



## Jurisdictional Update Report

**Date:** 12 mai 2015

**To:** Compensation and Benefits Committee

**From:** CSST (québec)

**Committee Member:** Geneviève Viau

<b>Committee Mandate</b>	
	The AWCBC Compensation & Benefits Committee works collaboratively to share experiences, identify and improve claim-related outcomes and identify and action opportunities around operational, research and policy development initiatives.
<b>Goals</b>	
	1. To share jurisdictional experiences and knowledge
	2. To put before the committee, emerging issues that are deemed high priority, for consideration of planning
	3. To identify, plan, and carry out specific projects for the benefit of the committee members and their respective jurisdictions.
	4. To be available to other AWCBC / national committees to provide input and or partner with when requested.
	5. To provide feedback to AWCBC Executive when required or requested.

Objective	Activities	Target Date(s) /Status	Budget
<p><b>Repetitive Strain injuries</b>            What are the best practices that your jurisdiction has in place to manage this type of injury?            What are the successes/challenges</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 0,3% the occupational diseases are related to a “repetitive strain injury” – that type of injury is usually considered a work-related accident and it is not being processed the same way than an occupational disease (as there was a specific work situation for the worker of “overwork” on repetitiveness note just repetitive situations);</li> <li>• Most of the work-related accidents that become an at-risk case has a musculo-scrawny disorder nature;</li> <li>• We have notice that the challenges are related to the risk factors not to the type of injury;</li> <li>• The CSST has implemented a work load management based on risk factors instead of on injury type or back-to-work probabilities;</li> <li>• Since 2010, risk factors’ detection is done for all injuries at the beginning of the process (admission);</li> <li>• Transfer to at-risk cases as soon as one risk factor is detected;</li> <li>• Both a counsellor and an adjudicator take charge of the case within the first 30 days of transfer to at-risk cases;</li> <li>• Note: Most of the repetitive strain injury’s cases are due to a work related accident (not an occupational disease).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Significant reduction of long-term cases;</li> <li>• Significant reduction of income replacement indemnity paid</li> <li>• (see KPI’s below).</li> </ul>	
<p><b>Psychological Injuries</b>            Share information on best practices and case management.            What are the barriers to return to work            What works effectively for RTW            What are the challenges</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transfer directly to at-risk cases as soon as the claim is accepted;</li> <li>• Internal expert psychiatrist doctor comes in support of the internal medical team, the counsellor and the adjudicators;</li> <li>• Training given by the expert psychiatrist doctor to all the counsellors and adjudicators in the at-risk cases;</li> <li>• Counsellor works with employers to put in place a return to work plan for the worker to go back to work.</li> <li>• <u>Challenge 1</u>: help the employers find the needed internal resources to help accompany the worker in the return to work plan.</li> <li>• Recent researcher financed by the IRSST, Louise St-Arnaud, propose tools for the employers – very helpful for the counsellor to help the employers (see attached document).</li> <li>• <u>Challenge 2</u>: the psychological and physical injuries related to violence in the work place (see attached document):</li> </ul> <p><i>Au cours de la période 2010-2013, l'évolution des lésions attribuables à la violence en milieu de travail se présente comme suit: hausse de 1,3 % pour les années 2010 à 2011, baisse de 3,1% de 2011 à 2012, pour finir en hausse de 5,5% de 2012 à 2013, soit une augmentation de 3,5 % pour l'ensemble de la période.</i></p> <p><i>Des 1 949 lésions acceptées de 2013, 490 (25,1 %) sont de type psychique et 1 443 (74,0 %) sont des lésions de type physique. Les autres sont de type indéterminé. Pour la période 2010-2013, les lésions</i></p>		

Objective	Activites	Target Date(s) /Status	Budget
	<p><i>acceptées de type psychique ont d'abord augmenté de 10,7% de 2010 à 2011, suivi d'une baisse de 2,6% de 2011 à 2012, puis d'une autre baisse de 11,4 % de 2012 à 2013. Pour les lésions acceptées de type physique, on note une augmentation de 13,3 % entre 2010 et 2013. On retrouve 1 274 lésions en 2010, 1 303 lésions en 2011, puis une baisse à 1 295 lésions en 2012, suivie d'une hausse à 1 443 lésions en 2013.</i></p> <p><i>Pour 2013, 66,7 % des lésions attribuables à la violence en milieu de travail ont un genre d'accident ou d'exposition agression physique (coups, bousculade, agression sexuelle, morsure, ...). Le reste des lésions se distribue principalement entre les genres voies de fait et actes violents par une ou des personnes (16,7 %) et menaces et voies de fait verbales (11,1 %).</i></p> <p><i>En 2013, 67,2 % des lésions acceptées touchent des femmes. Pour la période 2010-2013, le nombre de lésions acceptées qui touchent les femmes est en hausse constante. Cela représente une hausse de 10,5 % des lésions acceptées, soit 1 185 en 2010 et 1 310 en 2013, alors qu'on note une hausse de 1,1 % de ces lésions chez les hommes pour la même période. En 2013, les personnes touchées par l'ensemble des lésions se retrouvent principalement dans les groupes d'âge 40 à 44 ans (13,0 %), 45 à 49 ans (13,0 %) et 30 à 34 ans (12,9 %). L'âge entier moyen en 2013 se situe à 39 ans, tant pour les femmes que pour les hommes.</i></p> <p><i>La profession personnel de la santé est la plus affectée par une lésion attribuable à la violence en milieu de travail avec 37,7 % des lésions acceptées de 2013. D'ailleurs, on remarque une hausse de 21,3% des lésions attribuables à la violence en milieu de travail pour le personnel de la santé depuis 2010. On retrouve ensuite les professions enseignants et personnel administratif avec respectivement 16,6 % et 4,7 % des cas.</i></p>		
<p><b>Quality Assurance</b></p> <p>What is the QA framework/process within your jurisdiction</p> <p>Is there a team and what their function is.</p> <p>What works well?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Work in-progress: a new service named "Service d'expertise en assurance qualité et en amelioration continue" (SEAQAC) has recently been put in place under the Operations' Vice-President;</li> <li>• The processes will be audited with defined operational standard;</li> <li>• First experimentation of the SEAQAC will be on the admission and income replacement indemnity determination.</li> </ul>		

Objective	Activities	Target Date(s) /Status	Budget
Share best practices. Do you audit claims/decision makers			
<b>Return to Work</b> What is the return to work process for your jurisdiction Best Practices What are the successes/challenges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• “Approche concentrique” is the name of the RTW process:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1. We rapidly visit the employer’s facility to evaluate the requirements of capacity for the worker’s job – the visit is done before we get the official functional limitations;</li> <li>2. When we are informed that the worker cannot go back to his job because of his functional limitations due to the job-related accident, we explore other job opportunities in the employer’s facilities;</li> <li>3. Only if there are no solution in the employer’s facilities, we help the worker find a solution in the job market using five criterias defined in the law.</li> </ol> </li> </ul>	<p>93% of the workers become able to work in their job where the accident occur;</p> <p>5% of the workers become able to work in another type of job;</p> <p>Little less than 2% will not become able to work in any type of job because of their work-related injury.</p>	
<b>Non Diagnostic Conditions</b> What conditions are problematic for the jurisdictions? How are the conditions managed such as the Complex regional pain syndrome. Best practices/successes/challenges	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The CSST has noticed that there are different non diagnostic conditions that can be problematic but we have concentrated our efforts on risk factors.</li> <li>• The Complex regional pain syndrome is a recognized diagnosis and we follow the workers’ physician in the treatment for that diagnosis (medicine, physiotherapy, medical imaging therapy,...).</li> </ul>		
<b>KPI’s</b> Continue to report on short term duration, time to first payment, etc.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Durée moyenne d’indemnisation : réduction de 7 jours de la par rapport à l’année 2010;</i></li> <li>• <i>Durée moyenne d’indemnisation pour les dossiers de longue durée : réduction de 2,1 % par rapport à l’année 2010;</i></li> <li>• <i>Diminution de 9,4 M\$ des débours pour les comptes d’établissements de santé par rapport à 2008 (meilleur contrôle des comptes d’établissement de santé.</i></li> </ul>		
<b>Additional Information / Items</b>	<p><i>Le taux de satisfaction envers la qualité des services se situe au-dessus de 85 %. Par ailleurs, 87,2 % des Québécoises et Québécois sondés estiment que la CSST s’acquitte bien de sa mission de promotion de la santé et de la sécurité du travail, alors que 85,9 % de la population considère qu’elle offre des services d’une qualité meilleure ou comparable à la moyenne des organismes gouvernementaux.</i></p>		