



Financial Services
Commission
of Ontario

**Rapport du surintendant sur la
définition de la déficience
invalidante de l'Annexe sur les
indemnités d'accident légales**

Le 15 décembre 2011

Table des matières

1.	Résumé	2
2.	Introduction	5
	2.1 <i>Protection des personnes souffrant d'une déficience invalidante</i>	5
	2.2 <i>Historique de la définition de la déficience invalidante en Ontario</i>	6
	2.3 <i>Définition juridique ou définition médicale</i>	7
	2.4 <i>Statistiques sur les traumatismes invalidants</i>	8
3.	Recommandations du surintendant	10
	3.1 <i>Paraplégie ou tétraplégie</i>	10
	3.2 <i>Déficience sévère de la mobilité ambulatoire</i>	11
	3.3 <i>Cécité</i>	12
	3.4 <i>Traumatisme cérébral chez l'adulte</i>	13
	3.4.1 <i>Échelle du coma de Glasgow</i>	13
	3.4.2 <i>Échelle de devenir de Glasgow étendue</i>	14
	3.5 <i>Autres déficiences physiques</i>	14
	3.5.1 <i>Douleur</i>	15
	3.6 <i>Déficience pour des motifs psychiatriques</i>	15
	3.6.1 <i>Combinaison des déficiences psychiatriques et physiques</i>	16
	3.7 <i>Enfants</i>	17
	3.7.1 <i>Âge</i>	18
	3.7.2 <i>Statuts automatiques</i>	18
	3.7.3 <i>Statuts précoces</i>	18
	3.7.4 <i>Autres traumatismes chez les enfants</i>	19
	3.7.5 <i>Traumatismes crâniens chez les jeunes enfants</i>	19
	3.8 <i>Prestations provisoires</i>	19
	3.8.1 <i>Admissibilité aux prestations provisoires</i>	20
	3.8.2 <i>Demande de prestations provisoires</i>	22
	3.8.3 <i>Gestion des prestations provisoires</i>	22
4.	Examens futurs	24
5.	Qualification et expérience des évaluateurs	25
	5.1 <i>Chef évaluateur et évaluateurs</i>	25
	5.2 <i>Médecin ou neuropsychologue détenteur d'un doctorat</i>	26
	5.3 <i>Formation sur les outils de mesure</i>	26
	5.4 <i>Formation universitaire</i>	26
	5.5 <i>Formulaires standard pour la collecte des données</i>	27
	5.6 <i>Processus de transition</i>	27
6.	Conclusion	29
7.	Annexes	30
	Annexe A	30
	Annexe B	31
	Annexe C	35
	Annexe D	38
	Annexe E	43
	Annexe F	44
	Annexe G	45
	Annexe H	46



Rapport du surintendant sur la définition de la déficience invalidante de l'Annexe sur les indemnités d'accident légales

1. Résumé

Dans le cadre de ses réformes de l'assurance-automobile de 2010, le gouvernement s'est engagé à consulter la communauté médicale sur la définition de la « déficience invalidante » que l'on retrouve à l'Annexe sur les indemnités d'accident légales (AIAL), un règlement en vertu de la *Loi sur les assurances*. Le gouvernement a mandaté la Commission des services financiers de l'Ontario (CSFO) pour consulter la communauté médicale et formuler des recommandations sur les changements à apporter à la définition, ainsi que sur les exigences en matière de qualification et d'expérience pour les professionnels de la santé qui procèdent aux évaluations de la déficience invalidante.

Pour s'acquitter de son mandat, la CSFO a publié une demande de propositions (DP), en conformité avec les exigences en matière d'approvisionnement de la province (voir l'annexe B). Ce processus a donné lieu à la nomination du Dr Pierre Côté¹ à titre de président du comité d'experts sur les déficiences invalidantes. Le Dr Côté a participé activement à la sélection des membres du comité, composé d'universitaires et de cliniciens experts. Le comité a effectué son examen, fait des observations et formulé des recommandations correspondant aux connaissances scientifiques actuelles et me les a transmises dans les rapports ci-joints².

Après avoir étudié le rapport de la phase I du comité d'experts et les mémoires des intervenants qui ont participé à l'exercice, je sou mets au ministre des Finances mes recommandations sur les changements à apporter à la définition de la déficience invalidante établie à l'AIAL. Ces recommandations, détaillées ci-dessous, visent à améliorer l'équité et la prévisibilité du processus d'évaluation de la déficience invalidante.

J'accepte les recommandations du comité d'experts concernant l'utilisation de nouveaux outils de mesure afin d'améliorer l'exactitude, la pertinence, la clarté, la validité, la fiabilité et la prévisibilité de l'évaluation de la déficience invalidante. Plus particulièrement, le comité recommande les outils suivants :

- la classification de l'American Spinal Injury Association (ASIA) des blessés médullaires;
- l'échelle de devenir de Glasgow étendue (GOS-E) pour les traumatismes cérébraux chez les adultes;
- la mesure de l'indépendance des blessés médullaires dans les cas d'incapacité de marcher sévère;
- l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (GAF).

¹ Le Dr Pierre Côté est un scientifique internationalement reconnu de la division Health Care and Outcomes Research du Toronto Western Research Institute.

² Changements à apporter à la définition de la déficience invalidante – Recommandations, 2 septembre 2011 (rapport de la phase I) (première publication le 8 avril 2011); Formation, qualification et expérience des évaluateurs qui procèdent aux évaluations de la déficience invalidante – Recommandations, le 21 juin 2011 (rapport de la phase II).



En outre, j'accepte les recommandations du comité d'experts concernant la mise en œuvre de deux nouvelles initiatives, connexes à la définition : un statut automatique de déficience provisoire et des prestations provisoires, chaque élément étant lié à des types particuliers de déficiences.

- Le comité d'experts recommande d'établir un statut automatique de déficience invalidante pour les enfants (les demandeurs de moins de 18 ans) qui souffrent d'un traumatisme cérébral sévère causé par un accident et qui ont été admis dans un centre de traumatologie pour les cas graves. Le comité souligne que le report du constat final risque de créer des facteurs de stress injustifiés chez les familles, et qu'un statut automatique de déficience invalidante donnerait aux demandeurs un accès immédiat aux prestations appropriées. En outre, puisque les évaluations ne seraient plus nécessaires, cette approche réduirait les coûts de l'évaluation et les autres frais de fonctionnement du système d'assurance.
- Le comité recommande d'instaurer des prestations provisoires pour les demandeurs qui, sans aucune équivoque, ont besoin d'une réadaptation intensive et prolongée. Ainsi, les personnes concernées auraient accès aux services de réadaptation dont elles ont besoin, ce qui maximiserait leurs chances d'une guérison optimale. Le constat final de la déficience invalidante serait reporté jusqu'à ce que l'évolution naturelle de l'affection se réalise. Par exemple, un adulte ayant subi un traumatisme cérébral très sévère pourrait recevoir des prestations provisoires pendant six mois. À cette échéance, on procéderait à une évaluation en vue d'un constat final. Bien que je juge intéressante l'idée de fournir aux personnes souffrant d'un traumatisme sévère un accès suffisant aux prestations jusqu'à ce qu'elles obtiennent le statut permanent de déficience invalidante, je recommande d'assujettir les prestations provisoires à un plafond de 50 000 \$. Cette solution permettrait de répondre aux besoins des demandeurs jusqu'au constat final, tout en évitant les abus potentiels.

Le comité est d'avis que le système actuel conduit à des constats de déficience invalidante contradictoires et à des diagnostics erronés. Les changements proposés rendraient le processus plus précis, plus uniforme et plus objectif, en plus d'accélérer l'exercice, de réduire les frais de fonctionnement et d'éviter les litiges.

La vision du comité à l'égard de l'intégration de la médecine fondée sur des preuves correspond à celle du gouvernement dans un autre projet, à savoir l'élaboration d'un protocole de traitement fondé sur des preuves médicales en remplacement de la Ligne directrice sur les blessures légères.

J'ai également étudié le rapport de la phase II du comité d'experts sur la qualification et l'expérience des évaluateurs de la déficience invalidante, qui vise à normaliser et à optimiser la qualité des évaluations. J'accepte les recommandations du comité d'experts dans ce domaine, avec quelques modifications.

L'assurance-automobile de l'Ontario est un système fermé dans lequel tous les coûts, notamment les indemnités d'accident, la responsabilité civile et les dommages à la propriété, sont transférés aux consommateurs par le biais des primes. Au sein de ce système d'assurance fermé, les conducteurs financent des services de soins de santé privés. L'examen du système doit rechercher l'équilibre entre les besoins des



demandeurs et l'abordabilité des primes d'assurance. Alors que les victimes d'accident d'automobile méritent un traitement équitable, on ne doit pas perdre de vue la viabilité du système. Le travail du comité traduit ce besoin de préserver le bon équilibre.



2. Introduction

2.1 Protection des personnes souffrant d'une déficience invalidante

La norme de prestation des soins de santé du système ontarien d'assurance-automobile consiste à offrir des biens et des services raisonnables et nécessaires. Rien n'exige explicitement des fournisseurs qu'ils adoptent la médecine fondée sur les preuves et cette approche est incompatible avec de nombreux pans du système de santé ontarien.

Les recommandations du présent rapport du surintendant visent à introduire des éléments de la médecine fondée sur les preuves dans le système ontarien d'assurance-automobile. Cette orientation appuie le principe qui veut que l'on veille au traitement approprié des personnes ayant subi les blessures les plus graves dans un accident d'automobile. Elle correspond par ailleurs à l'approche utilisée dans l'élaboration du protocole de traitement fondé sur des preuves qui remplacera la Ligne directrice sur les blessures légères.

L'examen de la définition de la déficience invalidante faisait partie de l'annonce gouvernementale des réformes de l'assurance-automobile de novembre 2009, dans laquelle il s'est engagé à consulter la communauté médicale sur les changements à apporter à la définition. En décembre 2010, un comité présidé par le Dr Pierre Côté recevait le mandat d'étudier la définition de la déficience invalidante et de formuler des recommandations sur la formation, la qualification et l'expérience requises des évaluateurs qui procèdent aux évaluations de la déficience invalidante. Le comité a présenté ses conclusions en deux rapports, remis en avril et en juin 2011. Ces rapports ont par la suite été publiés dans le site Web de la CSFO, accompagnés d'une sollicitation de commentaires. La CSFO a reçu 33 mémoires d'intervenants en réponse aux recommandations du comité d'experts.

Le comité juge qu'au fil du temps, la définition de la déficience invalidante a créé une incertitude considérable quant au processus d'évaluation, donnant souvent lieu à des résultats incohérents, à des diagnostics erronés et à des litiges. Ces conclusions sont en accord avec les observations de nombreux intervenants, soumises pendant l'examen quinquennal du système d'assurance-automobile dirigé par la CSFO en 2008-2009, qui a servi de base aux réformes gouvernementales de l'assurance-automobile annoncées en novembre 2009.

Les changements recommandés dans le présent rapport reposent en grande partie sur les travaux du comité, et ils correspondent aux connaissances et aux opinions scientifiques actuelles sur la mesure de la déficience invalidante. Le comité recommande l'utilisation d'outils cliniques plus valides et plus fiables, qui démontrent une meilleure capacité de prédiction que ceux employés à l'heure actuelle.

Les changements proposés rendraient le processus plus précis, plus uniforme et plus objectif, en plus de réduire le potentiel de diagnostic erroné. Ils pourraient aider les cliniciens à identifier plus rapidement et plus objectivement les demandeurs souffrant d'une déficience invalidante, de sorte que ceux qui souffrent des déficiences les plus sévères soient traités de façon appropriée. En renforçant la base scientifique des évaluations, ces changements devraient également réduire le nombre de litiges.



Outre les changements à apporter à la définition en elle-même, je propose deux nouveaux éléments, qui y sont connexes : un statut automatique de déficience invalidante et des prestations provisoires. Ces propositions s'inspirent directement des recommandations du comité.

- Instaurer un statut automatique de déficience invalidante pour les enfants (les demandeurs de moins de 18 ans) qui souffrent d'un traumatisme cérébral sévère et qui ont été admis dans un centre de traumatologie pour les cas graves. L'établissement plus rapide de la déficience invalidante donnerait au demandeur un accès plus rapide à l'échelon supérieur des prestations, comparativement aux délais actuels, qui vont souvent jusqu'à deux ans. Les évaluations ne seraient pas nécessaires, ce qui entraînerait une baisse des coûts, tant pour le demandeur que pour l'assureur.
- Instaurer des prestations provisoires pour les demandeurs qui, sans aucune équivoque, ont besoin d'une réadaptation intensive et prolongée. Cette mesure ferait en sorte que les personnes concernées aient accès, pendant une période définie, aux services de réadaptation nécessaires afin de maximiser leurs chances d'une guérison optimale. Un plafond de 50 000 \$ sur les prestations de déficience provisoire, ce qui permettrait aux personnes souffrant de traumatismes sévères d'avoir un accès suffisant aux prestations jusqu'à la confirmation du constat de déficience invalidante, tout en évitant les abus potentiels.

Dans le cadre de cet examen, certains intervenants ont suggéré d'abaisser les seuils dans la définition proposée pour permettre à un plus grand nombre de demandeurs de bénéficier de l'échelon supérieur des prestations offertes aux personnes faisant l'objet d'un statut de déficience invalidante. Dans leurs observations, ces intervenants soutiennent que des seuils inférieurs sont nécessaires pour pallier les effets des réformes du 1^{er} septembre 2010, qui ont réduit la protection médicale de base et les prestations de réadaptation pour déficiences non invalidantes à 50 000 \$. Je n'accepte pas la logique de ce raisonnement. Qui plus est, le travail du comité d'experts ne visait pas à annuler les changements apportés par les réformes du 1^{er} septembre 2010, mais s'inscrivait plutôt dans leur foulée.

2.2 Historique de la définition de la déficience invalidante en Ontario

En 1996, le projet de loi 59 introduisait deux échelons d'indemnités d'accident, l'échelon supérieur étant destiné aux demandeurs dont les déficiences sont jugées « invalidantes ». L'AIAL établit la définition de la « déficience invalidante ».

Cette définition utilise l'échelle du coma de Glasgow (GCS) pour évaluer la déficience cérébrale invalidante. Selon les observations des intervenants à l'époque, il était entendu que la GCS était un piètre outil de prédiction de la sévérité d'un traumatisme cérébral permanent, mais il n'y avait pas de meilleure solution. Au fil des ans, les intervenants ont continué à exprimer leur mécontentement à l'égard de la définition de la déficience invalidante, dans la mesure où elle s'applique aux traumatismes cérébraux.

En 1996, l'*American Medical Association Guides to the Evaluation of Permanent Impairment* (les guides de l'AMA), 4^e édition (publiée en 1993), ont été incorporés par



renvoi dans la définition de l'AIAL. Les guides de l'AMA fournissent aux professionnels de la santé un format d'analyse, d'évaluation et de consignation des déficiences fonctionnelles de toutes les parties du corps. On attribue une valeur en pourcentage à chaque déficience observée, avant d'appliquer une formule précisée dans un graphique et de les combiner pour arriver au résultat de la « déficience de l'organisme dans son ensemble ». Si cette « déficience de l'organisme dans son ensemble » est de 55 % ou plus, le demandeur est considéré comme souffrant d'une déficience invalidante en vertu de l'AIAL.

Les troubles mentaux ou du comportement sont classés séparément dans les guides de l'AMA et la définition actuelle de l'AIAL reproduit cette division en insérant les troubles mentaux et comportementaux dans une qualification distincte pour la détermination du statut de déficience invalidante.

En 2003, le projet de loi 198 apportait des changements mineurs à la définition, et en septembre 2010, on y ajoutait les amputations d'un membre. Outre ces quelques modifications, la définition est restée pratiquement la même ces 15 dernières années.

En 2008, le surintendant lançait le premier examen quinquennal du système d'assurance-automobile. En novembre de l'année suivante, s'appuyant largement sur cet examen, le gouvernement annonçait un ensemble de 41 réformes (on trouvera le détail des recommandations relatives à la définition de la déficience invalidante à l'Annexe H). L'ensemble des réformes de novembre 2009 comprenait également l'engagement de consulter la communauté médicale pour étudier la définition de la déficience invalidante.

2.3 Définition juridique ou définition médicale

Les membres du comité sont d'avis que « la déficience invalidante n'est pas une entité médicale; il s'agit plutôt d'une entité juridique qui définit un point sur le spectre médical de la gravité de la déficience ». ³ Selon le comité, l'utilisation de fondements médicaux pour établir la définition devrait rendre le processus de détermination juste, fiable, précis, uniforme et prévisible, ce qui est plus susceptible de se produire lorsque l'on fait appel à des outils de mesure scientifiques, utilisés par des professionnels formés.

Certains intervenants ont débattu de la question à savoir si la définition de la déficience invalidante est une définition juridique ou médicale. À mon avis, ce devrait être une définition juridique reposant sur des preuves médicales objectives. On a invité le comité d'experts à étudier et à formuler des recommandations à propos de cette définition. Ses recommandations correspondent aux connaissances médicales actuelles, ce qui respecte l'orientation donnée par le gouvernement dans l'ensemble des réformes de l'assurance-automobile de 2009.

À l'origine, la définition visait l'utilisation de preuves médicales afin d'évaluer la déficience invalidante, mais au fil des ans, elle a été interprétée librement par les tribunaux et les arbitres et a dévié de son intention initiale. Selon le comité, de nombreuses décisions judiciaires ont porté sur la définition de la déficience invalidante et certaines d'entre elles n'étaient pas fondées sur des preuves scientifiques ni sur une mesure objective. Tout en

³ Annexe 1, sondage 1 – Rapport du comité, p. 13.



cherchant à préserver l'équité, les tribunaux et les arbitres ont créé de l'incertitude. De plus, les connaissances médicales et scientifiques à l'égard de ces traumatismes et de leur évaluation ont évolué, ce qui rend les choses encore plus complexes. Toutes ces incertitudes ont donné lieu à de nouvelles contestations judiciaires, dont plusieurs sont toujours en instance devant les tribunaux.

2.4 Statistiques sur les traumatismes invalidants

Pour mieux comprendre les incidences de la définition de la déficience invalidante sur le système d'assurance-automobile, la CSFO a effectué une enquête auprès des compagnies d'assurance. En vertu du pouvoir octroyé par l'article 31 de la *Loi sur l'assurance*, on a demandé aux assureurs de l'Ontario de fournir leurs données sur les demandeurs ayant subi un traumatisme invalidant dans un accident d'automobile.

L'enquête demandait aux assureurs de préciser le nombre de demandeurs de règlement relatif à une déficience invalidante causée par un accident d'automobile dans les années civiles 2002 à 2006. Les données d'après 2006 sont encore incomplètes, en raison des longs délais dans le dépôt des demandes de déficience invalidante et de la durée des litiges concernant des demandes à régler.

Aux fins de cette enquête, les assureurs ont reçu la consigne de compter chaque demandeur séparément, même lorsque plus d'une personne a subi un traumatisme sévère dans un même accident. Un demandeur de règlement relatif à un traumatisme invalidant sévère (INV) est un demandeur spécialement identifié comme souffrant d'une déficience invalidante ou un cas pour lequel l'assureur fait une provision relative au caractère potentiellement invalidant du traumatisme, malgré un litige en cours.

Les données demandées ne s'appliquent qu'aux véhicules touristes et excluent les autres types de véhicules. Les résultats rapportés ci-dessous sont préliminaires.

L'enquête portait sur 23 compagnies, représentant 77,24 % du marché en fonction des primes souscrites. Ces chiffres ont ensuite été extrapolés pour estimer le nombre de demandeurs de règlement relatif à un traumatisme invalidant de l'ensemble du marché.

Année de l'accident	Demandeurs INV des assureurs interrogés	Demandeurs INV extrapolés à l'ensemble du marché	Nombre de demandeurs ayant subi des dommages corporels*	Nombre total d'accidents dans l'année**	Demandeurs INV / 1 000 demandeurs de règlement pour dommages corporels	Demandeurs INV / 1 000 accidents
2002	376	487	89 383	244 642	5,45	1,99
2003	362	469	80 213	246 463	5,85	1,90
2004	383	496	60 430	231 548	8,21	2,14
2005	457	592	59 570	230 258	9,94	2,57
2006	461	597	61 030	216 247	9,78	2,76

Source : *Plan statistique des indemnités d'accident légales de l'Ontario (PSIALO)

**Rapport annuel sur la sécurité routière en Ontario (RASRO), publié par le ministère des Transports

Les données indiquent que, alors que diminue le nombre d'accidents et de demandeurs de règlement relatif à des dommages corporels, le nombre de demandeurs de règlement relatif à un traumatisme invalidant augmente. Là où on comptait, en 2002, 5,45 demandeurs de règlement relatif à un traumatisme invalidant pour



1 000 demandeurs de règlement relatif à des dommages corporels, ce ratio était passé à 9,78 en 2006. Cette augmentation est peut-être en lien avec l'évolution de la définition engendrée par les décisions des arbitres et des tribunaux.

Voici des recommandations précises qui tiennent compte des preuves médicales actuelles, de l'interprétation évolutive de la définition par les tribunaux et les arbitres, des tendances en matière d'accident et de la fréquence des demandes de règlement.



3. Recommandations du surintendant

3.1 Paraplégie ou tétraplégie

AIAL actuelle	Recommandation du comité
3. (2) (a) la paraplégie ou la quadriplégie;	3. (2) (a) une paraplégie ou une tétraplégie qui répond aux critères suivants i et ii, et iii ou iv : <ul style="list-style-type: none">i. la personne assurée participe actuellement à un programme de réadaptation des blessés médullaires hospitalisés dans un hôpital public de réadaptation, ou a terminé ce programme; etii. le rétablissement neurologique est tel que la cote de l'ASIA correspondant à un état permanent peut être déterminée avec une certitude médicale raisonnable, selon les normes de l'American Spinal Injury Association (<i>Marino RJ et al. ASIA Neurological Standards Committee 2002. International standards for neurological classification of spinal cord injury. J Spinal Cord Med 2003; 26(Suppl 1): S50–S56</i>); etiii. la cote de l'ASIA correspondant à un état permanent est A, B, ou C; ouiv. la cote de l'ASIA correspondant à un état permanent est ou sera D si la personne assurée a une incapacité permanente de marcher de façon indépendante, tel que cela est défini par les résultats 0-5 sur la mesure de l'indépendance des blessés médullaires, point 12 (mobilité à l'intérieur, capacité de marcher <10 m) (<i>Catz A., Itzkovich M., Tesio L., et al. A multicenter international study on the spinal cord independence measure, version III: Rasch psychometric validation. Spinal Cord 2007; 45: 275–91</i>) ou si elle exige une dérivation urologique chirurgicale, l'implantation d'un dispositif ou une cathétérisation intermittente ou constante afin de gérer la déficience neuro-urologique résiduelle.

Recommandations du surintendant

J'accepte la recommandation du comité d'experts concernant l'intégration de l'échelle de l'American Spinal Injury Association (ASIA) dans la définition. Toutefois, je recommande de supprimer l'ajout de l'exigence d'une participation à un programme de réadaptation des blessés médullaires dans le cadre d'une hospitalisation dans un établissement public de réadaptation, ou l'achèvement d'un tel programme.

Pendant l'examen quinquennal, certains intervenants ont soutenu que les références à la paraplégie et à la quadriplégie dans la définition ne sont peut-être plus appropriées. Le comité convient que la paraplégie et la quadriplégie (aujourd'hui nommée tétraplégie) complètes sont rares et qu'on les mesure mieux par rapport à la gravité du traumatisme médullaire

Les connaissances scientifiques sur la classification diagnostique des blessés médullaires ont évolué au cours des 15 dernières années. Selon le comité d'experts, la classification de l'American Spinal Injury Association (ASIA) des blessés médullaires est aujourd'hui la norme en médecine. Le système de l'ASIA regroupe les patients dans cinq catégories de sévérité, qui vont de complète (cote A) à normale (cote E).

Le comité appuie fortement l'utilisation de la classification de l'ASIA aux fins de l'évaluation de la déficience invalidante, en raison de son utilisation courante dans les soins de routine apportés aux blessés médullaires. Qui plus est, il s'agit d'un protocole d'examen normalisé, moins subjectif que l'utilisation des guides de l'AMA. De l'avis du comité, on peut s'attendre à ce que le système de l'ASIA améliore la fiabilité et l'uniformité des évaluations et permette de repérer plus efficacement les patients souffrant d'une déficience invalidante.

Le comité d'experts mentionne la paralysie transitoire (également connue sous le nom de sidération médullaire) dans son rapport. Par définition, la paralysie transitoire est une affection aiguë généralement associée à une issue favorable. Le comité juge que la



paralysie transitoire n'est pas une déficience invalidante et souligne que la cote de l'ASIA ne doit pas être établie avant que le rétablissement neurologique ne soit tel qu'elle puisse l'être avec une certitude médicale raisonnable.

J'accepte l'avis du comité, à savoir que l'échelle de l'ASIA est une mesure fiable et uniformément prédictive des traumatismes médullaires et j'accepte son utilisation dans l'évaluation de la déficience invalidante. Tout en reconnaissant la gravité de ce qu'on appelle un traumatisme médullaire « incomplet », où subsistent certaines fonctions motrices, certains traumatismes médullaires incomplets ne doivent pas être considérés comme étant invalidants. Par conséquent, j'accepte également les seuils fixés par le comité comme étant raisonnables.

Comme le soulignent plusieurs intervenants, certains traumatismes médullaires sont si sévères que les demandeurs ne seront jamais admis dans un programme de réadaptation dans le cadre d'une hospitalisation, étant donné que leur état ne peut s'améliorer. Il ne fait par ailleurs aucun doute que ces demandeurs souffrent d'une déficience invalidante. Par conséquent, j'accepte la position des intervenants quant à l'inutilité d'ajouter, en plus de la nécessité de satisfaire au seuil de l'échelle de l'ASIA, l'exigence relative à une période de réadaptation neurologique dans le cadre d'une hospitalisation.

3.2 Déficience sévère de la mobilité ambulatoire

AIAL actuelle	Recommandation du comité
3. (2) (b) l'amputation d'un bras ou d'une jambe ou une autre déficience entraînant la perte totale et permanente de leur utilisation;	3. 2 (b) une déficience grave de la mobilité ambulatoire, déterminée conformément aux critères suivants : i. amputation transtibiale ou à un niveau supérieur d'une jambe, ou ii. altération grave et permanente d'une structure et d'une fonction antérieures qui touche un membre inférieur ou les deux, à la suite de quoi : a) la personne assurée participe actuellement à un programme de réadaptation dans un établissement public de réadaptation, ou a terminé ce programme; et b) l'on peut raisonnablement déterminer que la personne assurée a ou aura une incapacité permanente de marcher de façon indépendante et exige pour le moins des dispositifs d'assistance ambulatoire bilatéraux (déficience de la mobilité équivalente à celle définie par les résultats 0–5 sur la mesure de l'indépendance des blessés médullaires, point 12 (mobilité à l'intérieur, capacité de marcher <10 m) (<i>Catz A, Itzkovich M, Tesio L, et al. A multicenter international study on the spinal cord independence measure, version III: Rasch psychometric validation. Spinal Cord 2007; 45: 275–91</i>).

Recommandations du surintendant

J'accepte la recommandation du comité d'experts en ce qui concerne les demandeurs éprouvant de sévères difficultés à marcher, sous réserve de l'exigence d'une participation à un programme de réadaptation dans le cadre d'une hospitalisation dans un établissement public de réadaptation, ou l'achèvement d'un tel programme; ce critère n'est pas nécessaire.

Le comité recommande d'apporter des changements importants à la disposition concernant les amputations. À la suite de son examen, le comité conclut que la définition actuelle ne décrit pas avec exactitude l'ampleur des traumatismes qui devraient être considérés comme une déficience invalidante. La définition actuelle met l'accent sur les amputations et ne comprend pas les traumatismes similaires, comme les brûlures ou les blessures consécutives à un écrasement, qui peuvent avoir des conséquences très semblables sur les fonctions motrices d'un demandeur. Le comité recommande également de distinguer la déficience invalidante liée aux membres supérieurs et la déficience invalidante liée aux membres inférieurs.



Pour les traumatismes aux membres supérieurs, le comité recommande l'utilisation des guides de l'AMA. Constatant qu'une déficience d'un membre supérieur entraînerait une déficience de 55 % ou plus de l'organisme dans son ensemble, le comité est d'avis que l'on peut l'évaluer à l'aide des guides de l'AMA. Cependant, le comité propose une approche différente pour les demandeurs qui éprouvent de sévères difficultés à marcher en raison d'un traumatisme. Conformément aux guides de l'AMA, un traumatisme limité aux membres inférieurs n'entraîne pas une déficience de 55 % de l'organisme dans son ensemble. Même deux amputations sous le genou n'atteignent pas ce niveau de 55 %, ce qui est très problématique, compte tenu des coûts à perpétuité associés à l'achat, à l'entretien et au remplacement d'une ou de plusieurs prothèses de jambe, sans oublier bien entendu les graves difficultés en matière d'indépendance qui découlent d'une telle déficience. Plutôt que d'adapter les outils de mesure, dont l'utilisation est par ailleurs approuvée dans la définition, le comité recommande des critères particuliers pour évaluer la déficience invalidante liée à de sévères difficultés à marcher.

Le comité propose que les demandeurs ayant subi une amputation sous le genou ou une amputation de la jambe à un niveau supérieur soient réputés souffrir d'une déficience invalidante. Faute de quoi, le comité recommande un seuil pour les demandeurs présentant une altération sévère et permanente de la structure et de la fonction d'une ou des deux jambes, soit l'incapacité permanente de marcher de façon indépendante, basée sur la mesure de l'indépendance des blessés médullaires.

3.3 Cécité

AIAL actuelle	Recommandation du comité
3.2 (c) la cécité complète;	3. 2 (c) une cécité pratique des deux yeux due à des dommages structurels du système de vision. Une perte de vision non organique (cécité hystérique) est exclue de cette définition.
Recommandations du surintendant	
J'accepte la recommandation du comité d'experts concernant la cécité, avec l'ajout d'un renvoi au seuil 20/200.	

En matière de cécité, le comité ne recommande que des clarifications mineures à la définition existante. Plus précisément, une cécité est considérée comme une déficience invalidante en présence de dommages structurels du système de vision. La cécité hystérique (perte de vision non organique) serait donc exclue de la définition, bien qu'elle puisse être considérée comme une déficience psychiatrique.

Après avoir étudié les demandes des intervenants, qui réclament une clarification de l'expression « cécité légale », je recommande d'inclure le seuil de l'acuité visuelle de 20/200.



3.4 Traumatisme cérébral chez l'adulte

AIAL actuelle	Recommandation du comité
<p>3.2. d) sous réserve du paragraphe (4), une déficience cérébrale qui se traduit :</p> <p>(i) soit par un résultat de 9 ou moins selon la classification appelée Glasgow Coma Scale, telle qu'elle figure dans l'ouvrage de B. Jennett et G. Teasdale intitulé <i>Management of Head Injuries</i>, Contemporary Neurology Series, volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphie, 1981, d'après une épreuve administrée dans un délai raisonnable après l'accident par une personne formée à cette fin;</p> <p>(ii) soit par un résultat de 2 (<i>vegetative</i>) ou 3 (<i>severe disability</i>) selon la classification appelée Glasgow Outcome Scale, telle qu'elle figure dans l'article de B. Jennett et M. Bond intitulé <i>Assessment of Outcome After Severe Brain Damage</i>, Lancet i:480, 1975, d'après une épreuve administrée plus de six mois après l'accident par une personne formée à cette fin;</p>	<p>3. 2. (d) Un traumatisme cérébral chez l'adulte (âgé de 18 ans et plus) :</p> <p>ii. la déficience invalidante, établie d'après une évaluation conforme aux directives publiées pour une évaluation structurée à partir de l'échelle GOS-E (Jennett, B. et Bond, M., <i>Assessment of Outcome After Severe Brain Damage</i>, Lancet i:480, 1975), est :</p> <p>a) <i>vegetative</i> (VS) au bout de trois mois ou</p> <p>b) une invalidité grave des membres supérieurs (SD+) ou une invalidité grave des membres inférieurs (SD -) au bout de six mois ou une invalidité modérée des membres inférieurs (MD-) au bout d'un an en raison d'une déficience cérébrale documentée, si la détermination a été précédée d'une période de réadaptation neurologique dans le cadre d'une hospitalisation dans un centre de réadaptation reconnu (la liste des établissements doit être publiée dans une directive du surintendant).</p>
Recommandations du surintendant	
<p>J'accepte la recommandation du comité d'experts quant au retrait de l'échelle du coma de Glasgow (GCS) des outils de mesure de la déficience invalidante chez les adultes souffrant de traumatismes cérébraux, et son remplacement par l'échelle de devenir de Glasgow étendue (GOS-E). En outre, je recommande que la définition soit modifiée de telle sorte que le demandeur évalué à Vegetative (VS) après un mois se qualifie au constat de déficience invalidante.</p>	

3.4.1 Échelle du coma de Glasgow

Le comité recommande de retirer l'échelle du coma de Glasgow (GCS) de la définition de la déficience invalidante figurant à l'AIAL, étant donné qu'il s'agit d'un outil de prédiction médiocre des résultats à long terme d'un traumatisme cérébral. En outre, la GCS présente des faiblesses, du fait qu'elle repose sur la capacité d'un demandeur à communiquer. Par conséquent, on pourrait obtenir des résultats erronés chez les demandeurs en état d'ébriété, ceux qui respirent au moyen de tubes de respiration ou les enfants trop jeunes pour comprendre des consignes verbales. Le comité recommande d'utiliser l'échelle de devenir de Glasgow étendue (GOS-E) en remplacement de la GCS. Selon lui, l'utilisation d'une mesure axée sur les résultats comme la GOS-E réduirait le risque de constats erronés.

Certains intervenants ont fait remarquer que l'utilisation de la GCS devrait être maintenue dans la définition, puisqu'elle est facile à appliquer et que les professionnels de la santé et les avocats la connaissent très bien. Je ne crois pas que ces arguments justifient de continuer à utiliser un outil inapproprié. L'objet de ce projet est de trouver des outils de mesure plus efficaces, plus précis et plus prévisibles et de faire correspondre la définition de la déficience invalidante à la médecine fondée sur les preuves. Le degré d'aisance avec le système d'évaluation existant est sans importance.



3.4.2 Échelle de devenir de Glasgow étendue

Le comité d'experts recommande de baser l'évaluation de la déficience invalidante sur des seuils particuliers de la GOS-E, avec des jalons en corrélation avec les différents degrés de déficience. Plus précisément, les traumatismes donnant lieu à un état végétatif seraient admissibles un mois après l'accident, les invalidités graves des membres supérieurs ou inférieurs le seraient après six mois et les invalidités modérées des membres inférieurs, après un an.

J'accepte les seuils et les jalons recommandés par le comité. Après examen des observations des intervenants à l'appui de la prévisibilité de la GOS-E, je juge que l'exigence relative à la réadaptation neurologique n'est pas nécessaire.

3.5 Autres déficiences physiques

AIAL actuelle	Recommandation du comité
4. 2. e) sous réserve des paragraphes (4), (5) et (6), toute déficience ou combinaison de déficiences qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé <i>Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , 4 ^e édition, 1993, se traduit par une déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble;	4. 2 (e) toute déficience physique ou combinaison de déficiences qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé <i>Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , 4 ^e édition, 1993, (GEPI-4), se traduit par une déficience de 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble; i. à moins que ces déficiences ne soient régies par des directives précises dans les sections pertinentes des chapitres 3 à 13 des GEPI-4, il est entendu que toutes les déficiences pouvant être associées à des symptômes et à des syndromes non psychiatriques (p. ex. des syndromes somatiques fonctionnels, des syndromes de douleur chronique, des syndromes de fatigue chronique ou le syndrome de la fibromyalgie) et attribuables à l'accident auront été prises en considération dans la pondération des évaluations des déficiences physiques selon les GEPI-4 indiquées dans les chapitres 3 à 13; ii. mis à part les déficiences [dues à des traumatismes cérébraux], les troubles mentaux et les troubles du comportement sont exclus de l'évaluation des déficiences physiques; iii. la définition 2 (e), alinéas I et II compris, ne peut servir à confirmer une déficience invalidante que deux ans après l'accident, sauf si, au moins trois mois après l'accident, une déficience physique due à un traumatisme se traduit par une déficience d'au moins 55 % de l'organisme dans son ensemble et s'il n'y a aucun espoir raisonnable d'amélioration au-delà de 55 %.
Recommandations du surintendant	
J'accepte la recommandation du comité d'experts quant à l'inclusion dans la définition de toute déficience ou combinaison de déficiences physiques qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé <i>Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , 4 ^e édition, 1993, se traduit par une déficience d'au moins 55 % de l'organisme dans son ensemble.	

Le comité recommande l'utilisation des guides de l'AMA (4^e édition) dans l'évaluation de la déficience invalidante en l'absence de traumatisme médullaire, d'amputations, de sévères difficultés à marcher, de cécité ou de traumatismes cérébraux chez les adultes.

Les guides de l'AMA ont été publiés pour la première fois en 1970. Depuis, ils font l'objet de révisions périodiques afin de tenir compte des nouvelles connaissances et opinions scientifiques. La version la plus récente des guides de l'AMA est la 6^e édition, publiée en décembre 2007, mais l'AIAL continue de renvoyer à la 4^e édition.



Plusieurs intervenants ont suggéré que l'AIAL renvoie à la 6^e édition des guides de l'AMA. Cependant, selon le comité d'experts, bien que plus à jour, la 6^e édition n'est pas encore bien acceptée et sa fiabilité a été remise en question. Le comité recommande de maintenir l'utilisation de la 4^e édition dans le cadre de la définition de la déficience invalidante. J'accepte cette opinion. La question de savoir quelle est l'édition des guides de l'AMA la plus appropriée pour évaluer la déficience invalidante devrait faire l'objet d'un examen futur. Les problèmes de fiabilité des éditions plus récentes seront peut-être résolus à ce moment.

3.5.1 Douleur

Recommandations du surintendant

J'accepte la recommandation du comité d'experts quant au fait que la définition de la déficience invalidante ne doit pas quantifier la douleur comme une déficience distincte.

Si les recommandations du comité étaient mises en œuvre selon leur formulation dans son rapport, les troubles psychologiques et du comportement ne seraient plus inclus dans la définition de déficience invalidante, notamment la douleur chronique et la fibromyalgie. Toutefois, un demandeur souffrant de l'une de ces conditions pourrait satisfaire aux critères de la déficience invalidante pour des motifs psychiatriques.

En ce qui concerne les troubles de douleur comme le syndrome de douleur chronique et la fibromyalgie, le comité précise qu'ils ne peuvent pas être quantifiés comme des déficiences à eux seuls. Le comité souligne qu'il n'y a aucun moyen de mesurer la douleur et qu'il n'existe aucune méthode permettant de confirmer si un demandeur atteint ou non un seuil de douleur. En outre, les guides de l'AMA tiennent compte de la douleur dans la cote attribuée à chaque déficience. Par conséquent, si la douleur était cotée séparément et ajoutée aux autres cotes de déficience, cela reviendrait à la compter en double.

3.6 Déficience pour des motifs psychiatriques

AIAL actuelle	Recommandation du comité
4. 2. f) sous réserve des paragraphes (4), (5) et (6), toute déficience qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé <i>Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i> , 4 ^e édition, 1993, se traduit par une déficience de catégorie 4 (<i>marked impairment</i>) ou de catégorie 5 (<i>extreme impairment</i>) causée	4. 2 (f) une déficience psychiatrique qui répond aux critères suivants : <ul style="list-style-type: none"> i. la ou les déficiences psychiatriques post-traumatiques doivent être le résultat direct de l'un ou l'autre des troubles suivants lorsqu'elles ont été diagnostiquées conformément aux critères DSM IV TR : (a) dépression profonde; (b) trouble du stress post-traumatique; (c) trouble psychotique; ou (d) tout autre trouble pouvant être répertorié dans une directive du surintendant; ii. les déficiences attribuables à la douleur et exclues, sauf dans la mesure où elles prolongent ou contribuent à la prolongation ou à la gravité des troubles psychiatriques, pouvant être prises en considération conformément au critère (i); iii. toute déficience résultant d'un traumatisme [cérébral] doit être évaluée en fonction du paragraphe 2(d) ou 2(e) plutôt que du présent paragraphe; iv. les déficiences graves correspondent à un résultat d'au plus 40 obtenu selon une évaluation globale du fonctionnement (GAF), après l'exclusion de toutes les restrictions physiques et environnementales; v. pour déterminer si la déficience est suffisamment grave pour répondre au critère (iv) – soit un résultat GAF d'au plus 40 – il doit minimalement y avoir une preuve démontrable et probante que la déficience en question compromet très sérieusement l'indépendance et le fonctionnement psychosocial de telle sorte que la personne assurée a manifestement besoin de soins de santé mentale et de services de soutien substantiels. Les indices généralement



par un trouble mental ou un trouble du comportement. Règl. de l'Ont. 34/10, art. 3 (2).

reconnus ci-dessous permettent d'établir adéquatement si la preuve est démontrable et convaincante :

- a) l'institutionnalisation;
- b) des hospitalisations répétées dont le but et la durée sont directement liés au traitement d'une déficience psychiatrique grave;
- c) des interventions appropriées ou des médicaments psychopharmacologiques (p. ex. traitement par électrochocs, psychorégulateurs, neuroleptiques ou autres médicaments prescrits surtout pour le traitement de troubles psychiatriques graves);
- d) la confirmation de l'inaptitude à gérer ses finances et ses biens, à prendre des décisions se rapportant au traitement ou à pourvoir aux besoins de personnes à charge;
- e) le contrôle de l'état de santé du patient assuré au moyen de séances individuelles de suivi psychiatrique au moins une fois par mois;
- f) une supervision et une direction régulières et fréquentes assurées par des services de santé mentale en milieu communautaire, avec le concours de spécialistes de la santé mentale financés par la collectivité pour assurer une hygiène et une nutrition adéquates, le respect de la médication prescrite ou d'autres formes d'interventions thérapeutiques psychiatriques et des mesures de sécurité pour soi-même et autrui.

Recommandations du surintendant

J'accepte les recommandations du comité d'experts voulant que l'on utilise une combinaison de facteurs dans l'évaluation de la déficience invalidante pour des motifs psychiatriques et que l'on n'autorise pas la combinaison des déficiences psychiatriques et physiques.

Le comité n'a trouvé aucune preuve scientifique à l'appui de la fiabilité et de la validité des évaluations des troubles mentaux ou comportementaux faites au moyen des guides de l'AMA. Ces guides ne traitent pas expressément des troubles psychologiques et reposent largement sur les limites fonctionnelles du patient. J'accepte la recommandation du comité d'experts concernant la limitation de cette partie de la définition aux déficiences psychiatriques.

Le comité n'a trouvé aucun outil d'évaluation pour mesurer la déficience psychiatrique globale. Il recommande plutôt une combinaison d'exigences pour satisfaire aux critères de la déficience invalidante pour des motifs psychiatriques.

J'accepte la recommandation du comité concernant l'intégration de l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (GAF) dans la définition, l'un des critères étant une cote de 40 ou moins. Le comité a choisi la GAF en raison de sa fiabilité et de sa validité. Le seuil, fixé à 40, englobe vraisemblablement les personnes atteintes de troubles psychiatriques graves dont l'aptitude à vivre en société en toute sécurité est faible sans un recours substantiel à des services de soutien à la santé mentale.

En outre, j'accepte la recommandation du comité d'experts relative à une Ligne directrice du surintendant, à laquelle on fera renvoi dans la nouvelle définition et qui énumérera des troubles psychiatriques particuliers en tant que critères pour cette partie de la définition, en plus de la cote maximale de 40 à la GAF.

3.6.1 Combinaison des déficiences psychiatriques et physiques

Le comité d'experts n'a trouvé aucune preuve scientifique à l'appui de l'idée que l'on puisse combiner des états physiques et mentaux ou comportementaux de façon valide et fiable, compte tenu des outils disponibles à l'heure actuelle.

Bien que les guides de l'AMA attribuent des cotes de déficience de l'organisme dans son ensemble dans les cas de déficience physique, ils ne le font pas pour les troubles



psychologiques. Les systèmes d'évaluation des déficiences physiques et mentales et comportementales ne sont pas compatibles et ne peuvent pas être combinés. De plus, il n'existe aucune donnée permettant de croire que la combinaison des déficiences se résume à un simple processus d'addition.

Le comité a de la difficulté à comprendre en quoi la combinaison de déficiences physiques et psychiatriques qui, indépendamment, ne satisfont pas aux critères de la déficience invalidante, pourrait correspondre à un traumatisme cérébral sévère, à un traumatisme médullaire ou à un cas de cécité. Je suis d'accord avec la position du comité d'experts, à savoir que l'évaluation de la déficience invalidante ne se résume pas à un simple processus d'addition. J'accepte donc sa recommandation de ne pas autoriser la combinaison des déficiences physiques et psychiatriques.

3.7 Enfants

AIAL actuelle	Recommandation du comité
<p>3. (3) Le paragraphe (4) s'applique si une personne assurée est âgée de moins de 16 ans au moment de l'accident et que ni la classification appelée Glasgow Coma Scale, ni la classification appelée Glasgow Outcome Scale, ni l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé <i>Guides to the Evaluation of Permanent Impairment</i>, 4^e édition, 1993, mentionnés à l'alinéa (2) d), e) ou f), ne peuvent s'appliquer en raison de son âge. Règl. de l'Ont. 34/10, art. 3 (3).</p>	<p>3 Traumatisme [cérébral] pédiatrique (avant l'âge de 18 ans) :</p> <ul style="list-style-type: none">i. un enfant subissant un traumatisme [cérébral] est automatiquement réputé être atteint d'une déficience invalidante sous réserve du respect de l'un des critères ci-dessous (a ou b) à l'égard du traumatisme [cérébral] résultant de l'accident en question :<ul style="list-style-type: none">a) hospitalisation dans un centre de traumatologie de niveau I et résultats positifs d'un examen tomодensitométrique ou IRM révélant l'existence d'une pathologie intracrânienne consécutive à un accident, y compris, sans en exclure d'autres, des contusions ou des hémorragies intracrâniennes, des lésions axonales diffuses, un œdème cérébral, le déplacement de la ligne médiane du cerveau ou une pneumocéphalie; oub) hospitalisation dans un centre de réadaptation financé par l'État (c.-à-d. dans un centre de réadaptation affilié à l'Ontario Association of Children Rehabilitation ou un établissement équivalent) pour un programme de réadaptation après un traumatisme [cérébral], ou dans un centre de réadaptation affilié à l'Ontario Association of Children Rehabilitation Facilities). <p>Une déficience pédiatrique invalidante attribuable à un traumatisme [cérébral] répondant à l'un ou l'autre des critères suivants :</p>
<p>3. (4) Pour l'application des alinéas (2) d), e) et f), la déficience dont souffre une personne assurée visée au paragraphe (3) à la suite d'un accident et dont il est raisonnable de croire qu'elle constitue une déficience invalidante est réputée la déficience qui se rapproche le plus de celle visée à l'alinéa (2) d), e) ou f), compte tenu de ses répercussions sur le développement. Règl. de l'Ont. 34/10, art. 3 (4).</p>	<ul style="list-style-type: none">ii. après les trois premiers mois, le niveau de fonctionnement neurologique de l'enfant ne dépasse pas la catégorie de l'état végétatif sur l'échelle KOSCHI (<i>Crouchman M et al., A practical outcome scale for paediatric head injury. Archives of Disease in Childhood. 2001; 84:1204</i>)18 : l'enfant respire spontanément et peut avoir des cycles de sommeil et de veille; il peut avoir des mouvements ou des réflexes involontaires des membres ou des yeux; il ne présente aucun indice manifeste de sa capacité de communiquer verbalement ou non verbalement ou de réagir aux commandements;iii. après les six premiers mois, le niveau de fonctionnement de l'enfant ne dépasse pas la catégorie de l'invalidité grave sur l'échelle KOSCHI (<i>Crouchman M et al., A practical outcome scale for paediatric head injury. Archives of Disease in Childhood. 2001; 84:1204</i>)18 : (1) l'enfant est capable, au moins par intermittences [sic], de bouger partiellement son corps ou ses yeux afin de commander ou d'exécuter des mouvements spontanés volontaires; p. ex., un enfant confus qui tire une sonde nasogastrique s'en prend au personnel soignant ou se roule dans son lit; (2) l'enfant peut avoir toute sa conscience et être capable de communiquer, mais il n'est pas encore capable de s'occuper de lui-même, p. ex. manger seul; (3) la déficience grave suppose un niveau élevé de dépendance permanente, mais l'enfant peut prendre part aux tâches quotidiennes qui le concernent; p. ex., il peut manger ou marcher ou encore s'habiller avec l'aide d'une autre personne; (4) un enfant dans cet état a toute sa conscience, mais un certain niveau d'amnésie post-traumatique peut subsister;iv. après les neuf premiers mois, le niveau de fonctionnement de l'enfant demeure sérieusement touché de sorte que l'enfant n'a pas le niveau d'autonomie habituel des



enfants de son âge et a besoin de supervision ou d'aide à proprement parler pour pallier ses troubles physiques, cognitifs ou comportementaux pendant la majeure partie de la période de veille.

Recommandations du surintendant

J'accepte la recommandation du comité d'experts concernant l'évaluation de la déficience invalidante chez les enfants. Je recommande toutefois que la définition soit modifiée de telle sorte qu'un enfant classé la catégorie *Vegetative* sur l'échelle KOSCHI (*King's Outcome Scale for Childhood Head Injury*), reçoive un constat de déficience invalidante après un mois, plutôt que trois.

Qui plus est, je recommande que le Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital soit invité à étudier la fiabilité de l'échelle KOSCHI dans l'évaluation des traumatismes crâniens pédiatriques. Les résultats d'une telle étude serviraient à la révision potentielle du constat de déficience invalidante chez les enfants.

3.7.1 Âge

En raison des conséquences à long terme des traumatismes cérébraux sur le développement, le comité recommande de faire passer l'âge des demandeurs pédiatriques de « moins de 16 ans » à « moins de 18 ans ».

3.7.2 Statuts automatiques

Le résultat ultime de traumatismes cérébraux chez les enfants peut ne pas devenir apparent avant plusieurs années suivant un accident. Le comité remarque que le report du constat final de la déficience invalidante risque de créer des facteurs de stress injustifiés chez les familles. D'autre part, il souligne que la confirmation erronée d'une déficience invalidante n'est pas souhaitable pour l'enfant et fait porter un lourd fardeau à l'assureur. Tout bien pesé, le comité conclut que les problèmes potentiels associés à un constat précoce sont plus que contrebalancés par les avantages pour tous les enfants souffrant d'une déficience invalidante et leurs familles.

Le comité note des corrélations entre certains marqueurs objectifs d'un traumatisme cérébral sévère et un résultat défavorable. Ces marqueurs révèlent également la nécessité de recourir davantage aux ressources de réadaptation afin d'atténuer la gravité de la déficience éventuelle. Plus précisément, le comité remarque que les résultats radiologiques positifs des traumatismes cérébraux, associés à une hospitalisation dans un centre de traumatologie pour les cas sévères, constituent de bons indicateurs cliniques d'un rétablissement tardif et de résultats défavorables. Dans le même ordre d'idées, compte tenu du fait que les patients des centres de réadaptation font l'objet d'un dépistage approfondi, le comité est d'avis que l'hospitalisation dans un tel établissement est un indicateur sensible d'un risque élevé de résultats défavorables. Je suis d'accord avec le raisonnement du comité d'experts sur cette question et je recommande que les enfants qui satisfont à ces critères reçoivent automatiquement le statut de déficience invalidante, afin de leur garantir un accès rapide aux programmes de réadaptation nécessaires.

3.7.3 Statuts précoces

En ce qui concerne les enfants qui ne répondent pas aux critères du statut automatique de déficience invalidante, il est quand même important d'évaluer précocement leur déficience en fonction de leur état clinique. L'évolution naturelle des traumatismes



cérébraux donne à penser que le gros de l'amélioration se produit surtout tôt. Un enfant toujours à l'état végétatif un mois après l'accident, ou dont le traumatisme est encore classé comme étant sévère après six mois, selon l'échelle d'évaluation KOSCHI (*King's Outcome Scale for Childhood Head Injury*), est très peu susceptible de reconquérir son autonomie un jour. Dans la même veine, le comité est d'avis que le pronostic est défavorable chez les enfants présentant des déficiences sévères, notamment un retard de développement prononcé, après neuf mois de rétablissement. Le comité fixe ces jalons comme points de référence dans l'évaluation de la déficience invalidante dans les cas de ce type.

J'accepte les recommandations du comité d'experts à l'égard d'une évaluation précoce pour les enfants souffrant de ces degrés de déficience à la suite d'un traumatisme cérébral.

3.7.4 Autres traumatismes chez les enfants

En ce qui concerne les enfants souffrant de traumatismes médullaires, d'amputations, de sévères difficultés à marcher, de cécité et de troubles psychiatriques, le comité recommande d'utiliser les dispositions portant sur les adultes pour évaluer la déficience invalidante, aucun outil de mesure n'étant conçu pour les enfants souffrant de ces déficiences. Dans ces cas, le comité d'experts recommande de trouver l'analogie la plus rapprochée et d'appliquer la méthode la plus appropriée à l'enfant. Le comité ne recommande pas l'utilisation des guides de l'AMA ou de l'échelle GAF, car ils n'ont pas été conçus pour les enfants. J'accepte la recommandation du comité d'experts concernant l'évaluation de la déficience invalidante chez les enfants dans de tels cas.

3.7.5 Traumatismes crâniens chez les jeunes enfants

Compte tenu de la proposition d'intégrer l'échelle d'évaluation KOSCHI (*King's Outcome Scale for Childhood Head Injury*) dans la définition de la déficience invalidante, je recommande de demander au Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital d'étudier la fiabilité de l'échelle d'évaluation KOSCHI dans l'évaluation des traumatismes crâniens pédiatriques. Compte tenu de sa spécialisation, je crois que l'établissement Bloorview est l'organisme le plus approprié pour mener à bien une telle étude. Cependant, je ne vois aucune raison d'attendre la fin de l'étude pour apporter ce changement à la définition. Les résultats d'une telle étude pourraient exiger le réexamen du constat de déficience invalidante chez les enfants.

3.8 Prestations provisoires

Recommandations du surintendant

J'accepte la recommandation du comité d'experts concernant les prestations provisoires. S'il est admissible, un demandeur aura accès à une protection supplémentaire de 50 000 \$ pour les soins médicaux, de réadaptation et auxiliaires, ainsi que les frais d'évaluation. Ces prestations seraient gérées par le médecin traitant du demandeur.

Le comité considère les prestations provisoires comme un mécanisme garantissant aux personnes concernées l'accès aux services de réadaptation dont elles ont besoin, maximisant ainsi leurs chances d'une guérison optimale. Le comité recommande



d'appliquer différentes évaluations à divers moments de la qualification, selon la déficience en cause. Une fois épuisées, les prestations provisoires ne seraient pas renouvelables.

La protection normale actuelle du système d'assurance-automobile comprend 50 000 \$ pour les soins médicaux et de réadaptation et 36 000 \$ pour les soins auxiliaires (assujettis à un plafond de 3 000 \$ par mois). Les prestations médicales et de réadaptation sont payables pendant un maximum de 10 ans suivant l'accident. Les prestations pour les soins auxiliaires sont payables pendant un maximum de 2 ans suivant l'accident. Lorsque le demandeur reçoit un constat de déficience invalidante, la protection pour les soins médicaux et de réadaptation augmente à 1 million de dollars, et les soins auxiliaires à 6 000 \$ par mois, avec un plafond de 1 million de dollars à vie.

Le comité recommande d'instaurer des prestations provisoires pour les groupes de demandeurs souffrant de traumatismes sévères précis, jusqu'au constat de déficience invalidante. Le comité estime que le système serait plus équitable pour ces demandeurs s'ils recevaient leurs prestations sans retard injustifié, et cette approche s'inscrit dans le cours naturel de leur déficience. Bien que le comité ne fait pas de recommandations quant au montant des prestations provisoires, je crois justifié d'ajouter 50 000 \$ à la protection normale.

Le comité souligne que la plupart des demandeurs admissibles aux prestations provisoires obtiendront éventuellement un constat de déficience invalidante. Dans la majorité des cas, les prestations provisoires seront donc une avance sur les prestations de déficience invalidante. Dans de très rares cas, le demandeur se rétablira et ne sera plus admissible au constat de déficience invalidante.

3.8.1 Admissibilité aux prestations provisoires

Recommandation du comité
3. 2. (d) Un traumatisme cérébral chez l'adulte (âgé de 18 ans et plus) : i. Une personne assurée se voit accorder un statut provisoire de déficience invalidante quand elle est admise à un programme de réadaptation neurologique dans le cadre d'une hospitalisation dans un centre de réadaptation neurologique reconnu (la liste des établissements doit être publiée dans une [Ligne directrice] du surintendant).
3,2. (e) Autres déficiences physiques : iv. Le statut provisoire de déficience invalidante est réputé s'appliquer à tout patient dont la déficience physique due à un traumatisme se traduit par une déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble, dans le cas où le constat est effectué au moins trois mois après la date de l'accident; v. Le statut provisoire de déficience invalidante cesse dès qu'un constat final a été effectué conformément aux directives du Critère III et, dans tous les cas, au plus tard deux ans après sa mise en application.
Recommandations du surintendant
J'accepte les recommandations du comité quant aux critères d'admissibilité aux prestations provisoires pour les adultes souffrant d'un traumatisme cérébral et les demandeurs avec une déficience de 55 % de l'organisme dans son ensemble, avec les modifications suivantes : <ul style="list-style-type: none">• les critères d'admissibilité aux prestations provisoires pour les adultes souffrant d'un traumatisme cérébral devraient inclure l'admission dans un programme de réadaptation en traitement de jour ou en consultation externe, en remplacement de l'acceptation de l'admission à un programme de réadaptation dans le cadre d'une hospitalisation;• la demande de prestations provisoires devrait être intégrée à la demande de statut de déficience invalidante et être signée par un médecin, sauf si le demandeur souffre d'une déficience cérébrale, auquel cas la demande peut être signée par un neuropsychologue;• les formulaires de plan de traitement (FDIO-18) pour l'admissibilité aux prestations provisoires, ainsi que les demandes de règlement pour biens et services pour les demandeurs ayant le



statut de déficience invalidante doivent être signés par le principal médecin traitant du demandeur.

Le comité recommande la création de prestations provisoires pour les adultes souffrant d'un traumatisme cérébral et pour ceux ayant une déficience physique sévère qui exige sans aucune équivoque une réadaptation intensive et prolongée. J'appuie cette recommandation.

Le comité note que les adultes souffrant d'un traumatisme cérébral et les demandeurs ayant une déficience physique sévère reçoivent des traitements de réadaptation publics et privés. Une grande part de la réadaptation coûteuse et intensive dont ont besoin les personnes souffrant de traumatismes cérébraux est assurée par le système privé, qui assume largement les mesures d'adaptation apportées au domicile et au véhicule des personnes souffrant d'une déficience sévère. La protection pour les soins auxiliaires des demandeurs souffrant d'un traumatisme cérébral et de dommages corporels sévères est principalement financée par les assureurs et peut s'épuiser avant le constat final de la déficience invalidante.

Après avoir étudié le rapport du comité d'experts et les demandes de précision des intervenants sur des questions de procédure, je formule les recommandations suivantes concernant l'admissibilité aux prestations provisoires.

Comme le souligne le comité, on peut déduire de l'historique naturel des traumatismes cérébraux que de nombreux demandeurs ayant un degré initial d'invalidité modérée à sévère feront des progrès au cours de l'année qui suit leur traumatisme. Toutefois, ces demandeurs auront besoin de services de réadaptation importants pendant cette période afin d'optimiser leur guérison. Les prestations provisoires leur permettront de bénéficier du niveau nécessaire de soins médicaux et de réadaptation.

En ce qui concerne les traumatismes cérébraux, je recommande de modifier l'un des critères proposés par le comité concernant l'admissibilité aux prestations provisoires, à savoir l'acceptation de l'admission dans un programme de réadaptation dans le cadre d'une hospitalisation. En Ontario, on assiste à une transition vers les programmes de traitement de jour et en consultation externe, et les critères d'admissibilité doivent traduire cette orientation. À la lecture des observations de nombreux intervenants, je constate qu'il règne une certaine confusion quant à la définition du critère d'admission. Il convient de noter que l'exigence proposée par le comité est l'acceptation de l'admission, et non pas l'admission en elle-même. Cette distinction subtile fait en sorte d'inclure les personnes figurant sur une liste d'attente. Par conséquent, je recommande que se qualifient les demandeurs dont l'admission dans un programme de traitement de jour, en consultation externe ou dans le cadre d'une hospitalisation est acceptée, tout comme ceux qui y sont admis.

En outre, le comité recommande que des prestations provisoires soient accordées aux personnes dont l'état se traduit par une déficience de 55 % de l'organisme dans son ensemble, trois mois ou plus après l'accident. Cette recommandation repose sur le fait que les demandeurs dont les déficiences physiques ont, dans un premier temps, présenté un caractère invalidant peuvent voir leur état s'améliorer pendant les mois, voire les années, de leur réadaptation. Par conséquent, on devrait attendre deux ans avant de faire



un constat final, à moins que le pronostic ne présente aucune ambiguïté. Les prestations provisoires feront en sorte que les personnes qui en ont besoin pourront recevoir des services de réadaptation substantiels et de longue durée, ainsi qu'une aide pour faciliter leur réinsertion sociale. L'accès à ces services devrait accroître la probabilité de rétablissement optimal d'un demandeur souffrant d'une déficience invalidante.

Je conviens avec le comité que l'un des principaux objectifs du système d'assurance est de promouvoir le rétablissement optimal des patients très vulnérables à une déficience invalidante permanente. C'est ce que permettraient des prestations provisoires supplémentaires de 50 000 \$, en fournissant un accès élargi aux soins médicaux, de réadaptation et auxiliaires jusqu'au constat final de déficience invalidante.

3.8.2 Demande de prestations provisoires

Il faudra établir un processus pour les demandes de prestations provisoires. À l'heure actuelle, la demande de statut de déficience invalidante se fait au moyen du formulaire FDIO-19, « Demande d'évaluation d'une déficience invalidante ». Il serait judicieux d'y intégrer la demande d'admissibilité aux prestations provisoires.

Selon l'AIAL, seuls les médecins peuvent prononcer un constat de déficience invalidante, pour toutes les déficiences, et seuls les neuropsychologues peuvent le faire pour les déficiences cérébrales. L'évaluation de l'admissibilité aux prestations provisoires étant similaire à l'évaluation de la déficience invalidante, il semble raisonnable de faire appel aux mêmes professionnels de la santé pour l'évaluation à ces deux étapes.

3.8.3 Gestion des prestations provisoires

Le comité estime que les prestations provisoires destinées à la réadaptation d'un demandeur souffrant d'une déficience sévère devraient être gérées par son principal médecin traitant. Je partage cet avis. En raison de leur champ d'activité très étendu, les médecins cadrent particulièrement bien dans ce rôle. Le médecin traitant est déjà responsable des soins de santé du demandeur, de la prescription des traitements ou des renvois aux spécialistes. Étant donné la nature sévère des traumatismes, la probabilité de traumatismes multiples et les diverses formes de réadaptation nécessaires, il est logique que ce soit le médecin traitant qui signe les formulaires FDIO-18, « Plan de traitement », dans lesquels figure la demande de prestations provisoires. Un seul professionnel de la santé serait mieux à même de coordonner la réadaptation, éliminant ainsi les situations de conflit d'intérêts.

Étant donné que le traitement des demandeurs de l'assurance-automobile souffrant d'une déficience invalidante est déjà supervisé par un médecin, les changements proposés n'augmenteraient sans doute pas de manière significative le nombre de visites chez le médecin. De plus, les demandeurs en retireraient des bénéfices, leur médecin traitant se trouvant mieux informé des services de santé qu'ils reçoivent et de leurs progrès.

Après la prescription d'un ensemble de services médicaux ou de réadaptation, le processus serait semblable à celui qui s'applique chaque fois qu'un traitement est prescrit dans un plan de traitement (FDIO-18).

Ce raisonnement vaut également une fois que le demandeur obtient le statut de déficience invalidante. Je suis d'avis que le principal médecin traitant doit continuer à



prescrire les soins médicaux et de réadaptation et à signer les demandes de biens et de services des plans de traitement (FDIO-18), l'objectif étant d'en arriver à ce qu'un seul professionnel supervise tous les soins.



4. Examens futurs

Dans son examen et ses discussions, le comité a cerné plusieurs problèmes qui ne sont pas suffisamment traités par les ouvrages scientifiques ou médicaux. Bien que le comité ne formule aucune recommandation quant à certains de ces problèmes, il demande par ailleurs de nouvelles études afin de valider la solidité de ses recommandations.

Les questions d'étude suivantes sont proposées :

- La combinaison des déficiences psychiatriques et physiques;
- La méthode d'évaluation des déficiences physiques et psychiatriques au sein de la population pédiatrique;
- La classification des traumatismes cérébraux au sein de la population pédiatrique (une étude de l'échelle de KOSCHI);
- La prémorbidité et l'âge (comment répondre aux besoins des demandeurs qui ont subi des traumatismes non invalidants dans un accident, mais qui sont aux prises avec des conséquences anormalement défavorables causées par une déficience préalable en raison d'une maladie chronique ou de leur âge).

Bien que je reconnaisse le besoin de faire d'autres études, le mandat de la CSFO ne lui permet pas de s'engager dans la réalisation ou le financement de recherches scientifiques. La CSFO encourage fortement la communauté scientifique à mener toutes les études pertinentes à la définition de la déficience invalidante; elle souhaiterait vivement connaître les résultats de tels travaux. À la publication des nouvelles études, il pourrait être souhaitable de créer un nouveau comité pour réexaminer ces questions. Comme la science évolue sur la question de la mesure de la déficience invalidante, il est recommandé d'apporter des changements à la définition en conséquence. Tout comme les connaissances scientifiques, le système d'assurance-automobile doit faire l'objet d'un examen périodique.



5. Qualification et expérience des évaluateurs

Dans son rapport de la phase II, le comité formule des recommandations concernant la formation, la qualification et l'expérience des évaluateurs qui procèdent aux évaluations de la déficience invalidante en vertu de l'AIAL.

Le comité, à la suite d'une analyse approfondie d'évaluations de la déficience invalidante, a décelé des lacunes dans le système d'évaluation actuel, et il formule des recommandations pour en améliorer l'uniformité et la qualité.

Les recommandations du comité n'exigent pas de modifications réglementaires. La mise en œuvre de ces propositions pourrait se faire par la publication de la Ligne directrice du surintendant, envisagée et prévue à l'article 45 (2) de l'AIAL.

5.1 Chef évaluateur et évaluateurs

Recommandations du surintendant

Les évaluations de la déficience invalidante autres que celles visées à l'alinéa (2)(e) de la définition devraient être menées par un seul évaluateur qui satisfait aux exigences de formation et de qualification précisées dans le présent rapport. Au besoin, on pourra recourir à une équipe d'évaluateurs pour la déficience invalidante en vertu de l'alinéa (2)(e).

Le comité établit une distinction entre un chef évaluateur et un évaluateur et recommande des qualifications distinctes pour chacun. Je juge cette distinction superflue : tous les évaluateurs devraient posséder les mêmes qualifications pour évaluer la déficience invalidante. Par conséquent, toutes les personnes qui procèdent à des évaluations seront appelées « évaluateurs ».

Le comité recommande qu'un chef évaluateur soit responsable de superviser le processus d'évaluation. Toutefois, si mes recommandations sur la base du rapport sur la phase I du comité sont adoptées, certains traumatismes invalidants chez les enfants feront l'objet d'un statut automatique. Un statut automatique fera en sorte que l'on n'aura pas besoin de recourir à une équipe de professionnels pour établir la déficience invalidante du demandeur. Dans ces cas précis, je recommande le recours à un seul évaluateur. En fait, grâce aux nouveaux outils de mesure, plus précis et uniformément prédictifs, la plupart des déficiences décrites dans la définition de la déficience invalidante n'exigeront qu'un seul évaluateur; il n'y aura pas lieu de recourir à une équipe.

Dans le cas où le demandeur a subi une combinaison de traumatismes qui atteint le seuil de déficience de 55 %, en vertu de l'alinéa (2)(e) de la définition, une équipe d'évaluateurs pourrait être nécessaire pour évaluer ces multiples déficiences. Dans un tel cas, un évaluateur en particulier serait responsable de la direction et de la coordination du processus d'évaluation.



5.2 Médecin ou neuropsychologue détenteur d'un doctorat

Recommandations du surintendant

L'évaluateur qui procède aux évaluations de la déficience invalidante doit être un médecin ou un neuropsychologue titulaire d'un doctorat (dans les cas de traumatismes cérébraux), autorisé à exercer ou détenteur d'un permis à cet effet depuis au moins cinq ans au Canada.

Le comité recommande que chaque chef évaluateur soit médecin ou neuropsychologue titulaire d'un doctorat (dans les cas de traumatismes cérébraux), autorisé à exercer ou détenteur d'un permis à cet effet depuis au moins cinq ans au Canada. Je suis d'accord avec cette recommandation, mais je l'appliquerais à tous les évaluateurs.

5.3 Formation sur les outils de mesure

Recommandations du surintendant

Tous les évaluateurs qui procèdent à des évaluations de la déficience invalidante doivent avoir suivi une formation officielle sur l'utilisation des outils de mesure se rattachant directement à leur champ d'activité.

Le comité recommande que tous les évaluateurs qui procèdent à des évaluations de la déficience invalidante aient suivi une formation officielle sur l'utilisation des outils de mesure se rattachant directement à leur champ d'activité. Ces outils de mesure sont l'échelle de l'ASIA, la GOS-E, la mesure de l'indépendance des blessés médullaires, la GAF et les guides de l'AMA.

Le comité croit qu'une formation appropriée améliorera la qualité des évaluations et uniformisera leur exécution, ce qui éliminerait une part de subjectivité chez l'évaluateur et l'utilisation non uniforme des outils de mesure.

J'accepte la recommandation du comité d'experts.

5.4 Formation universitaire

Recommandations du surintendant

Je n'accepte pas la recommandation du comité selon laquelle une formation universitaire doit être exigée de tous les évaluateurs. Cependant, je suis d'accord avec le fait de suggérer une telle formation, particulièrement aux évaluateurs qui procèdent souvent à des évaluations de la déficience invalidante.

Le comité recommande que tous les chefs évaluateurs qui dirigent une évaluation de la déficience invalidante soient tenus d'avoir suivi une formation officielle dans un programme universitaire spécialisé dans l'évaluation des déficiences et l'expertise médico-légale, en plus de leur formation clinique à titre de médecin ou de



neuropsychologue. Comme je recommande d'exiger les mêmes qualifications chez tous les évaluateurs, cette exigence, si elle était adoptée, s'appliquerait à tous.

Je crois que le comité a omis de tenir compte des nombreux professionnels dont l'activité consiste en grande partie à effectuer des évaluations de la déficience, qui ne seraient plus qualifiés pour ce faire. L'exigence d'une nouvelle formation et le temps nécessaire pour la suivre pourraient dissuader certains d'entre eux de continuer à faire ces évaluations, particulièrement si ces évaluations ne représentent pas une partie importante de leur pratique. En outre, le plafond actuel de 2 000 \$ des frais d'évaluation rendrait moins attrayant un investissement dans une nouvelle formation officielle. Tout bien pesé, la recommandation relative à une telle formation pourrait engendrer une pénurie d'évaluateurs.

Même si je suis d'avis que la formation universitaire préconisée par le comité constituerait un atout, je ne la recommande pas à titre d'exigence pour se qualifier en tant qu'évaluateur. Je suggère toutefois à ceux qui effectuent fréquemment des évaluations de la déficience invalidante de suivre cette nouvelle formation pour renforcer leurs connaissances et leurs compétences.

5.5 Formulaires standard pour la collecte des données

Le comité recommande la création d'un autre comité d'experts, qui sera chargé d'élaborer une série concise et exhaustive de formulaires d'évaluation de la déficience invalidante qui correspondent aux nouveaux outils de mesure recommandés dans son rapport de la phase I.

Bien qu'il soit louable de vouloir faciliter la tâche des évaluateurs, je crois que la création d'un nouvel ensemble de formulaires irait à l'encontre de l'engagement du gouvernement, pris dans la foulée de l'examen quinquennal, de diminuer la quantité de formulaires et de documents requis dans le système d'assurance-automobile. Si les formulaires actuels sont jugés insatisfaisants, j'envisagerai un réexamen de cette question.

5.6 Processus de transition

Recommandations du surintendant

Les phases de transition ci-après devraient être établies au moyen d'une Ligne directrice.

- Phase I – Chaque évaluateur doit être un médecin ou un neuropsychologue titulaire d'un doctorat, autorisé à exercer ou détenteur d'un permis à cet effet depuis au moins cinq ans au Canada.
- Phase II – Un an après l'entrée en vigueur de la nouvelle définition, tous les évaluateurs devront avoir suivi la formation sur l'utilisation des outils de mesure se rattachant à leur champ d'activité et inscrits dans la définition de déficience invalidante de l'AIAL.

Le comité recommande une période de transition pour la mise en œuvre de la nouvelle définition, afin de donner aux cliniciens le temps nécessaire pour acquérir les compétences et les qualifications requises. Le comité suggère en outre la publication



d'une Ligne directrice du surintendant pour orienter la période de transition. J'accepte cette recommandation.

Étant donné que je ne recommande pas l'ajout d'un programme de formation universitaire spécialisé dans l'évaluation des déficiences et l'expertise médico-légale aux exigences obligatoires, il est inutile de les inclure dans le processus de transition.



6. Conclusion

L'examen de la définition de la déficience invalidante a été lancé en 2009, lorsque le gouvernement a confié au surintendant le mandat de consulter la communauté médicale sur les changements à y apporter. Le comité d'experts en médecine ainsi créé a fait des observations et formulé des recommandations correspondantes, qu'il m'a transmises en deux rapports, en avril et en juin 2011. J'ai étudié ces rapports et les mémoires des intervenants sollicités. J'accepte la majorité des recommandations du comité d'experts et j'apporte des modifications à un certain nombre d'entre elles. On en trouvera le détail dans le présent rapport.

La norme réglementaire de prestation des soins de santé du système ontarien d'assurance-automobile consiste à offrir des biens et des services raisonnables et nécessaires, que les arbitres et les tribunaux ont interprétés librement. Rien dans le système d'assurance-automobile ontarien n'exige explicitement des fournisseurs qu'ils adoptent la médecine fondée sur des preuves et associée à des résultats favorables, ce qui ne cadre pas avec le reste du système de santé de l'Ontario. Les recommandations formulées dans le présent rapport visent à améliorer l'équité, l'exactitude et la prévisibilité du processus d'évaluation de la déficience invalidante en introduisant des éléments de la médecine fondée sur des preuves dans le système ontarien d'assurance-automobile.

Outre les recommandations concernant les changements à apporter à la définition de la déficience invalidante, le comité propose également de modifier la structure actuelle des demandes de règlement connexes (p. ex. l'instauration d'un nouveau statut « provisoire » de déficience invalidante). La mise en œuvre de ces recommandations exige d'apporter des changements réglementaires non seulement à la définition de la déficience invalidante, mais aussi à de nombreuses dispositions régissant le processus d'évaluation et de gestion des demandes de règlement connexes.

Point à souligner, le comité a tenté de composer, dans la rédaction de son rapport et de ses recommandations, le texte potentiel du règlement. Même et sachant qu'il n'avait pas été mandaté pour ce faire, le comité a jugé que cette approche offrirait une orientation aux changements à apporter, tout en étant conscient que le libellé définitif peut être considérablement différent de ses propositions.

Le présent rapport présente au gouvernement les recommandations du comité, les commentaires des intervenants et mes recommandations. J'espère qu'il répond à l'orientation de l'ensemble des réformes de l'assurance-automobile de 2009 et qu'il servira de toile de fond aux décisions stratégiques que le gouvernement doit maintenant prendre.



7. Annexes

Annexe A

Recommandations du rapport d'examen quinquennal

Le Rapport sur l'examen quinquennal de l'assurance-automobile du surintendant formule les recommandations qui suivent concernant le projet de définition de la déficience invalidante.

Recommandation n° 10 : D'autres consultations avec des experts en la matière sont nécessaires afin de modifier la définition de « déficience invalidante ». Cet examen devrait avoir pour but de veiller à ce que les victimes d'accident les plus gravement blessées soient traitées équitablement.

D'importants événements se sont produits depuis l'adoption de la définition de « déficience invalidante » en 1996. Des décisions judiciaires ont élargi la définition afin d'abolir les inégalités perçues, mais ce faisant, elles ont exposé le système à des abus possibles. La plupart des intervenants continuent d'appuyer le concept de deux niveaux d'indemnités selon la gravité des blessures. Toutefois, l'intégrité du modèle dépend d'une définition claire et équitable de « déficience invalidante ».

Le comité d'experts en médecine établi pour procéder à cet examen et composé d'universitaires et de cliniciens a présenté au surintendant de la CSFO un rapport détaillant ses observations et ses recommandations sur les améliorations à apporter au système pour veiller à ce que ceux qui souffrent des déficiences les plus sévères soient traités de façon appropriée.

Recommandation n° 17 : Restreindre la capacité d'évaluer les déficiences invalidantes aux praticiens ayant une formation et une expérience pertinentes.

Les coûts et la qualité des évaluations de la déficience invalidante semblent plus problématiques. Des intervenants soutiennent que le recours à des évaluateurs non qualifiés donne lieu à des cotes erronées, des litiges et des évaluations supplémentaires, ce qui fait augmenter les coûts du système.

Pendant la deuxième phase du projet, les membres du comité ont discuté des exigences en matière de qualification des évaluateurs de la déficience invalidante. Le comité a remis son deuxième rapport, dans lequel il formule des recommandations sur les moyens d'améliorer le processus des évaluations de la déficience invalidante.



Annexe B

Processus d'examen de la définition de la déficience invalidante

L'ensemble des réformes gouvernementales de novembre 2010 comprenait une recommandation voulant que le surintendant crée un comité d'experts en médecine pour étudier la définition de la « déficience invalidante ».

À la suite d'une demande de propositions en conformité avec les exigences en matière d'approvisionnement de la province, le Dr Pierre Côté a été choisi pour présider le comité d'experts sur les déficiences invalidantes. Le Dr Côté est un scientifique internationalement reconnu de la division Health Care and Outcomes Research du Toronto Western Research Institute. À titre de président, il a participé activement à la sélection des membres du comité, composé d'universitaires et de cliniciens experts.

Le comité devait repérer les ambiguïtés et les lacunes dans la définition actuelle de l'AIAL de la déficience invalidante afin d'illustrer les nouvelles connaissances et opinions scientifiques. Il devait également, dans la deuxième phase du projet, déterminer les exigences en matière de formation, de qualification et d'expérience pour les évaluateurs qui procèdent à des évaluations de la déficience invalidante au titre de l'AIAL.

Le comité a commencé ses travaux au début de décembre 2010. Le comité a effectué son examen, fait des observations et formulé des recommandations et me les a transmises dans deux rapports, ci-joints :

- Changements à apporter à la définition de la déficience invalidante – Recommandations;
- Formation, qualification et expérience des évaluateurs qui procèdent aux évaluations de la déficience invalidante – Recommandations.

Le premier rapport du comité d'experts a été publié dans le site Web de la CSFO le 15 avril 2011⁴, et la CSFO a invité les intervenants à lui transmettre leurs questions et observations sous la forme d'un mémoire. Les travaux du comité d'experts et ses recommandations étant fondés sur les connaissances scientifiques, on a demandé aux intervenants d'appuyer leurs observations sur des preuves scientifiques.

Pour un supplément de transparence, la CSFO a demandé le consentement des intervenants avant de publier leurs mémoires dans son site Web. Tous les mémoires ont été publiés.

Au total, 33 individus et groupes ont pris le temps de soumettre leur opinion à la CSFO (voir l'annexe D). Les opinions exprimées dans les mémoires présentent un large éventail d'expériences et de perspectives.

En outre, une fois le rapport rendu public, les membres du comité, plus particulièrement son président, se sont rendus disponibles pour participer à des séances de sensibilisation pour discuter de leurs recommandations. Par exemple, une séance d'information a été

⁴ Le rapport du comité a été publié le 2 septembre 2011, accompagné d'un errata.



tenue le 28 avril 2011. Plus de 150 intervenants y ont participé pour discuter de questions soulevées par le contenu du rapport. Cette séance a permis d'éclaircir certains points et de répondre à de nombreuses questions concernant le détail des recommandations figurant dans le rapport du comité.

À la fin de juin 2011, le deuxième rapport du comité d'experts, qui porte sur la formation, la qualification et l'expérience des évaluateurs de la déficience invalidante, a été publié dans le site Web de la CSFO.

À mon avis, la participation des intervenants aux consultations est un élément vital de ce processus, et j'apprécie les efforts qu'ils ont déployés pour transmettre leurs observations éclairées. L'expérience des intervenants est très importante pour déterminer quels sont les éléments à succès, ainsi que les domaines qui exigent une plus grande attention. Les recommandations que je formule dans le présent rapport tiennent compte à la fois des propositions du comité d'experts et des observations des intervenants.

Processus et méthodologie du projet

Le projet a été réalisé en deux phases. Au cours de la phase I, le comité a examiné la définition actuelle de l'AIAL de la déficience invalidante et a fait des recommandations sur les changements à apporter à cette définition. Au cours de la phase II, le comité a déterminé les exigences en matière de formation, de qualification et d'expérience pour les évaluateurs qui procèdent à des évaluations de la déficience invalidante au titre de l'AIAL.

Afin de s'acquitter de son mandat de formuler des recommandations fondées sur les nouvelles connaissances et opinions scientifiques, le comité a donné la priorité à des preuves scientifiques valables et fiables. En l'absence de telles preuves, le comité a éclairé ses délibérations et a élaboré ses recommandations à partir des pratiques exemplaires utilisées dans d'autres provinces canadiennes et instances internationales. Enfin, en l'absence de preuves scientifiques ou de pratiques exemplaires, le comité s'est remis à l'opinion d'experts pour éclairer son travail, le président s'étant également réservé le droit de chercher à obtenir l'opinion de personnes en dehors du comité pour ce faire. Cette façon de faire a été considérée comme le principe directeur du comité.

Déclarations de conflit d'intérêts

Les membres du comité ont fait leur travail de façon rigoureuse, transparente et impartiale. C'est pourquoi, au cours de la première réunion du comité, on a demandé aux membres (président compris) de dévoiler les conflits d'intérêts que leur participation à ce projet pourrait entraîner. La définition du conflit d'intérêts avalisée par l'International Committee of Medical Journal Editors a été utilisée :

Il y a conflit d'intérêts quand un auteur (ou l'institution pour laquelle travaille l'auteur), le réviseur ou le rédacteur en chef a une relation financière ou personnelle qui conditionne de façon inappropriée (préjugé) ses actions (on qualifie aussi ces relations de double engagement, d'intérêts concurrents ou de loyautés concurrentes). Ces relations sont d'intensité variable : elles peuvent être négligeables ou exercer une grande influence sur l'opinion. Toutes les relations ne portent pas en germe un véritable conflit d'intérêts. Par contre, la possibilité de conflit



d'intérêts existe, que la personne croit ou non que la relation exerce une influence sur son opinion scientifique. Les relations financières (emploi, services de conseils, propriété d'actions, honoraires et témoignage d'expert rémunéré) constituent les conflits d'intérêts les plus facilement repérables et les plus susceptibles de miner la crédibilité du périodique, des auteurs et de la science. Cependant, les conflits se produisent aussi pour d'autres raisons, entre autres relations personnelles, concurrence universitaire et passion intellectuelle.

Dans le cadre des fonctions du comité d'experts sur les déficiences invalidantes, les termes « périodique, auteur, réviseur, ou rédacteur en chef » issus de la définition ci-dessus sont remplacés par « président ou membre du comité d'experts ».

Sondage de base

Avant la première réunion du comité, les membres devaient répondre à un questionnaire électronique anonyme afin de déterminer ce qui suit :

- leur niveau d'accord avec le principe directeur (décrit ci-dessus);
- leur compréhension individuelle de la signification de la déficience invalidante;
- leur niveau d'accord avec la définition actuelle de la déficience invalidante; et
- leurs recommandations d'améliorations à apporter à la définition de l'AIAL de la « déficience invalidante ».

Le cas échéant, les membres ont été invités à appuyer leurs réponses et leurs recommandations sur les meilleures preuves scientifiques disponibles.

Analyses documentaires

Le comité s'est livré à des analyses documentaires non systématiques portant sur les publications scientifiques récentes afin de repérer les ambiguïtés et les lacunes dans la définition actuelle de l'AIAL de la « déficience invalidante ». Une analyse documentaire systématique n'a pas été possible en raison des ressources dont disposait le comité et des délais imposés. Une recherche a été effectuée dans PubMed, de 2000 à 2010, afin de trouver des articles de recherche portant spécifiquement sur la fiabilité, la validité et la capacité de prévision des outils auxquels renvoie la définition.

À partir des recommandations du comité d'experts, des recherches supplémentaires ont été entreprises dans les publications afin d'examiner la fiabilité et la validité de la classification des blessés médullaires de l'American Spinal Injury Association (ASIA), de l'évaluation globale de fonctionnement (GAF) et de l'échelle d'évaluation KOSCHI (King's Outcome Scale for Childhood Head Injury). Les publications pertinentes ont été présentées au comité afin de guider ses décisions sur l'intégration de ces mesures.

Les articles ont été examinés par le président et son personnel. Pour figurer dans cet examen, ils devaient comprendre des données originales et avoir été jugés scientifiquement valides par le président. Les textes d'opinion, les éditoriaux, les tribunes libres, les exposés de cas, les séries de cas, les chapitres de manuels sans données



originales, les documents scientifiques de base et les énoncés circonstanciés n'ont pas été pris en compte. Les résumés des preuves ont été présentés au comité afin d'éclairer ses délibérations.

Enfin, des recherches ont été entreprises dans PubMed afin de trouver de nouvelles méthodes pouvant servir à définir et à évaluer la déficience invalidante. Les résultats de cette recherche ont été présentés au comité.

Le comité a procédé à une recherche non systématique dans les lois et les règlements par lesquels d'autres provinces définissent la notion de « déficience invalidante », de « déficience permanente » et d'« invalidité permanente ».

Les lacunes et les ambiguïtés éventuelles de la définition actuelle de l'AIAL ont aussi été analysées en sollicitant l'avis des membres du comité.

Formulation des recommandations

Le comité a utilisé une méthodologie Delphi modifiée pour élaborer ses recommandations sur les changements à apporter à la définition et à l'évaluation de la déficience invalidante. Le sondage de base réalisé auprès des membres du comité, l'analyse documentaire et les pratiques exemplaires issues des autres provinces font office de base qui sert à formuler des recommandations. Le comité a aussi déterminé la faisabilité de la mise en œuvre des recommandations.

On a consulté les membres du comité au moyen de sondages électroniques pour obtenir leur accord quant aux recommandations ainsi que leurs suggestions d'amélioration. Les résultats des sondages ont été analysés par le président et ont permis de déterminer s'il y avait ou non consensus. Le consensus était réputé avoir été atteint si 75 % des membres du comité (soit six membres sur huit) étaient d'accord avec la recommandation. Les réunions du comité ont servi à discuter des résultats des sondages et à améliorer les recommandations. Quand le consensus n'avait pas été atteint, des versions modifiées des recommandations étaient présentées au comité dans le cadre d'un deuxième ou d'un troisième sondage. Les recommandations de la « série 2 » ou de la « série 3 » reposent sur les commentaires reçus dans le cadre des sondages précédents et sur les discussions du comité.



Annexe C

Paragraphe du Règlement de l'Ontario 34/10 (Annexe sur les indemnités d'accident légal) traitant de la déficience invalidante

3. (2) Pour l'application du présent règlement, une déficience invalidante causée par un accident s'entend de l'un ou l'autre des états suivants :

- a) la paraplégie ou la quadriplégie;
- b) l'amputation d'un bras ou d'une jambe ou une autre déficience entraînant la perte totale et permanente de son utilisation;
- c) la cécité complète;
- d) sous réserve du paragraphe (4), une déficience cérébrale qui se traduit :
 - (i) soit par un résultat de 9 ou moins selon la classification appelée Glasgow Coma Scale, telle qu'elle figure dans l'ouvrage de B. Jennett et G. Teasdale intitulé *Management of Head Injuries*, Contemporary Neurology Series, volume 20, F.A. Davis Company, Philadelphie, 1981, d'après une épreuve administrée dans un délai raisonnable après l'accident par une personne formée à cette fin;
 - (ii) soit par un résultat de 2 (*vegetative*) ou 3 (*severe disability*) selon la classification appelée Glasgow Outcome Scale, telle qu'elle figure dans l'article de B. Jennett et M. Bond intitulé *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i:480, 1975, d'après une épreuve administrée plus de six mois après l'accident par une personne formée à cette fin;
- e) sous réserve des paragraphes (4), (5) et (6), toute déficience ou combinaison de déficiences qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, se traduit par une déficience d'au moins 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble;
- f) sous réserve des paragraphes (4), (5) et (6), toute déficience qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, se traduit par une déficience de catégorie 4 (*marked impairment*) ou de catégorie 5 (*extreme impairment*) causée par un trouble mental ou un trouble du comportement. Règl. de l'Ont. 34/10, art. 3 (2).

(3) Le paragraphe (4) s'applique si une personne assurée est âgée de moins de 16 ans au moment de l'accident et que ni la classification appelée Glasgow Coma Scale, ni la classification appelée Glasgow Outcome Scale ni l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, mentionnés à l'alinéa (2) d), e) ou f), ne peuvent s'appliquer en raison de son âge. Règl. de l'Ont. 34/10, art. 3 (3).

(4) Pour l'application des alinéas (2) d), e) et f), la déficience dont souffre une personne assurée visée au paragraphe (3) à la suite d'un accident et dont il est raisonnable de croire qu'elle constitue une déficience invalidante est réputée la déficience qui se rapproche le plus de celle visée à l'alinéa (2) d), e) ou f), compte tenu de ses répercussions sur le développement. Règl. de l'Ont. 34/10, art. 3 (4).

(5) Les alinéas (2) e) et f) ne s'appliquent à l'égard de la personne assurée qui souffre d'une déficience à la suite d'un accident que dans les cas suivants :

- a) un médecin ou, s'il s'agit uniquement d'une déficience cérébrale, un médecin ou un neuropsychologue déclare par écrit que l'état de la personne assurée ne cessera vraisemblablement pas d'être une déficience invalidante;
- b) une période de deux ans s'est écoulée depuis l'accident. Règl. de l'Ont. 289/10, art. 1 (2).



(6) Pour l'application des alinéas (2) e) et f), si la déficience dont souffre la personne assurée n'est pas répertoriée dans l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*, 4^e édition, 1993, elle est réputée la déficience répertoriée dans cet ouvrage qui se rapproche le plus de celle dont souffre la personne assurée. Règl. de l'Ont. 34/10, art. 3 (6).

Détermination de l'existence d'une déficience invalidante

45. (1) La personne assurée qui souffre d'une déficience à la suite d'un accident peut demander à l'assureur de déterminer s'il s'agit d'une déficience invalidante. Règl. de l'Ont. 34/10, art. 45 (1).

(2) Les règles suivantes s'appliquent à l'égard de la demande visée au paragraphe (1) :

1. Seul un médecin peut effectuer une évaluation ou un examen en vue de déterminer l'existence d'une déficience invalidante, mais ce médecin peut se faire aider par tout autre professionnel de la santé réglementé qu'il juge raisonnablement nécessaire;
2. Malgré la disposition 1, s'il s'agit uniquement d'une déficience cérébrale, un neuropsychologue peut effectuer l'évaluation ou l'examen en se faisant aider par tout autre professionnel de la santé réglementé qu'il juge raisonnablement nécessaire;
3. La détermination de l'existence d'une déficience invalidante doit être effectuée conformément aux conditions, restrictions et limites précisées, le cas échéant, par une directive à cet égard. Règl. de l'Ont. 34/10, art. 45 (2); Règl. de l'Ont. 289/10, art. 5.

(3) Dans les 10 jours de la réception de la demande visée au paragraphe (1), préparée et signée par la personne qui effectue l'évaluation ou l'examen aux termes du paragraphe (2), l'assureur donne à la personne assurée :

- a) soit un avis l'informant qu'il a déterminé qu'il s'agit d'une déficience invalidante;
- b) soit un avis indiquant qu'il a déterminé qu'il ne s'agit pas d'une déficience invalidante et précisant les motifs, notamment médicaux, de sa décision et, s'il exige qu'un examen soit effectué aux termes de l'article 44 pour déterminer s'il s'agit d'une déficience invalidante, informant la personne assurée de ce fait. Règl. de l'Ont. 34/10, art. 45(3). Règl. de l'Ont. 34/10, art. 45 (3).

(4) Si une demande est présentée en vertu du présent article au plus 104 semaines après l'accident et que la personne assurée recevait une indemnité de soins auxiliaires immédiatement avant sa présentation :

- a) d'une part, l'assureur continue de lui verser l'indemnité jusqu'à ce qu'il prenne une décision aux termes du présent article;
- b) d'autre part, l'indemnité versée pour la période visée à l'alinéa a) est calculée en se fondant sur l'hypothèse que la personne assurée souffre d'une déficience invalidante. Règl. de l'Ont. 34/10, art. 45 (4).

(5) Dans les 10 jours ouvrables de la réception du rapport d'examen prévu à l'article 44, l'assureur :

- a) d'une part, remet une copie du rapport à la personne assurée et à la personne qui a préparé la demande visée au présent article;
- b) d'autre part, remet à la personne assurée un avis l'informant que l'assureur a déterminé que la déficience est une déficience invalidante ou qu'elle n'en est pas



une et précisant les motifs, notamment médicaux, de sa décision. Règl. de l'Ont.34/10, art. 45(5). Règl. de l'Ont. 34/10, art. 45 (5).

(6) S'il est déterminé qu'elle souffre d'une déficience invalidante à la suite d'un accident, la personne assurée a droit au paiement de toutes les dépenses engagées avant la date de la détermination et auquel elle aurait droit par ailleurs aux termes du présent règlement du fait qu'elle souffre d'une déficience invalidante. Règl. de l'Ont. 34/10, art. 45(6). Règl. de l'Ont. 34/10, art. 45 (6).



Annexe D

Définition de la déficience invalidante recommandée par le comité d'experts

Pour l'application du présent règlement, une déficience invalidante causée par un accident s'entend de l'un ou l'autre des états suivants :

Paraplégie ou tétraplégie

- 2 (a) une paraplégie ou une tétraplégie qui répond aux critères suivants i et ii, et iii ou iv :
- i. la personne assurée participe actuellement à un programme de réadaptation des blessés médullaires hospitalisés dans un hôpital public de réadaptation, ou a terminé ce programme; et
 - ii. le rétablissement neurologique est tel que la cote de l'ASIA correspondant à un état permanent peut être déterminée avec une certitude médicale raisonnable, selon les normes de l'American Spinal Injury Association (*Marino RJ et al. ASIA Neurological Standards Committee 2002. International standards for neurological classification of spinal cord injury. J Spinal Cord Med 2003; 26(Suppl 1): S50-S56*); et
 - iii. la cote de l'ASIA correspondant à un état permanent est A, B, ou C; ou
 - iv. la cote de l'ASIA correspondant à un état permanent est ou sera D si la personne assurée a une incapacité permanente de marcher de façon indépendante, tel que cela est défini par les résultats 0-5 sur la mesure de l'indépendance des blessés médullaires, point 12 (mobilité à l'intérieur, capacité de marcher <10 m) (*Catz A., Itzkovich M., Tesio L., et al. A multicenter international study on the spinal cord independence measure, version III: Rasch psychometric validation. Spinal Cord 2007; 45: 275-91*) ou si elle exige une dérivation urologique chirurgicale, l'implantation d'un dispositif ou une cathétérisation intermittente ou constante afin de gérer la déficience neuro-urologique résiduelle.

2 (b) – Déficience grave de la mobilité ambulatoire

2 (b) une déficience grave de la mobilité ambulatoire, déterminée conformément aux critères suivants :

- i. amputation transtibiale ou à un niveau supérieur d'une jambe; ou
- ii. altération grave et permanente d'une structure et d'une fonction antérieures qui touche un membre inférieur ou les deux, à la suite de quoi :
 - a) la personne assurée participe actuellement à un programme de réadaptation dans un établissement public de réadaptation, ou a terminé ce programme; et
 - b) l'on peut raisonnablement déterminer que la personne assurée a ou aura une incapacité permanente de marcher de façon indépendante et exige pour le moins des dispositifs d'assistance ambulatoire bilatéraux (déficience de la mobilité équivalente à celle définie par les résultats 0–5 sur la mesure de l'indépendance des blessés médullaires, point 12 (mobilité à l'intérieur, capacité de marcher <10 m) (*A. Catz, M. Itzkovich, L. Tesio, et al. A multicenter international study on the spinal cord independence measure, version III: Rasch psychometric validation. Spinal Cord 2007; 45: 275–91*)).



2 (c) – Cécité

2 (c) une cécité pratique des deux yeux due à des dommages structurels du système de vision. Une perte de vision non organique (cécité hystérique) est exclue de cette définition.

2 (d) – Traumatisme cérébral chez l'adulte

Si le statut provisoire est approuvé

2d. Un traumatisme cérébral chez l'adulte (âgé de 18 ans et plus) :

- ii. une personne assurée se voit accorder un statut provisoire de déficience invalidante quand elle est admise à un programme de réadaptation neurologique dans le cadre d'une hospitalisation dans un centre de réadaptation neurologique reconnu (la liste des établissements doit être publiée dans une [Ligne directrice] du surintendant);
- iii. la déficience invalidante, établie d'après une évaluation conforme aux directives publiées pour une évaluation structurée à partir de l'échelle GOS-E (Jennett, B. et Bond, M., *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i:480, 1975), doit être :
 - a) *vegetative* (VS) au bout de trois mois; ou
 - b) une invalidité grave des membres supérieurs (SD+) ou une invalidité grave des membres inférieurs (SD -) au bout de six mois ou une invalidité modérée des membres inférieurs (MD-) au bout d'un an en raison d'une déficience cérébrale documentée, si la détermination a été précédée d'une période de réadaptation neurologique dans le cadre d'une hospitalisation dans un centre de réadaptation reconnu (la liste des établissements doit être publiée dans une directive du surintendant).

Si le statut provisoire n'est pas approuvé

2d. Un traumatisme cérébral chez l'adulte (âgé de 18 ans et plus) :

La déficience invalidante, établie d'après une évaluation conforme aux directives publiées pour une évaluation structurée à partir de l'échelle GOS-E (Jennett, B. et Bond, M., *Assessment of Outcome After Severe Brain Damage*, Lancet i:480, 1975), est :

- i. végétative (VS) au bout de trois mois; ou
- ii. une invalidité grave des membres supérieurs (SD+) ou une invalidité grave des membres inférieurs (SD -) au bout de six mois; ou
- iii. une invalidité modérée des membres inférieurs (MD-) au bout d'un an, si la détermination a été précédée d'une période de réadaptation neurologique dans le cadre d'une hospitalisation dans un centre de réadaptation reconnu (la liste des établissements doit être publiée dans une directive du surintendant).

2 (e) – Autres déficiences physiques (non couvertes par les paragraphes 2(a), 2 (b), 2(c) ni 2 (d))

2 (e) toute déficience physique ou combinaison de déficiences qui, selon l'ouvrage de l'American Medical Association intitulé *Guides to the Evaluation of Permanent Impairment*,



4^e édition, 1993, (GEPI-4), se traduit par une déficience de 55 pour cent de l'organisme dans son ensemble;

- vi. à moins que ces déficiences ne soient régies par des directives précises dans les sections pertinentes des chapitres 3 à 13 des GEPI-4, il est entendu que toutes les déficiences pouvant être associées à des symptômes et à des syndromes non psychiatriques (p. ex. des syndromes somatiques fonctionnels, des syndromes de douleur chronique, des syndromes de fatigue chronique ou le syndrome de la fibromyalgie) et attribuables à l'accident auront été prises en considération dans la pondération des évaluations des déficiences physiques selon les GEPI-4 indiquées dans les chapitres 3 à 13;
- vii. mis à part les déficiences [dues à des traumatismes cérébraux], les troubles mentaux et les troubles du comportement sont exclus de l'évaluation des déficiences physiques;
- viii. la définition 2 (e), alinéas I et II compris, ne peut servir à confirmer une déficience invalidante que deux ans après l'accident, sauf si, au moins trois mois après l'accident, une déficience physique due à un traumatisme se traduit par une déficience d'au moins 55 % de l'organisme dans son ensemble et s'il n'y a aucun espoir raisonnable d'amélioration au-delà de 55 %.

Si le statut provisoire est approuvé

- ix. le statut provisoire de déficience invalidante est réputé s'appliquer à tout patient dont la déficience physique due à un traumatisme se traduit par une déficience d'au moins 55 [%] de l'organisme dans son ensemble, dans le cas où le constat est effectué au moins trois mois après la date de l'accident;
- x. le statut provisoire de déficience invalidante cesse dès qu'un constat final a été effectué conformément aux directives du critère III et, dans tous les cas, au plus tard deux ans après sa mise en application.

2 (f) – Déficience psychiatrique

2(f) une déficience psychiatrique qui répond aux critères suivants :

- vi. la ou les déficiences psychiatriques post-traumatiques doivent être le résultat direct de l'un ou l'autre des troubles suivants lorsqu'elles ont été diagnostiquées conformément aux critères DSM IV TR : (a) dépression profonde; (b) trouble du stress post-traumatique; (c) trouble psychotique; ou (d) tout autre trouble pouvant être répertorié dans une directive du surintendant;
- vii. les déficiences attribuables à la douleur et exclues, sauf dans la mesure où elles prolongent ou contribuent à la prolongation ou à la gravité des troubles psychiatriques, pouvant être prises en considération conformément au critère (i);
- viii. toute déficience résultant d'un traumatisme [cérébral] doit être évaluée en fonction du paragraphe 2(d) ou 2(e) plutôt que du présent paragraphe;
- ix. les déficiences graves correspondent à un résultat d'au plus 40 obtenu selon une évaluation globale du fonctionnement (GAF), après l'exclusion de toutes les restrictions physiques et environnementales;
- x. pour déterminer si la déficience est suffisamment grave pour répondre au critère (iv) – soit un résultat GAF d'au plus 40 – il doit minimalement y avoir une preuve démontrable et probante que la déficience en question compromet très



sérieusement l'indépendance et le fonctionnement psychosocial de telle sorte que la personne assurée a manifestement besoin de soins de santé mentale et de services de soutien substantiels. Les indices généralement reconnus ci-dessous permettent d'établir adéquatement si la preuve est démontrable et convaincante :

- a) l'institutionnalisation;
- b) des hospitalisations répétées dont le but et la durée sont directement liés au traitement d'une déficience psychiatrique grave;
- c) des interventions appropriées ou des médicaments psychopharmacologiques (p. ex. traitement par électrochocs, psychorégulateurs, neuroleptiques ou autres médicaments prescrits surtout pour le traitement de troubles psychiatriques graves);
- d) la confirmation de l'incapacité à gérer ses finances et ses biens, à prendre des décisions se rapportant au traitement ou à pourvoir aux besoins de personnes à charge;
- e) le contrôle de l'état de santé du patient assuré au moyen de séances individuelles de suivi psychiatrique au moins une fois par mois;
- f) une supervision et une direction régulières et fréquentes assurées par des services de santé mentale en milieu communautaire, avec le concours de spécialistes de la santé mentale financés par la collectivité pour assurer une hygiène et une nutrition adéquates, le respect de la médication prescrite ou d'autres formes d'interventions thérapeutiques psychiatriques et des mesures de sécurité pour soi-même et autrui.

3 – Traumatisme [cérébral] chez l'enfant

3 Traumatisme [cérébral] pédiatrique (avant l'âge de 18 ans) :

- i. Un enfant subissant un traumatisme [cérébral] est automatiquement réputé être atteint d'une déficience invalidante sous réserve du respect de l'un des critères ci-dessous (a ou b) à l'égard du traumatisme [cérébral] résultant de l'accident en question :
 - a) hospitalisation dans un centre de traumatologie de niveau I et résultats positifs d'un examen tomodensitométrique ou IRM révélant l'existence d'une pathologie intracrânienne consécutive à un accident, y compris, sans en exclure d'autres, des contusions ou des hémorragies intracrâniennes, des lésions axonales diffuses, un œdème cérébral, le déplacement de la ligne médiane du cerveau ou une pneumocéphalie; ou
 - b) hospitalisation dans un centre de réadaptation financé par l'État (c.-à-d. dans un centre de réadaptation affilié à l'Ontario Association of Children Rehabilitation ou un établissement équivalent) pour un programme de réadaptation après un traumatisme [cérébral], ou dans un centre de réadaptation affilié à l'Ontario Association of Children Rehabilitation Facilities).

Une déficience pédiatrique invalidante attribuable à un traumatisme [cérébral] répondant à l'un ou l'autre des critères suivants :



- ii. après les trois premiers mois, le niveau de fonctionnement neurologique de l'enfant ne dépasse pas la catégorie de l'état végétatif sur l'échelle KOSCHI (*Crouchman M et al., A practical outcome scale for paediatric head injury. Archives of Disease in Childhood. 2001; 84:1204*)¹⁸ : l'enfant respire spontanément et peut avoir des cycles de sommeil et de veille; il peut avoir des mouvements ou des réflexes involontaires des membres ou des yeux; il ne présente aucun indice manifeste de sa capacité de communiquer verbalement ou non verbalement ou de réagir aux commandements;
- iii. après les six premiers mois, le niveau de fonctionnement de l'enfant ne dépasse pas la catégorie de l'invalidité grave sur l'échelle KOSCHI (*Crouchman M et al., A practical outcome scale for paediatric head injury. Archives of Disease in Childhood. 2001; 84:1204*)¹⁸ : (1) l'enfant est capable, au moins par intermittences [sic], de bouger partiellement son corps ou ses yeux afin de commander ou d'exécuter des mouvements spontanés volontaires; p. ex., un enfant confus qui tire une sonde nasogastrique, s'en prend au personnel soignant ou se roule dans son lit; (2) l'enfant peut avoir toute sa conscience et être capable de communiquer, mais il n'est pas encore capable de s'occuper de lui-même, p. ex., manger seul; (3) la déficience grave suppose un niveau élevé de dépendance permanente, mais l'enfant peut prendre part aux tâches quotidiennes qui le concernent; p. ex., il peut manger ou marcher ou encore s'habiller avec l'aide d'une autre personne; (4) un enfant dans cet état a toute sa conscience, mais un certain niveau d'amnésie post-traumatique peut subsister;
- iv. après les neuf premiers mois, le niveau de fonctionnement de l'enfant demeure sérieusement touché de sorte que l'enfant n'a pas le niveau d'autonomie habituel des enfants de son âge et a besoin de supervision ou d'aide à proprement parler pour pallier ses troubles physiques, cognitifs ou comportementaux pendant la majeure partie de la période de veille.



Annexe E

Président et membres du comité d'experts

Président :

Pierre Côté, DC, D. scientifique, Toronto Western Research Institute, Toronto Western Hospital; professeur agrégé, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto, Toronto (Ontario)

Membres :

Arthur Ameis, MD FRCPC DABPMR [sous-certification américaine en médecine de la douleur]; physiatre, Faculté des sciences de l'enseignement, Université de Montréal, programme de médecine d'assurance et d'expertise médico-légale; directeur médical, Multi-Disciplinary Assessment Centre, Toronto (Ontario)

Linda Carroll, D. chercheuse principale en santé, Alberta Heritage Foundation for Medical Research; professeure, département des sciences de la santé publique; associée de recherche, Alberta Centre for Injury Control and Research, School of Public Health, Université de l'Alberta, Edmonton (Alberta)

J. David Cassidy, D., D.Sc. scientifique principal et épidémiologiste, professeur Réseau universitaire de santé, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto (Ontario)

Loretta Howard⁵, B.Sc., M.Ed., D.Ed. directrice, programmes d'études et perfectionnement du corps professoral Canadian Memorial Chiropractic College (CMCC) Toronto (Ontario); chargée de cours, département de l'éducation des adultes et de la psychologie de l'orientation, Institut d'études pédagogiques de l'Ontario de l'Université de Toronto, et Faculty of Education, Université Brock

Ronald Kaplan, D., psychologue certifié. Pratique clinique, réadaptation et neuropsychologue; pratique privée, Hamilton (Ontario)

Michel Lacerte, MDCM, M.Sc., FRCPC, CCRC physiatre; directeur adjoint, Université de Montréal, programme de médecine d'assurance et d'expertise médico-légale; professeur agrégé au département de médecine physique et de réadaptation, Université de Western Ontario (UWO), Schulich School of Medicine and Dentistry, London (Ontario)

Patrick Loisel, M.D. professeur, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto; directeur, Prévention des incapacités au travail – Programme stratégique de formation des IRSC, Toronto (Ontario)

Peter Rumney, M.D., FRCP(C) premier médecin directeur, Réadaptation et soins continus complexes, Holland Bloorview Kids Rehabilitation Hospital; chargé d'enseignement en pédiatrie à l'Université de Toronto, Toronto (Ontario)

⁵ Membre du comité pour le rapport de la phase II, Formation, qualification et expérience des évaluateurs qui procèdent aux évaluations de la déficience invalidante – Recommandations



Annexe F

Processus d'approvisionnement du président

À la suite d'un approvisionnement concurrentiel restreint, par une demande de propositions en conformité avec les exigences en matière d'approvisionnement de la province, le Dr Pierre Côté a été choisi pour présider le comité d'experts sur les déficiences invalidantes.

Selon la Directive en matière d'approvisionnement du gouvernement de l'Ontario (art. 10.3.2.2), l'approvisionnement concurrentiel restreint est l'acquisition contractuelle (achat ou location) par un organisme de biens ou de services, qui permet à certains fournisseurs de livrer concurrence dans un milieu ouvert et équitable. Les organismes mènent des activités d'approvisionnement concurrentiel restreint en invitant au moins trois fournisseurs qualifiés à présenter des propositions écrites en vue de fournir les biens ou les services précisés par l'organisme.

Le Dr Côté est un scientifique internationalement reconnu de la division Health Care and Outcomes Research du Toronto Western Research Institute. À titre de président, en collaboration avec le surintendant de la Commission des services financiers, il a participé activement à la sélection des membres du comité, composé d'universitaires et de cliniciens experts.



Annexe G

Intervenants ayant présenté des mémoires

Les intervenants suivants ont transmis trente-trois mémoires à la CSFO dans le cadre de cet examen. La CSFO a entendu des consommateurs, des assureurs, des fournisseurs de soins de santé, des centres d'évaluation et des membres de la communauté juridique. Avec le consentement des intervenants, la CSFO a publié tous les mémoires dans son site Web (www.fSCO.gov.on.ca).

Advocates Society (The)
Alliance of Community Medical Rehabilitation Providers
Association du Barreau de l'Ontario
Association of Independent Assessment Centres
AXA Assurance (Canada)
Brain Injury Association of London & Region
Bureau d'Assurance du Canada
Canadian Society of Chiropractic Evaluators
Coalition Representing Health Professionals in Auto Insurance Reform (The)
Consommateur
Co-operators (The)
Dr Barry H. Brooker
Dr William H. Gnam (Centre de toxicomanie et de santé mentale)
Four Counties Brain Injury Association
Intact Assurance
Lerners
Medisys Corporate Health
Neurologic Rehabilitation Institute of Ontario
Omega Medical Associates
Ontario Brain Injury Association
Ontario Mutual Insurance Association
Ontario Neurotrauma Foundation
Ontario Psychological Association et Canadian Academy of Psychologists in Disability Assessment
Ontario Society of Occupational Therapists
Ontario Speech-Language Association
Ontario Spinal Cord Injury Solutions Alliance
Ontario Trial Lawyers Association
Patricia Fleet (ergothérapeute en pratique indépendante)
Rehab First Inc.
Rogers Thomson
TD Assurance
Toronto Acquired Brain Injury Network
Toronto Rehabilitation Institute



Annexe H

Mémoires des intervenants

J'apprécie l'apport des intervenants qui ont transmis un mémoire en réponse au rapport du comité. Comme les travaux et les recommandations du comité d'experts reposent sur des connaissances scientifiques nouvelles, on a demandé aux intervenants d'appuyer leurs observations sur des preuves scientifiques. Voici un résumé des réactions des intervenants au rapport de la phase I du comité d'experts sur les déficiences invalidantes.

De nouveaux outils cliniques

Le comité d'experts croit que l'équité sera améliorée si les demandeurs souffrant de déficience invalidante perçoivent des prestations sans retard indu et si le statut final de déficience invalidante correspond à l'évolution naturelle de l'affection. Pour y parvenir, le comité recommande l'utilisation de nouveaux outils cliniques pour améliorer l'exactitude, la pertinence, la clarté, la validité, la fiabilité et la capacité prédictive de la définition.

Réactions :

- Les assureurs appuient la normalisation des mesures d'évaluation;
- La communauté juridique se méfie de tout changement apporté à la définition et estime que les outils actuels ne devraient pas être changés, puisque l'industrie les connaît très bien;
- Les professionnels de la santé plutôt d'accord avec le changement des outils de mesure, mais ils recommandent d'abaisser les seuils afin qu'un plus grand nombre de demandeurs soient admissibles au statut de déficience invalidante;
- Certains professionnels de la santé n'appuient pas l'utilisation de l'échelle ASIA.

Prestations provisoires

Le comité recommande de verser des prestations provisoires aux demandeurs qui, sans aucune équivoque, ont besoin d'une réadaptation intensive et prolongée. Cette mesure garantirait à ces demandeurs un accès, limité dans le temps, aux services de réadaptation en vue de maximiser leurs chances d'une guérison optimale.

Réactions :

- En général, les intervenants estiment que les recommandations concernant le statut et les prestations provisoires de déficience invalidante ne sont pas claires, le comité ne faisant aucune proposition quant aux types et aux montants des prestations à verser.
- Les assureurs croient que l'instauration des prestations provisoires pourrait entraîner une hausse des coûts et de plus grands abus du système.
- La communauté juridique souhaite garantir que si un demandeur n'est pas admissible aux prestations provisoires, cette inadmissibilité ne l'empêche pas d'obtenir un statut final de déficience invalidante. Elle désire en outre obtenir des éclaircissements concernant d'autres questions de procédure liées aux prestations provisoires.



- Les professionnels de la santé sont d'accord avec l'idée d'un statut provisoire, particulièrement en raison du fait qu'il donnerait un accès plus rapide aux traitements.

Exigence d'une admission dans un établissement de réadaptation dans le cadre d'une hospitalisation

Le comité recommande que l'admission dans un établissement de réadaptation dans le cadre d'une hospitalisation soit une exigence du statut de déficience invalidante pour certains types de traumatismes.

Réactions :

- Les assureurs craignent que les normes d'admission soient abaissées en raison des pressions exercées par la communauté juridique.
- Les professionnels de la santé jugent qu'exiger une hospitalisation est problématique, car cela retarderait les traitements, particulièrement pour les demandeurs souffrant des déficiences les plus sévères, qui ne sont pas admissibles à la réhabilitation. Ils soutiennent en outre qu'une telle exigence mettrait encore plus à l'épreuve le système de santé de l'Ontario. Ils suggèrent d'ajouter à cette exigence l'admission dans un programme de réhabilitation en traitement de jour ou en consultation externe.
- La communauté juridique est en désaccord avec cette recommandation.

Pédiatrie

Le comité recommande de faire passer l'âge des demandeurs pédiatriques de « moins de 16 ans » à « moins de 18 ans ». En outre, le comité formule une série de recommandations sur le statut de déficience invalidante chez la population pédiatrique.

Réactions :

- Les intervenants appuient l'augmentation de la limite d'âge pédiatrique.
- Les intervenants aimeraient obtenir davantage de précisions quant au statut automatique obtenu par une hospitalisation dans un centre de traumatologie de niveau I, plus particulièrement pour préciser si l'admission ou la non-admission entraînera des répercussions sur le statut de déficience automatique.
- Certains membres de la communauté juridique ne sont pas convaincus de la nécessité de modifier l'article portant sur la pédiatrie.
- Certains assureurs hésitent à adopter un tel changement avant que ne soient faites d'autres études de la validité de l'échelle KOSCHI.
- Certains professionnels de la santé sont en faveur de l'utilisation de l'échelle KOSCHI, affirmant qu'il s'agit d'un outil plus prédictif du résultat éventuel de la réhabilitation pédiatrique.

Cécité

En ce qui concerne la cécité, le comité a convenu que la définition avait seulement besoin de clarifications mineures. Plus précisément, une cécité est considérée comme une déficience invalidante en présence de dommages structurels du système de vision. Par conséquent, la cécité hystérique a été exclue.



Réactions :

- Aucune réaction des intervenants.
- Les assureurs appuient les changements.
- La communauté juridique demande que la définition précise ce que constitue une cécité légale.

Échelle du coma de Glasgow

Le comité recommande de retirer l'échelle du coma de Glasgow (GCS) de la définition de la déficience invalidante figurant à l'AIAL, étant donné qu'il s'agit d'un outil de prédiction médiocre des résultats à long terme d'un traumatisme cérébral. En plus d'être un piètre outil de prédiction, la GCS présente certains problèmes inhérents, notamment des cotes erronées chez les demandeurs en état d'ébriété, ceux qui respirent au moyen de tubes de respiration ou les enfants trop jeunes pour comprendre des consignes verbales. Le comité recommande d'utiliser l'échelle de devenir de Glasgow étendue (GOS-E) en remplacement de la GCS.

Réactions :

- Les assureurs appuient le retrait de l'utilisation de la GCS.
- La communauté juridique reconnaît que la GCS est imparfaite, mais elle est en désaccord avec son retrait en raison du fait qu'elle est très bien connue et qu'elle est facile à utiliser.
- En général, les professionnels de la santé sont en faveur du remplacement de la GCS par la GOS-E, affirmant que c'est une méthode raisonnable pour établir les besoins de réhabilitation en cas de traumatisme cérébral.
- Certains professionnels de la santé sont moins enthousiastes à l'idée d'un tel changement, estimant avoir besoin d'autres d'études sur la validité de la GOS-E pour être totalement d'accord.

Déficience pour des motifs psychiatriques

Si les recommandations du comité étaient mises en œuvre selon leur formulation dans son rapport, les troubles psychologiques et du comportement ne seraient plus inclus dans la définition de déficience invalidante, notamment la douleur chronique et la fibromyalgie. Toutefois, cela n'empêcherait pas un demandeur de satisfaire aux critères de la déficience psychiatrique invalidante.

Réactions :

- La communauté juridique est en désaccord avec cette recommandation, insistant plus particulièrement pour que les déficiences liées à la douleur et les symptômes et syndromes non psychiatriques soient pris en considération.
- Certains professionnels de la santé, en particulier des psychologues, ne sont pas d'accord avec cette recommandation et certains se sont prononcés contre le seuil de 40 ou moins de l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement (GAF).
- Certains professionnels de la santé estiment que les prestations provisoires devraient aussi être accessibles aux demandeurs souffrant de déficiences psychiatriques.



Combinaison des déficiences physiques et psychiatriques

Le comité recommande de ne pas autoriser la combinaison des cotes de la déficience physique et de la déficience psychiatrique. Le comité ne croit pas que la combinaison de déficiences physiques et psychiatriques qui, indépendamment, ne satisfont pas aux critères de la déficience invalidante, puisse donner lieu à un traitement équivalent à celui d'un cas de paraplégie ou de cécité. Le comité ne conçoit pas la combinaison des déficiences comme un simple processus d'addition.

Réactions :

- Les assureurs sont d'accord avec la recommandation de ne pas combiner les déficiences physiques et psychiatriques.
- La communauté juridique et les professionnels de la santé sont fortement en désaccord avec l'idée de ne pas combiner les déficiences physiques et psychiatriques, car cela réduira le nombre de demandeurs pouvant faire l'objet d'un statut de déficience invalidante.