

Loi sur les accidents du travail – articles 1, 4, 38, 105, 117

Règlement du Manitoba 160/2005, *Règlement sur les périodes d'emploi minimales et la consommation de tabac – pompiers et membres du personnel du bureau du commissaire aux incendies*

Politiques connexes de la WCB :

Politique 22.00, *Processus décisionnel*

Politique 31.05.10 *Allègement des coûts/transfert des coûts – Employeurs de la catégorie E*

Politique 31.05.15 *Transferts des coûts – Employeurs cotisant individuellement*

Politique 44.05, *Survenant du fait et au cours de l'emploi*

Politique 44.10.20.10, *Conditions préexistantes*

Politique 44.20.50.20, *Perte auditive induite par le bruit*

Politique 44.90.10, *Taux de déficience permanente*

Historique :

1. Modification de la politique par l'ordonnance n° 09/22 de la WCB le 20 avril 2022, s'appliquant à tous les accidents survenus le 1^{er} janvier 2022 ou après. Les changements apportés à la politique comprennent la définition des principes essentiels qui guident les décisions concernant les réclamations pour maladies professionnelles; l'identification des deux approches distinctes pour la prise de décisions concernant les réclamations pour maladie professionnelle; la description du fonctionnement de la présomption de maladie professionnelle; la précision des éléments de preuve à recueillir pour prendre une décision à l'égard de ces réclamations; et la détermination du moment où il convient d'évaluer le taux de déficience dans le cas des réclamations pour maladie professionnelle. Le nom de la politique a été modifié pour devenir *Décisions concernant les réclamations pour maladies professionnelles*. La politique 44.20, *Maladie/renseignements généraux* (en attente de traduction), a été archivée et s'applique aux accidents survenus entre le 1^{er} janvier 1992 et le 31 décembre 2021, ainsi qu'aux révisions et aux appels relatifs à ces réclamations.
2. Révisions de la politique en septembre 2022, afin de refléter un changement de terminologie occasionné par des modifications apportées à la Loi par la *Loi corrective* de 2022. Le terme « employeur autoassuré » a été remplacé par le terme « employeur cotisant individuellement ». La politique a été modifiée pour refléter le nouveau titre de la politique 31.05.15, *Cost Transfer – Self Insured* (en attente de traduction), qui est maintenant *Transferts des coûts – Employeurs cotisant individuellement*. Le nom de la politique 31.05.10 est également modifié, passant de *Cost Relief/Cost Transfer - Class E*, à *Allègement des coûts/transferts des coûts – Employeurs de la catégorie E*.