

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail

**Conférence sur la reconnaissance et la prévention des
maladies professionnelles**

**RECONNAISSANCE DES MALADIES
PROFESSIONNELLES**

**DANS LE SYSTÈME D'INDEMNISATION DES
TRAVAILLEURS**

par

Terence G. Ison, LL.D

Professeur émérite, Osgoode Hall Law School

TABLE DES MATIÈRES

A. INTRODUCTION

B. OBSTACLES JURIDIQUES À LA RECONNAISSANCE

1. Histoire
2. Problèmes terminologiques et définition
3. Autres obstacles juridiques dans les cas de maladie

C. RESTRICTIONS ILLÉGALES À LA RECONNAISSANCE

1. Interaction médico-légale
2. Hypothèses juridiques erronées
 - a. Le fardeau de la preuve
 - b. La norme de preuve
 - c. Le seuil
 - d. La preuve médicale « objective »
 - e. La nécessité d'un diagnostic
 - f. L'identification des facteurs de causalité
 - g. Les limites d'exposition dans les règlements

D. OBSTACLES PRATIQUES À LA RECONNAISSANCE

1. L'exigence étiologique
2. L'étiologie multiple
3. Les rôles des travailleurs et des médecins
4. Le système d'enseignement de la médecine
5. La littérature médicale

E. OBSTACLES POLITIQUES À LA RECONNAISSANCE

1. La pression exercée sur les taux d'évaluation
2. Le financement
3. Les maladies attribuables aux politiques
4. L'évocation de la « science »
5. La recherche médicale
6. Une base de données intégrée pour la recherche épidémiologique

F. CONCLUSION — ACCROÎTRE LA RECONNAISSANCE

A. INTRODUCTION

On tient souvent pour acquis que les travailleurs atteints d'une maladie professionnelle reçoivent une indemnité d'accident du travail. Bien sûr, c'est le cas de certains travailleurs, mais il y a fort à parier que la plupart n'en reçoivent pas.

Lorsqu'on compare les statistiques globales relatives aux maladies à celles relatives à l'indemnisation des travailleurs, on remarque des différences frappantes. Les statistiques générales montrent que chez les personnes âgées de 24 à 64 ans (âge actif habituel), la morbidité et la mortalité sont, dans une proportion écrasante, attribuables à la maladie et non aux traumatismes. Ainsi, les tableaux canadiens sur les *Causes de décès 2002*¹ révèlent que seulement 17 % des décès dans le groupe des personnes âgées de 20 à 64 ans sont attribuables à une cause externe. Quarante-trois pour cent sont attribuables à la maladie. Les statistiques relatives à l'incapacité brossent un portrait semblable.

Toutefois, les statistiques concernant l'indemnisation des travailleurs indiquent une tendance opposée. Ainsi, parmi les demandes d'indemnisation acceptées en Saskatchewan en 2003, seulement 3,66 % étaient pour cause de maladie; pourtant la Saskatchewan est une province où la couverture déclarée en cas de maladie est la même que la couverture en cas d'accidents.

Ainsi, une proportion écrasante de cas d'incapacité et de décès chez des personnes appartenant au groupe d'âge actif normal est attribuable à la maladie, mais la grande majorité des demandes d'indemnisation accueillies favorablement sont liées à des traumatismes. Bien sûr, bon nombre sinon la plupart des incapacités et des décès attribuables à la maladie ne sont pas liés au travail. Mais cette constatation n'explique pas l'écart observé, puisqu'on pourrait en dire autant de la plupart des incapacités et des décès attribuables à des traumatismes. Ils ne sont pas non plus liés au travail. La différence la plus significative entre les deux est celle-ci : les **blesures** d'origine professionnelle sont habituellement **reconnues** comme telles. Ce n'est habituellement pas le cas des **maladies** d'origine professionnelle.

1. Statistique Canada

C'est le sujet que je me propose d'aborder aujourd'hui : la reconnaissance des maladies professionnelles dans le système d'indemnisation des travailleurs.

B. OBSTACLES JURIDIQUES À LA RECONNAISSANCE

1. Histoire

Au moment de la mise en place du système d'indemnisation des travailleurs au Canada, l'indemnisation pour cause de maladie a fait l'objet de controverse. Au départ, les maladies bénéficiaient d'une certaine couverture, mais celle-ci était plus restreinte que celle des blessures. Progressivement, on a observé une reconnaissance croissante des maladies dans les lois, au point où dans certaines provinces, comme l'Ontario, la couverture est devenue la même que celle des blessures.

Toutefois, au cours des 25 dernières années, on a noté une diminution de la couverture. Par exemple, l'Île-du-Prince-Édouard exclut expressément [traduction] « une maladie courante de la vie »², même si la maladie a été causée par le travail dans un cas particulier.

2. Problèmes terminologiques et définition

Les maladies ouvrant droit à une indemnisation étaient appelées « maladies industrielles » et sont encore appelées ainsi dans certaines provinces. Cette appellation pose des problèmes à plusieurs égards. Ainsi, elle donne l'impression que seules les maladies des cols bleus sont couvertes. Cette impression était juste au début, mais elle est devenue erronée à mesure que l'on a reconnu l'existence de maladies touchant les cols blancs.

Un autre problème tient au fait que le terme « industriel » semble signifier « qui a rapport à l'industrie ». Cela donnait la fausse impression qu'une maladie était couverte si elle était caractéristique d'une industrie, mais qu'elle ne l'était pas si elle était attribuable à un métier. Un jour, par exemple, j'ai été saisi d'une demande d'indemnisation par un travailleur forestier atteint de la silicose. La silicose n'est certes pas considérée comme une maladie propre à l'industrie forestière. Cependant, ce travailleur en particulier était chargé de concasser la pierre pour la construction des chemins forestiers. Dans son cas, la silicose était une maladie attribuable à son métier plutôt qu'à son secteur d'activités.

2. Art. 1. u (iii).

Ces deux difficultés posées par le terme « industriel » ont été résolues dans la plupart des provinces en le remplaçant par l'expression « maladie professionnelle ». Cependant, cette expression introduit d'autres problèmes. Supposons par exemple qu'une personne atteinte d'un mésothéliome, qui a toujours travaillé comme aide-comptable, présente une demande d'indemnisation. Pendant 25 ans, son bureau était situé dans une usine de fabrication de produits de l'amiante et était relié au même système de ventilation que celui de l'atelier de fabrication. Dans ce cas, la maladie peut être perçue comme une maladie propre au secteur d'activités plutôt qu'à la profession.

Des problèmes plus sérieux sont associés à l'utilisation des termes « industriel » ou « professionnel ».

- i) L'un et l'autre donnent l'impression que seule une catégorie de maladies ouvre droit à une indemnisation. C'est approprié dans une province où la couverture **s'applique uniquement** à une catégorie limitée de maladies (p. ex. l'Î.-P.-É.), mais cela prête à confusion dans la plupart des provinces où toute maladie est couverte si elle est liée à l'emploi dans le cas à l'étude.
- ii) À cet égard, les deux termes donnent l'impression que les maladies touchant la population en général ne sont pas couvertes. Pensons à la pneumonie ou à la tuberculose. Elles ne viennent habituellement pas à l'esprit lorsque nous entendons le terme « maladie professionnelle ». Mais si un travailleur est resté coincé pendant plusieurs jours sans nourriture à des températures sous le point de congélation, il est possible que la maladie soit, dans ce cas, attribuable au travail, et elle serait indemnisable dans la plupart des provinces.
- iii) Dans nombre de provinces, l'un ou l'autre des termes est mal intégré au texte législatif; en effet, ce dernier est rédigé de telle sorte que les critères de causalité sont abordés à la fois dans l'article des définitions et dans les articles de fond.

Dans la plupart des provinces, un critère de causalité est énoncé dans un article de fond. Dans certaines provinces, on parle de maladies « attribuables à la nature du travail ». Dans d'autres, de maladies « survenues du fait et au cours de l'emploi ». Cependant, si la maladie doit **également** être une maladie « professionnelle », il faudra définir le terme « professionnelle ». Si le terme est défini dans l'article des définitions de la loi, les critères de causalité sont

ensuite répartis entre les deux articles. La répartition des critères de causalité de cette façon risque de prêter à confusion, et il est probable qu'elle entrave, de façon non intentionnelle, la reconnaissance.

Pour illustrer ce point, supposons qu'aux termes d'une loi « **l'indemnisation est payable pour toute blessure professionnelle survenue du fait et au cours de l'emploi** ». La plupart d'entre nous reconnaitrons immédiatement que cette formulation est tautologique. Le mot « professionnel » est superflu, inutile et prête à confusion dans ce contexte. Le même phénomène se produit dans plusieurs contextes relatifs à la maladie.

- iv) On considère parfois que l'utilisation de l'un ou l'autre terme signifie qu'une maladie doit être causée exclusivement par l'emploi pour être indemnisable. Bien sûr, ce n'est pas le cas, mais il s'agit d'un autre exemple d'utilisation gratuite du mot « professionnelle » qui peut semer la confusion.

Dans les provinces où toutes les maladies doivent être couvertes si elles sont attribuables au travail, le mot « professionnelle » (ou « industrielle ») est superflu et prête à confusion.

À l'instar des difficultés posées par les termes « industrielle » ou « professionnelle », le terme « maladie » comporte son lot de difficultés. Dans les provinces où la couverture et les indemnités sont les mêmes en cas de maladie qu'en cas d'accident, le simple fait d'utiliser le terme « maladie » dans la loi est inutile et trompeur, sauf dans le contexte d'une annexe des maladies. La rédaction législative laisse à désirer et cela risque de semer de la confusion quand une loi, comme c'est le cas en Ontario, prévoit la couverture d'une « maladie » professionnelle, assujettie à certaines restrictions et prévoit également que toute « incapacité » est couverte sans ces restrictions.

Si l'on veut que la couverture d'une « maladie » soit différente de la couverture d'une « blessure », l'utilisation du mot « maladie » est nécessaire; cependant, il est alors difficile de déterminer quelles incapacités s'inscrivent dans chacune de ces catégories. En pratique, ces problèmes sont résolus selon l'usage plutôt qu'en tentant de définir les termes « maladie » et « blessure ».

3. **Autres obstacles juridiques dans les cas de maladie**

Pour qu'une maladie ouvre droit à une indemnisation, certaines provinces exigent qu'elle soit « propre à l'emploi ou caractéristique de celui-ci » ou qu'elle soit « attribuable à la nature de l'emploi ». Certaines provinces prévoient qu'aucune indemnisation, sauf pour les soins médicaux (soins de santé), ne doit être versée en cas de maladie à moins qu'il y ait à la fois une incapacité physique et une perte de revenus; même dans ces cas, une indemnisation sera versée pour une incapacité physique permanente en cas d'accident, sans égard à la perte de revenus. En gardant à l'esprit qu'un travailleur peut habituellement obtenir des soins médicaux en vertu d'un régime provincial d'assurance-maladie, ces restrictions n'incitent guère à présenter une demande d'indemnisation dans de nombreux cas de maladie.

Dans certaines provinces, des exigences (délais précis) s'appliquent aussi à l'avis, uniquement dans les cas de maladie. Certains de ces délais sont irréalistes, vu les périodes de latence fréquentes dans la plupart des maladies graves; et dans les faits, ils sont parfois ignorés.

C. **RESTRICTIONS ILLÉGALES À LA RECONNAISSANCE**

Les obstacles **juridiques** à la reconnaissance ne sont pas aussi contraignants que les restrictions **illégales**. La plupart des restrictions illégales découlent du processus d'interaction médico-légale.

1. **Interaction médico-légale**

Cette interaction n'a pas toujours été adéquate en ce qui concerne l'indemnisation des travailleurs, particulièrement dans les cas de maladie. Bon nombre, voire la plupart, des rapports médicaux relatifs à l'étiologie de la maladie vont à l'encontre du but recherché. Cette situation n'est pas attribuable à des erreurs scientifiques ou à un manque de compétences. Elle s'explique plutôt par le fait que les rapports n'abordent pas la question médicale juridiquement pertinente, bien souvent parce que personne n'a pas indiqué au médecin-conseil quelle était cette question.

Lorsque la question médicale pertinente en droit n'a pas été énoncée clairement **avant** qu'une opinion médicale ne soit sollicitée, les critères juridiques qui serviront de base à la décision dans le cas à l'étude risquent de ne figurer nulle part dans le dossier, sauf en tant qu'élément implicite ou explicite d'un « rapport médical », ou dans l'avis d'un médecin de la Commission. Lorsque cela se produit, le « rapport médical », ou l'avis, reflète habituellement les opinions ou les postulats personnels du médecin sur les questions de droit.

Un autre problème porte sur les conclusions relatives à des faits non médicaux, comme les circonstances dans lesquelles un travailleur a été exposé à un contaminant. Ces conclusions relatives à des faits non médicaux doivent être tirées par un arbitre avant que l'on sollicite une opinion médicale. Toutefois, un médecin peut souvent jouer un rôle préliminaire utile en conseillant l'arbitre quant aux faits susceptibles d'être pertinents. Il n'en est pas toujours ainsi. On laisse parfois les médecins tirer leurs propres conclusions relativement à des faits non médicaux et, ainsi, établir leur propre norme de preuve.

Les conclusions au sujet de l'étiologie de la maladie contenues dans ce qui **semble être** un « rapport médical » sont souvent simplement adoptées au niveau d'une commission ou d'un tribunal, sans que le rapport n'ait été d'abord **disséqué** en ses composantes. Habituellement, ces composantes sont les suivantes :

- a) Conclusions relatives à un fait médical (p. ex. symptômes) – probablement justes, si le rapport a été rédigé par un médecin qui a examiné le travailleur;
- b) Opinion sur un diagnostic – probablement juste, si le rapport montre que l'opinion est bien fondée;
- c) Conclusions ou hypothèses relatives à un fait non médical – parfois fausses;
- d) Hypothèses juridiques – habituellement fausses;
- e) Opinion médicale sur l'étiologie – souvent non pertinente parce qu'elle n'aborde pas la question médicale juridiquement pertinente.

Ces problèmes sont moins répandus qu'ils ne l'ont déjà été. Dans plusieurs provinces, de nos jours, lorsqu'un cas atteint le dernier niveau d'appel ou qu'il est soumis à un comité d'expertise médicale, le médecin-conseil est informé des conclusions ayant trait à des faits non médicaux, et de la (des) question(s) médicale(s) juridiquement pertinente(s) lorsqu'une opinion est sollicitée. Toutefois, en règle générale, cela ne se produit pas aux instances décisionnelles antérieures, et il existe encore des provinces où cela ne semble pas non plus se produire au dernier niveau d'appel.

2. Hypothèses juridiques erronées

Je mentionnerai les erreurs les plus fréquentes.

a. Le fardeau de la preuve

C'est dans les cas d'incertitude que l'interaction médico-légale est habituellement faible. À cet égard, l'hypothèse négative (en faveur de l'absence de lien étiologique) est une erreur de droit

habituellement sous-jacente aux opinions médicales sur l'étiologie. Lorsqu'il est question de savoir si une maladie est attribuable au travail, il est fréquent que les rapports médicaux tiennent pour acquis et concluent que ce n'est pas le cas, à moins que la preuve du contraire n'ait été faite. Cette hypothèse a pour effet de faire porter le fardeau de la preuve au travailleur.

Cette tendance à imposer au travailleur le fardeau de la preuve peut également trahir, dans une certaine mesure, la réticence plus grande, depuis toujours, à verser une indemnisation dans les cas de maladie que dans les cas de blessure.

Avant la mise en place du système d'indemnisation des accidents du travail, l'une des critiques formulées à l'endroit de l'ancien système de responsabilité patronale était le fait qu'il faisait porter le fardeau de la preuve au travailleur. C'était irréaliste, particulièrement dans les cas de maladie. C'est pourquoi, de façon générale, les demandes d'indemnisation n'étaient pas liées à des maladies d'origine professionnelle. Pour corriger cette injustice, les gouvernements du Canada ont remplacé la responsabilité patronale par un système d'indemnisation des travailleurs. Celui-ci devait être administré par une commission gouvernementale ayant un devoir d'enquête. Le mandat de la commission consiste à se renseigner sur l'affaire, à enquêter, à réunir les éléments de preuve et à rendre une décision. En vertu des différentes lois, les travailleurs, les employeurs et les médecins ont habituellement l'obligation de présenter des rapports à la commission et de répondre aux questions. De plus, il incombe habituellement à la commission de mener une enquête et de réunir les éléments de preuve requis pour arriver à une conclusion.

Cela signifie que le point de départ souhaitable lorsqu'il s'agit de rendre une décision sur une demande d'indemnisation n'est **pas** l'hypothèse négative, mais plutôt l'ouverture d'esprit et un penchant égal en faveur d'une conclusion positive ou négative. Le processus est, ou devrait être selon les lois, une recherche de la meilleure hypothèse disponible.

Il est clair que les rapports médicaux reflètent habituellement une hypothèse négative. En ce qui a trait à l'étiologie de la maladie, j'ai lu des centaines de rapports médicaux dans lesquels le médecin indique clairement dans les premiers paragraphes qu'il **ne connaît pas** la réponse. Mais je n'ai jamais lu un seul rapport dans lequel le médecin-conseil concluait en affirmant : « Je ne sais pas ». La conclusion du rapport est soit négative soit formulée de telle façon qu'elle invite le lecteur à **présumer** qu'elle est négative. Ce passage du « je ne sais pas » à une conclusion négative montre bien l'influence d'une hypothèse négative erronée.

À cet égard, la profession médicale semble réticente à laisser les questions professionnelles sans réponse. J'ai été à même de constater cette réticence lorsque j'ai effectué des recherches sur la douleur chronique pendant plusieurs mois dans une bibliothèque médicale. J'ai constaté qu'environ 90 % des articles que je lisais dans les revues médicales reconnaissaient seulement deux grandes catégories diagnostiques/étiologiques :

1. une cause organique **diagnostiquée**;
2. une cause psychologique.

Seulement 10 % des articles environ reconnaissaient la possibilité d'une troisième catégorie, une cause organique **non diagnostiquée**.

Bien souvent, le public s'attend également à ce qu'au moins quelques médecins connaissent la réponse à une question médicale, quelle qu'elle soit. Les lois sur l'indemnisation des accidents du travail se basent également sur l'hypothèse que les médecins connaîtront les réponses. Il ne serait pas surprenant que cette attente déteigne sur les médecins, de sorte qu'ils ont le sentiment de devoir éviter de conclure, dans un rapport, qu'ils ne connaissent pas la réponse. Il serait fort utile qu'un médecin ne connaissant pas la réponse à une question conclue son rapport en affirmant son ignorance; mais je n'ai encore jamais vu un rapport renfermant une telle conclusion. Parmi tous les rapports médicaux que j'ai lus, l'incertitude mène à une hypothèse négative contraire à la loi.

b. La norme de preuve

Bien souvent, les rapports médicaux reflètent non seulement une conception erronée du fardeau de la preuve, mais aussi une incompréhension de la norme de preuve. Des phrases comme « ... il n'a jamais été démontré de façon concluante que... » ou « on ne peut affirmer avec certitude que... » témoignent de cette incompréhension.

À cet égard, les professions juridiques et médicales diffèrent dans leur utilisation du terme « preuve ». En sciences médicales, le terme « preuve » semble signifier généralement « démontrer avec certitude ou avec une quasi-certitude ». Cependant, dans la plupart des contextes, ce terme n'a pas la même signification en droit; et il n'a pas non plus cette signification dans les lois relatives à l'indemnisation des travailleurs.

Lorsqu'il y a conflit entre des éléments de preuve, ou une autre forme d'incertitude, la règle générale appliquée au chapitre de l'indemnisation des accidents du travail (tout comme dans d'autres

procédures non criminelles) est que la question doit être réglée suivant la prépondérance des probabilités. Certaines lois prévoient également que le demandeur devrait jouir du bénéfice du doute lorsque la même valeur est accordée aux éléments de preuve qui sont favorables au demandeur et à ceux qui lui sont défavorables.

Ainsi, en cas d'incertitude sur une question médicale, le rôle du médecin-conseil est d'émettre un avis quant à la meilleure hypothèse disponible. En bout de ligne, la conclusion appropriée d'un médecin pourrait être que la science médicale ne permet pas de tirer une conclusion dans un sens ou dans l'autre. L'arbitre devrait alors s'en remettre au critère du « bon sens » et pencher en faveur de l'hypothèse la plus probable.

Je me rappelle d'un cas dans lequel un travailleur avait reçu un diagnostic de « maladie pulmonaire obstructive chronique ». La Commission avait accepté le diagnostic et avait demandé conseil concernant l'étiologie de la maladie auprès d'un comité regroupant trois spécialistes en maladies pulmonaires. Leur rapport concluait qu'aucune preuve ne permettait d'établir un lien de causalité avec l'emploi. Cette formulation semble une incitation à rendre une décision négative. Cependant, dans les premiers paragraphes, le rapport précisait que le travailleur avait subi une exposition importante et continue à de la poussière résultant d'activités minières, qui pourraient être l'agent étiologique. Le rapport ne faisait mention d'aucune autre cause. Le travailleur n'avait aucun antécédent notable de tabagisme, il n'avait pas subi d'exposition environnementale ni d'exposition attribuable à des passe-temps susceptible d'avoir causé sa maladie. La Commission avait conclu, comme il se doit, que suivant la prépondérance des probabilités (la meilleure hypothèse disponible), la maladie avait été causée par l'emploi. L'indemnisation a été accordée.

En ce qui a trait à la maladie, certaines des lois utilisent l'expression [traduction] « Quand la Commission est convaincue que ... ». Cette expression fait clairement référence à la norme de preuve et non au fardeau de la preuve. Cette formulation est regrettable parce qu'elle **implique** une norme de preuve sans en indiquer la nature. Lorsque cette formulation est utilisée, on pourrait soutenir que la question à l'étude doit être étayée par une preuve dont le niveau dépasse celui de la prépondérance des probabilités. Mais même si cet argument était accepté, le niveau de la preuve demeurerait incertain.

Quand une loi contient une disposition relative au « bénéfice du doute », la meilleure interprétation de la formulation « Quand la Commission est convaincue que ... » est probablement

que la décision doit être rendue selon la prépondérance des probabilités mais que « le bénéfice du doute » ne s'applique pas à une question exigeant que la Commission soit « convaincue ».

c. Le seuil

On **tient parfois pour acquis** qu'une maladie n'ouvre pas droit à l'indemnisation à moins que le lien de causalité avec l'emploi n'atteigne un certain seuil de valeur probante. La plupart des provinces ne prévoient pas de règle de cette nature.

La simple possibilité d'un lien de causalité avec l'emploi ne suffit pas à ouvrir droit à une indemnisation; cependant, l'absence de toute hypothèse de rechange peut transformer une possibilité en une probabilité. La question juridiquement pertinente consiste à déterminer si la preuve du lien de causalité avec l'emploi a une valeur plus ou moins probante que celle voulant que la maladie soit attribuable à une autre cause. Autrement dit, quelle est la meilleure hypothèse disponible quant à la cause ou aux causes de la maladie?

d. La preuve médicale « objective »

On avance parfois que, pour être valide, une opinion médicale doit être fondée sur des constatations « objectives ». L'un des problèmes posés par cette affirmation est la difficulté de définir le terme « objective » dans ce contexte. C'est peut-être pour cette seule raison que les lois ne contiennent pas de règle de cette nature.

L'utilisation du terme « objective » est souvent associée à des hypothèses erronées sur le fardeau de la preuve ou la norme de preuve, ou à la nécessité présumée que la preuve doive atteindre un seuil de valeur probante.

Bien sûr, une opinion médicale fondée sur une épreuve scientifique peut fort bien être considérée plus vraisemblable qu'une opinion simplement fondée sur des impressions. Mais aucune règle ne prévoit que les opinions fondées sur les impressions doivent être rejetées. Dans ce cas comme dans d'autres, le rôle de la Commission consiste à rechercher la meilleure preuve disponible et à effectuer une analyse comparative des éléments de preuve obtenus.

e. La nécessité d'un diagnostic

On **tient parfois pour acquis** que le diagnostic est une condition d'admissibilité à l'indemnisation, ce qui n'est pas le cas dans la plupart des provinces. Les critères d'admissibilité portent sur l'étiologie et non sur le diagnostic.

J'assistais un jour à une conférence à New York sur les maladies provoquées par l'amiante. Trente-cinq spécialistes des maladies pulmonaires et moi-même participions à une réunion en sous-groupe. On nous a présenté une série d'études de cas portant sur des demandes d'indemnisation ayant trait à des décès. Pour chacun des cas, on nous a informé des antécédents d'exposition et on nous a présenté une diapositive montrant les poumons du travailleur décédé. Il fallait déterminer si le travailleur était décédé d'une maladie professionnelle. Il a été facile de parvenir à un consensus dans la plupart des cas. Toutefois, je me souviens d'un cas dans lequel on discernait mal la région atteinte sur la diapositive. La moitié des spécialistes du poumon croyait que la lésion était située dans le poumon, tandis que l'autre moitié croyait qu'elle était située dans la plèvre. Tous les spécialistes ont convenu que la maladie résultait d'une exposition professionnelle qui aurait été fatale au travailleur. Cependant, ils se sont engagés dans un vif débat pour déterminer si la maladie était un cancer du poumon ou un mésothéliome. Je me suis immiscé dans le débat en posant la question suivante « Est-ce important? ». Il y a eu un silence de mort. Le décès ouvrait évidemment droit à une indemnisation peu importe le diagnostic accepté. Mais j'ai pu sentir que l'on me reprochait d'avoir interrompu un débat professionnel intéressant en soulevant une question de pertinence.

Bien sûr, il est bien souvent utile d'avoir un diagnostic.

- Un diagnostic peut ouvrir la voie à l'application d'une annexe fondée sur la présomption (annexe dans laquelle certaines maladies sont présumées attribuables au travail si le travailleur a subi certaines expositions professionnelles);
- Un diagnostic peut contribuer à démontrer la gravité d'une incapacité et l'importance d'une atteinte fonctionnelle; et
- Un diagnostic peut souvent **contribuer** à établir l'étiologie.

Dans certains cas, le lien étiologique est plus clair que le diagnostic, et une demande d'indemnisation peut fort bien être acceptée sans diagnostic.

f. L'identification des facteurs de causalité

Dans le même ordre d'idée, on **tient parfois pour acquis** qu'il faut mettre en évidence un facteur de causalité pour qu'une indemnisation soit accordée dans un cas de maladie. Encore une fois, il n'y a pas de règle générale en ce sens.

g. Les limites d'exposition dans les règlements

On a parfois **soutenu** ou tenu pour acquis qu'une demande d'indemnisation devait être rejetée quand l'exposition d'un travailleur n'avait jamais dépassé la limite d'exposition prévue dans le règlement. Comme il est rare qu'un travailleur ait fait l'objet d'une surveillance individuelle permanente, on peut rarement démontrer que cette limite n'a pas été dépassée. Même si c'était le cas, il ne s'agirait pas d'un obstacle à l'indemnisation. Une telle preuve, si elle est admise, concorde avec d'autres hypothèses. Par exemple :

- Les limites d'exposition prévues dans les règlements ont peut-être été fixées à un niveau trop élevé.
- Le travailleur était peut-être exceptionnellement susceptible.
- Le travailleur a peut-être été exposé à un autre contaminant qui, associé à celui en cause, a provoqué la maladie.
- Le travailleur a peut-être été exposé, ailleurs, à un contaminant qui aurait causé la maladie.

Même si la preuve que l'exposition d'un travailleur n'a pas dépassé la limite prévue dans le règlement ne constitue pas un obstacle à la demande d'indemnisation, elle peut parfois se révéler pertinente. Elle peut permettre, dans certains cas, de démontrer qu'une autre cause non liée à l'emploi a plus vraisemblablement été à l'origine de la maladie.

D. OBSTACLES PRATIQUES À LA RECONNAISSANCE

Les obstacles juridiques et les restrictions illégales mentionnées ci-dessus représentent des limites importantes à la reconnaissance des maladies professionnelles; cependant, leur effet dépasse de loin les problèmes pratiques de la reconnaissance.

1. L'exigence étiologique

La plupart des travailleurs atteints d'une maladie ne reçoivent pas d'indemnisation. Dans la plupart des cas, non pas parce que la maladie ne résulte pas de l'emploi, mais parce que les causes de la maladie sont inconnues. Ainsi, les cas de maladies qui ne sont pas indemnisés comprennent ceux qui ne sont pas attribuables à l'emploi et ceux qui sont attribuables à l'emploi mais dont on n'a pu

établir qu'il en est ainsi. Il s'agit de la raison première pour laquelle la plupart des cas de maladies professionnelles ne sont pas indemnisés. On a jugé, par exemple, que :

[traduction] cette exigence est la principale raison pour laquelle quelque 19 victimes sur 20 présentant une grave incapacité en raison d'une maladie professionnelle, aux États-Unis, ne reçoivent pas d'indemnisation. ... [elle fait en sorte] que la science médicale accomplisse quelque chose dont elle est incapable, c.-à-d. distinguer les maladies pulmonaires qui sont d'origine professionnelle de celles qui ne le sont pas³.

Le même commentaire aurait pu s'appliquer au Canada, et sa pertinence ne se limite pas uniquement aux maladies pulmonaires.

Prenons le cancer, par exemple. Il existe suffisamment de données épidémiologiques pour démontrer qu'une forte proportion des cas de cancer est liée à des expositions en cours d'emploi, toutefois ces données ne sont pas suffisantes pour déterminer exactement quelle est cette proportion. Néanmoins, des indemnités ne sont versées que dans un petit nombre de cas de cancer.

2. L'étiologie multiple

Le système fonctionne mieux lorsqu'une invalidité est attribuable à une seule cause, ce qui est rarement le cas. Même si l'incapacité d'un travailleur est due à une seule maladie, il est possible qu'il y ait plusieurs facteurs contributifs.

Généralement, selon la loi, une incapacité n'ouvre droit à une indemnisation que si l'emploi a été un facteur contributif important. Au cours des dernières années, des pressions ont été exercées en vue de réserver l'indemnisation aux cas où l'emploi était la cause « prédominante ». C'est actuellement le cas à l'Î.-P.-É. Cependant, la loi n'explique pas comment une cause peut être considérée comme « prédominante » au regard des autres.

Voici un autre exemple des demandes irréalistes imposées à la profession médicale. Supposons que, selon la preuve médicale, le travailleur est décédé en raison de l'effet combiné de deux contaminants dont l'un est lié au travail et l'autre à une activité récréative. Supposons également que, de l'avis des médecins, le travailleur n'aurait probablement pas subi de lésion importante s'il avait été uniquement exposé à l'un ou l'autre de ces deux contaminants. C'est l'effet

3. G. Perkel, « Evaluating Work Relatedness of Byssinosis for Workers' Compensation Purposes », (1981) 79 *Chest* 131S.

combiné des deux contaminants qui a provoqué l'incapacité et le décès. Comme chaque contaminant est un élément essentiel de la cause, il est impossible de déterminer lequel était « prédominant » alors que l'autre était subordonné, et cela quelle que soit la méthode scientifique médicale ou le raisonnement logique appliqué. La détermination des contaminants dits « prédominants » ne peut être qu'une décision d'ordre politique (à moins d'être prise à pile ou face).

Le processus intégral ayant trait à la détermination de l'étiologie de la maladie relève de la science médicale. Cependant, le processus final qui consiste à distinguer les causes « prédominantes » serait souvent d'ordre politique. C'est l'un des problèmes majeurs posés par ce type de disposition : les conclusions seront considérées comme médicales, alors qu'elles sont en fait d'ordre politique.

Les difficultés posées par l'étiologie multiple comptent parmi les plus importantes de tout système d'indemnisation fondé sur la cause. Bien souvent, une personne a été exposée à plusieurs contaminants au fil des ans, parfois de façon concomitante, parfois de façon consécutive et parfois sans qu'il soit possible de distinguer ces deux types d'exposition. L'effet conjugué et, possiblement, l'effet synergique des expositions sont habituellement inconnus. Le SIMDUT et les améliorations apportées au libellé des étiquettes ont légèrement atténué ce problème... mais légèrement seulement. Il n'y a aucun transfert automatique des données du SIMDUT dans le dossier médical d'un patient. Ainsi, les fiches signalétiques du SIMDUT peuvent uniquement servir si une personne a pris l'initiative de déterminer l'étiologie d'une maladie, si l'on soupçonne un contaminant en particulier et si l'on obtient les fiches signalétiques relatives à ce contaminant. Même si ces conditions sont réunies et en dépit de l'utilisation du SIMDUT et d'étiquettes précises sur le contenu des produits, il n'est jamais possible de brosser un portrait complet des antécédents d'exposition aux produits toxiques d'un individu.

3. Les rôles des travailleurs et des médecins

Dans les cas de traumatismes, l'étiologie est souvent claire même sans opinion médicale. À tout le moins, le travailleur sait habituellement quand, où et comment s'est produite la blessure. Bien souvent, il y a d'autres témoins. Dans les cas de maladie, la situation peut être très différente. Si une maladie est répandue dans l'industrie, elle peut être reconnue par le travailleur concerné ou par un médecin traitant. Cependant, dans la plupart des cas, la possibilité que la maladie ait été causée par le travail n'est jamais envisagée.

Dans la plupart des cas de maladie, il est peu probable qu'une demande d'indemnisation soit présentée à moins que la maladie ne soit reconnue par un médecin traitant comme résultant de l'emploi. Étant donné que la possibilité qu'une maladie soit d'origine professionnelle n'est habituellement soulevée par personne d'autre, le système s'en remet aux médecins traitants pour amorcer le processus de présentation des demandes d'indemnisation. Cependant, il n'est pas pratique courante qu'un médecin qui examine un patient atteint d'une maladie interroge ce dernier sur ses antécédents professionnels.

Et c'est compréhensible. Quand un travailleur ayant une incapacité consulte un médecin, aussi bien le travailleur que le médecin sont habituellement concentrés sur les traitements possibles. Même si l'on soulève la possibilité d'une origine professionnelle, le travailleur ne connaît bien souvent ni les contaminants, ni les autres conditions, auxquels il a été exposé. Il se peut que le médecin-conseil ne reçoive jamais cette information. La possibilité d'une origine professionnelle risque de ne jamais être explorée.

Le financement des services médicaux est un autre obstacle. Chez les médecins de famille, la détermination des antécédents professionnels n'est habituellement pas un acte rémunéré. Les représentants syndicaux et autres individus qui pourraient contribuer à clarifier la question ne le font pas, bien souvent parce qu'ils croient que la compilation des données nécessaires à l'établissement d'un avis médical nécessite des connaissances en médecine.

4. Le système d'enseignement de la médecine

Le rôle limité des médecins traitants au chapitre de la reconnaissance des maladies professionnelles reflète également la place réservée à la santé au travail dans le système d'enseignement de la médecine. Les cours en santé au travail ou en toxicologie ne font habituellement pas partie du programme d'enseignement médical de base. La plupart des facultés de médecine offrent certains cours portant sur ces sujets, mais la majorité des étudiants en médecine ne choisissent pas ces cours à option dans le cadre du programme menant au diplôme.

5. La littérature médicale

Au cours des dernières années, des inquiétudes ont été exprimées au sujet du contrôle et de l'influence exercés par l'industrie pharmaceutique, notamment sur la littérature médicale. Le corpus généré et subventionné par l'industrie pharmaceutique porte habituellement sur les traitements.

Aucune publication médicale s'intéressant à l'étiologie des maladies ne bénéficie d'un d'appui, ou de services de promotion et de distribution comparables.

Il existe également un problème de qualité dans la littérature en santé au travail. Nombre de questions de recherche n'ont jamais été abordées. Phénomène inévitable peut-être, on trouve dans la littérature médicale des affirmations sur certains points en particulier, qui sont bien souvent acceptées sans que leur source ou leur crédibilité ne soit mise en doute. Une grande partie de la littérature médicale est le fruit de l'expérience. Or l'expérience est parfois une assise solide sur laquelle fonder une affirmation... mais parfois seulement. Quand l'expérience n'a pas été mise à l'épreuve par la recherche, elle peut se résumer à une répétition des mêmes hypothèses erronées.

La littérature médicale assoit parfois son autorité exclusivement sur des conceptions généralement admises et, dans certains cas, sur le raisonnement circulaire. Par exemple, il arrive que lorsque l'on consulte un ouvrage sur les maladies professionnelles, on y trouve une affirmation, suivie d'une note de bas de page. Mais la note de bas de page en question ne renvoie à aucune recherche ou aucune autre preuve à l'appui de l'affirmation. Il s'agit simplement d'un renvoi à d'autres ouvrages médicaux contenant la même affirmation.

Il y a quelques années, j'ai trouvé un exemple frappant de ce phénomène alors que je consultais les « directives médicales » de ce qui était alors la Commission des accidents du travail de l'Ontario. Elles comptaient une page ou deux pour chacune des différentes maladies. En consultant la page d'une maladie en particulier, j'ai appris que le diagnostic de cette maladie nécessitait une exposition pendant une période de 20 ans ainsi qu'une période de latence de 20 ans. J'ai rencontré le médecin de la Commission responsable des directives et je lui ai demandé quelle était l'origine des données à l'appui de cette affirmation. Il m'a indiqué que l'on pouvait les trouver dans la littérature médicale. Je me suis donc rendu à la bibliothèque médicale et j'ai consulté ce qui était alors des ouvrages réputés sur les maladies professionnelles. J'ai lu les pages concernant cette maladie en particulier. En effet, j'ai trouvé une affirmation voulant que le diagnostic de cette maladie nécessite une période d'exposition de 20 ans ainsi qu'une période de latence de 20 ans. L'affirmation était suivie d'une note de bas de page. Je me croyais enfin près de la source... Mais la note était ainsi libellée : « Voir les directives médicales de la Commission des accidents du travail de l'Ontario ».

E. OBSTACLES POLITIQUES À LA RECONNAISSANCE

On ne peut se pencher sur la reconnaissance des maladies professionnelles dans les systèmes d'indemnisation sans tenir compte des réalités politiques. Les gouvernements ont adopté la théorie du marché comme base fondamentale de la politique publique. La validité de la théorie du marché dépend de l'internalisation des coûts – c.-à-d. que chaque produit assume le coût de sa production. Mais nous évoluons dans un contexte politique qui permet aux industries d'externaliser en grande partie leurs coûts. La maladie professionnelle s'inscrit dans ce contexte. L'insuffisance de l'indemnisation des maladies professionnelles résulte en partie de l'externalisation des coûts; c'est dans ce cadre que s'enracinent certains des problèmes liés à la reconnaissance.

Voici quelques-unes de ces réalités politiques.

1. La pression exercée sur les taux d'évaluation

La pression visant à réduire les taux d'évaluation (primes) est habituellement la plus forte pression exercée sur les systèmes d'indemnisation. Par sa nature même, cette pression entrave également la reconnaissance des maladies professionnelles. Les blessures sont habituellement perçues comme résultant d'événements exceptionnels alors que les maladies résultent souvent du milieu de travail normal. L'acceptation d'une demande d'indemnisation dans un cas de maladie pourrait donner lieu à l'acceptation de demandes similaires. C'est donc habituellement dans les cas de maladie que nous percevons la crainte « d'ouvrir tout grand les vannes ». Pour ces raisons, la pression exercée à la baisse sur les taux d'évaluation peut être beaucoup plus importante dans les cas de maladie que dans les cas d'accident.

2. Le financement

La loi prévoit que les coûts d'indemnisation soient financés en partie ou en totalité. Ces dispositions reflètent le principe selon lequel chaque génération d'employeurs doit assumer le coût des incapacités et des décès attribuables à ses activités. Cependant, le montant de chacune indemnisation est établi **après** qu'une demande a été **accueillie favorablement** et non au moment où la maladie **a été provoquée**. Ainsi, quand une demande d'indemnisation est acceptée pour une maladie dont la période de latence est longue, la génération actuelle d'employeurs paie pour une maladie dont la cause remonte à une génération antérieure. Il pourrait s'agir d'une autre explication possible de la pression négative exercée sur les demandes d'indemnisation dans les cas de maladies.

3. Les maladies attribuables aux politiques

Pour un grand nombre de maladies, les décisions politiques peuvent être l'un des facteurs contributifs indirects. Dans le cas de certaines maladies, une décision politique est un facteur contributif plus direct et plus déterminant. Le stress professionnel et les maladies qu'il provoque en sont des exemples.

Les exigences inhérentes au « libre échange », à la « mondialisation », à la « concurrence » et à la « déréglementation » exercent des pressions pour réduire les coûts de la production, rendre obligatoires les heures supplémentaires, accroître la charge de travail et rendre la vie des travailleurs plus difficile de diverses manières. Réagissant à ces pressions, les gouvernements ont assoupli les restrictions relatives aux heures supplémentaires et autorisé le prolongement des heures de travail. Ils ont également renoncé à l'application de politiques tarifaires pour promouvoir le plein emploi et les conditions de travail saines. L'une des conséquences prévisibles a été l'augmentation des cas de stress professionnel et de maladies attribuables à celui-ci. Il n'est pas non plus étonnant de constater que des modifications législatives ont été apportées afin de rendre non indemnisables les incapacités attribuables au stress. Le contexte politique fait en sorte que les maladies attribuables aux politiques ne soient pas reconnues comme des maladies professionnelles.

4. L'évocation de la « science »

Lorsque les pressions politiques s'opposent à la reconnaissance des maladies professionnelles, elles invoquent parfois la « science ». Par exemple, on demande parfois des « directives scientifiques » pour l'arbitrage des demandes d'indemnisation dans les cas de maladie. En plus de répondre aux pressions politiques externes, les « directives scientifiques » peuvent également satisfaire les aspirations internes à un fonctionnement bureaucratique normal (par opposition au processus d'arbitrage). Les « directives scientifiques » peuvent également être perçues comme un facteur réduisant l'exercice du jugement dans la prise de décisions concernant l'indemnisation, ce qui rend le processus plus bureaucratique et moins appréciatif.

Les objections aux « directives scientifiques » sont nombreuses.

- i) Bien qu'elles soient habituellement exprimées sous forme de règle d'inclusion, les « directives scientifiques » sont habituellement, en pratique, des règles d'exclusion.
- ii) Elles ont tendance à faire porter le fardeau de la preuve au travailleur, fardeau que le travailleur handicapé par la maladie n'a pas la force de porter. Ainsi, les « directives

scientifiques » vont à l'encontre de l'un des fondements initiaux de l'établissement de nos systèmes d'indemnisation des accidents du travail.

- iii) Elles ont tendance à établir une norme de preuve plus élevée que la prépondérance des probabilités.
- iv) De façon générale, elles tiennent pour acquis que les antécédents d'exposition seront mis à la disposition du travailleur. C'est rarement le cas, particulièrement quand un travailleur a été exposé à un mélange de contaminants ou à des contaminants multiples, peut-être à des endroits multiples.
- v) Les « directives scientifiques » ont bien souvent une portée trop restreinte. Par exemple, une ligne directrice pourrait porter sur un contaminant ou une maladie en particulier. Ces directives pourraient entraver plutôt que faciliter une enquête visant à déterminer si une incapacité ou un décès est attribuable au travail. C'est pour cette raison, parmi d'autres, que les « directives scientifiques » sont plus souvent arbitraires que scientifiques.
- vi) Mais surtout, les « directives scientifiques » **distrayent** l'arbitre des questions juridiquement pertinentes : « quelle est la meilleure hypothèse disponible concernant la cause de l'incapacité ou du décès du travailleur dans ce cas? » ou « quelles sont les meilleures hypothèses disponibles au sujet des facteurs contributifs de l'incapacité ou du décès du travailleur dans ce dossier? ». Ainsi, les « directives scientifiques » permettent à une commission d'échapper à son obligation réglementaire de choisir et de former des arbitres pour qu'ils soient en mesure de mener des enquêtes et d'analyser les faits dans chaque dossier.

Même s'il n'existe pas de « directives scientifiques » (ce qui est habituellement le cas dans la plupart des provinces), les politiques exigent parfois que les cas de maladie soient analysés uniquement à la lumière de la « science ». L'évocation du terme « science » dans ce contexte **n'est pas** neutre du point de vue des politiques. Ces exigences pourraient, en effet, pencher en faveur de l'hypothèse négative et ouvrir droit aux indemnisations uniquement quand il existe une preuve du bien-fondé de la demande, preuve entraînant une quasi-certitude. Ces exigences entraveraient encore davantage la reconnaissance des maladies professionnelles.

5. La recherche médicale

Un autre changement sur le plan des politiques, qui entrave la reconnaissance des maladies professionnelles, est le changement dans le financement de la recherche au cours des dernières

décennies. Nous avons été témoins d'une réduction des fonds gouvernementaux destinés à la recherche médicale, accompagnée d'une augmentation des fonds provenant de sources privées. La principale préoccupation ici n'est pas tant l'influence des bailleurs de fonds sur les résultats de la recherche ou même leur contrôle sur la publication des résultats. Il faut surtout s'inquiéter du contrôle exercé par les sources de financement sur le type de recherche qui sera effectué. C'est ainsi qu'on a observé un changement dans l'affectation des ressources humaines en épidémiologie, qui se sont détournées de l'étiologie des maladies pour mettre l'accent sur le traitement de celles-ci.

À ce chapitre, peu d'efforts semblent déployés dans les centres de traitement afin de produire des statistiques qui pourraient se révéler inestimables pour la recherche épidémiologique sur l'étiologie. Par exemple, il y a quelques années, dans un centre de traitement du cancer à Toronto, j'ai examiné les formulaires d'admission utilisés. J'ai constaté que les patients admis ne devaient répondre qu'à une seule question pertinente du point de vue étiologique. Cette question portait sur les antécédents du patient en matière de tabagisme.

La recherche médicale a permis de réduire considérablement les maladies. Le tabagisme et l'utilisation de l'amiante en sont des exemples. Mais la complexité croissante du monde moderne et les progrès accélérés entraînent des changements rapides dans l'utilisation des mélanges chimiques et biologiques, dans les conditions d'utilisation de ces derniers et dans la combinaison de leurs usages. Étant donné la réduction des ressources, la recherche médicale sur l'étiologie des maladies ne peut suivre le rythme. Il est donc peu probable que la reconnaissance des maladies professionnelles devienne plus facile.

6. Une base de données intégrée pour la recherche épidémiologique

Un autre obstacle politique majeur à la reconnaissance des maladies professionnelles est le défaut des gouvernements de mettre sur pied une base de données **globale** pour la recherche dans le domaine de l'épidémiologie. Il existe une séparation presque complète entre deux types de base de données :

- i. Les bases de données qui recensent les **expositions** à des polluants, ou à d'autres contaminants, et ou les indicateurs de l'exposition;
- ii. Les bases de données qui recensent les **diagnostics**, les cas d'incapacité, les traitements ou les décès.

Cette séparation est souvent provoquée ou intensifiée par l'emplacement des différentes bases de données au sein des différents ministères, gouvernements ou agences, ayant des budgets, des antécédents, des objectifs et des clientèles différents. Pour surmonter cet obstacle, un chercheur doit disposer de beaucoup de temps, d'argent et des autorisations nécessaires pour procéder au couplage des enregistrements. Il n'existe aucune base de données **globale** dans laquelle un chercheur pourrait rechercher des associations pouvant évoquer une relation de cause à effet. Il n'existe aucun moyen facile et rapide d'identifier et de mettre à l'épreuve les hypothèses étiologiques.

Bon nombre de recherches épidémiologiques pourraient être facilitées par la mise en place d'une base de données qui comprendrait, pour chaque individu, un enregistrement indiquant au moins :

- (a) les antécédents en ce qui concerne le lieu de résidence,
- (b) les antécédents de travail,
- (c) les antécédents professionnels,
- (d) peut-être quelques éléments des antécédents de consommation,
- (e) les diagnostics,
- (f) les traitements médicaux.

La confidentialité et la vie privée seraient protégées plus efficacement qu'elles ne le sont à l'heure actuelle parce que les chercheurs n'auraient besoin, essentiellement, que de données non nominatives.

Une base de données globale permettrait non seulement d'établir un lien entre les expositions et les diagnostics, mais aussi d'ajouter une dimension temporelle. Les antécédents individuels seraient enregistrés sans délai; ce serait le cas également des expositions déclarées et des indicateurs d'exposition, des diagnostics et des traitements. Ainsi, les antécédents seraient disponibles instantanément. Il ne serait plus nécessaire que chaque chercheur les reconstitue au besoin.

La configuration des bases de données existantes dépend du moment de leur création, par différentes personnes, en différents lieux et à des fins différentes. Mais le résultat est le même que si elles avaient été délibérément conçues pour entraver la recherche sur l'étiologie de la maladie.

Malheureusement, la facilitation de la recherche épidémiologique au moyen de l'établissement d'une base de données globale serait incompatible avec les réalités politiques.

F. CONCLUSION — AMÉLIORER LA RECONNAISSANCE

En raison des obstacles à la reconnaissance que j'ai mentionnés, la plupart des travailleurs atteints d'une maladie professionnelle ne reçoivent pas d'indemnisation. Ils ne recevront jamais non plus d'indemnisation dans le cadre d'un système exigeant que l'étiologie soit établie au cas par cas.

On ne pourra améliorer véritablement la reconnaissance des maladies professionnelles aux fins de l'indemnisation que si le système d'indemnisation des travailleurs et tous les autres systèmes d'indemnisation pour incapacité et décès prématuré sont remplacés par un régime complet d'indemnisation visant l'ensemble des incapacités et décès prématurés. Dans un tel régime, l'étiologie ne serait pas un critère d'admissibilité à l'indemnisation mais ferait partie de la formule de ventilation des coûts. Les coûts pourraient être ventilés en fonction de la cause, mais cela pourrait se faire par l'utilisation de données agrégées plutôt qu'au moyen d'une enquête coûteuse sur l'étiologie de chaque cas⁴.

Le contexte politique actuel ne laisse pas entrevoir la possibilité d'adopter un tel système. Cependant, sans celui-ci, la reconnaissance de la maladie professionnelle continuera de devenir un problème de plus en plus important, et la plupart des cas de maladie professionnelle demeureront non indemnisés.

Certaines améliorations pourraient **être apportées dans les limites** du réalisme politique. Elles porteraient sur l'interaction médico-légale. Par exemple :

- a) Si ce n'est déjà fait, toute commission pourrait exiger, en première instance, qu'un dossier ne soit soumis à un médecin de la Commission que si l'arbitre a d'abord indiqué dans le dossier les questions médicales juridiquement pertinentes sur lesquelles l'avis médical est sollicité.

4. Voir « Compensation for Injury and Disease: the Policy Choices », T. G. Ison, 1994, Butterworths, Toronto, ch. 8.

- b) Si cela n'est pas déjà pratique courante, la demande devrait être accompagnée des pièces suivantes quand une commission ou un tribunal d'appel sollicite l'opinion d'un médecin externe :
 - i) un énoncé des faits non médicaux; et
 - ii) la (les) question(s) médicale(s) juridiquement pertinente(s) sur laquelle (lesquelles) l'avis est requis.

- c) Quand un représentant d'une partie sollicite un avis médical, les mêmes renseignements devraient être fournis au médecin-conseil.

Les questions pertinentes devraient être formulées de façon à montrer que l'avis sollicité sur l'étiologie d'une maladie doit permettre de cerner les autres hypothèses, d'estimer les probabilités relatives et de conclure par une estimation de la probabilité que la ou les expositions en cours d'emploi soient un facteur contributif important de la maladie.

Si une commission, un tribunal ou le représentant d'un tiers n'a pas déjà adopté ces pratiques, l'amélioration de l'interaction médico-légale est l'amélioration la plus importante qui peut être apportée facilement pour favoriser la reconnaissance des maladies professionnelles dans le système d'indemnisation des travailleurs.