

Déposé le : 3 mai 2011

No. : CET-111

Secrétaire : [Signature]

Québec, le 12 avril 2011

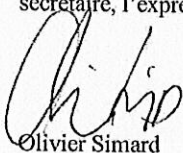
Monsieur Éric Thomassin
Secrétaire de la Commission de l'économie et du travail
Édifice Pamphile Lemay
1035, rue des Parlementaires
3^e étage, Bureau 3.15
Québec (Québec) G1A 1A3

Monsieur le secrétaire,

La présente fait suite à la demande d'état de situation sur la mise en œuvre des recommandations de la Commission de l'économie et du travail publiées en décembre 2006.

Veuillez trouver ci-joint, copie d'un document faisant état des actions découlant de ces recommandations, aux fins de diffusion auprès des membres de la commission.

Je vous remercie pour votre collaboration et vous prie d'agréer, Monsieur le secrétaire, l'expression de mes sentiments les meilleurs.


Olivier Simard

p. j. Suivi des recommandations de la Commission de l'économie et du travail

c. c. Charles Robert
Jocelin Dumas
Luc Meunier CSST
Jean Francois Clément CLP
André Perron BEM

1. Que la diminution significative de la contestation s'inscrive au sommet des priorités en ce qui concerne la gestion du régime de santé et de sécurité du travail.

La CSST souscrit déjà à ce principe. Elle privilégie la collaboration et la communication verbale avec le médecin du travailleur pour mieux comprendre l'évolution de la lésion et éviter les contestations inutiles. Elle n'a recours à l'expertise d'un professionnel désigné (de la CSST) que lorsqu'il est impossible d'obtenir du médecin qui a charge l'information complète à la prise de décision ou lorsqu'elle questionne l'opinion du médecin qui a charge.

Le processus de contestation au BEM fait partie intégrante de tout le processus de contestation à la CSST. Ainsi, les demandes de contestation du BEM passent par la RA (Révision administrative). La CSST a entrepris en 2008 un plan d'action visant principalement à réduire de façon significative les délais de traitement des demandes à la RA. Les résultats à ce jour sont positifs : d'un délai moyen de traitement de 97 jours en 2008, nous sommes passés à un délai de 68 jours en 2010. Cette réduction comporte implicitement une réduction des délais de traitement des demandes du BEM, pour la partie processus dont la CSST est responsable.

De façon plus générale, en 2010, le BEM a reçu 11 860 demandes dont 8 333 (70 %) de la part des employeurs et 3 527 (30 %) de la part de la CSST. Parmi les demandes de la CSST, on retrouve 768 demandes d'avis, 1 261 contestations du rapport du médecin qui a charge du travailleur et 1 498 avis et contestations. Les demandes CSST concernent 3,8 % des lésions professionnelles acceptées (92 112 en 2010).

Pour la CSST, le recours au BEM demeure donc une mesure d'exception.

2. Que le délai à l'intérieur duquel il est possible de contester une décision de la CSST soit élargi, et ce, pour éviter les contestations attribuables à la crainte de perdre son droit par l'effet de la prescription.

La CSST ne souhaite pas que le délai de contestation soit élargi, pour les raisons suivantes :

- augmentation du risque, pour le travailleur, de perdre son droit au retour au travail;
- incidence financière à la hausse sur le régime;
- en contradiction avec le courant actuel qui préconise, pour l'ensemble des tribunaux administratifs, une diminution des délais;
- de plus, en regard de la gestion des réclamations d'accidents du travail et des maladies professionnelles, la volonté du législateur préconise, depuis longtemps, une diminution des délais, une « déjudiciarisation » des dossiers et une prise en charge par les parties plutôt que par la CSST.

3. Que le rôle du Bureau d'évaluation médicale soit revu de manière à éliminer la confusion entre son rôle scientifique et son rôle juridique

Le BEM appuie entièrement cette recommandation de la Commission.

Le BEM ne rend aucune décision ayant force légale mais donne un avis médical sur les cinq sujets médicaux énoncés à l'article 212 de la LATMP lorsqu'il y a une divergence d'opinions entre le médecin qui a charge (i.e. médecin traitant) et le médecin désigné par l'employeur ou le médecin désigné par la CSST.

Dans ce contexte de divergence d'opinions médicales, il apparaît essentiel qu'un avis médical provenant d'un professionnel de la santé neutre et impartial puisse

apporter une opinion scientifique sur la condition médicale du travailleur pour le bénéfice de toutes les parties concernées.

Le BEM n'a pas de rôle juridique à jouer. Il agit à la manière d'un arbitre sur les sujets médicaux sur la seule base de son expertise scientifique.

Suite aux recommandations de la CET de 2006, le BEM a mis en place les mesures suivantes :

Conception et implantation en 2007 d'un nouveau canevas pour rédiger l'avis du BEM.

- canevas sous la forme d'une consultation médicale spécialisée et non plus sous le format d'une décision ou tout autre document légal;
- formation pour clarifier le mandat et le rôle médical du BEM;
- changement dans le vocabulaire utilisé dans l'avis du BEM pour éviter tout vocabulaire ou référence à la terminologie juridique;
- relecture des avis afin de s'assurer de la conformité à ces directives;
- mise en place d'un plan de communication insistant sur le rôle médical du BEM :
 - dépliant expliquant le rôle scientifique du BEM;
 - révision de la correspondance précisant le rôle scientifique du BEM;
 - participation à des événements tels que : forum en santé et sécurité du travail ;Le Grand- Rendez-vous en santé et sécurité du travail; et des congrès médicaux dans le but d'expliquer le rôle scientifique du BEM;

4. Qu'un mécanisme de soutien financier soit mis en place afin de protéger les travailleurs accidentés des préjudices attribuables, d'une part aux délais indus menant à une décision de la CLP et, d'autre part, à la suspension du versement des indemnités de remplacement du revenu (IRR) à la suite d'un avis du BEM.

À l'heure actuelle, le travailleur, sans emploi et sans IRR, peut déjà demander des prestations en vertu de l'assurance emploi.

La mise en place de tout autre mécanisme de soutien financier, tel que proposé dans la recommandation ci-dessus, pourrait constituer un incitatif à la contestation (pour maintenir un revenu).

Cette recommandation laisse supposer que la décision rendue par la première instance est erronée et que le travailleur aura droit à l'IRR lorsque la décision sera finale.

Puisque la Commission de l'économie et du travail est particulièrement intéressée par les actions mises en œuvre et les résultats atteints, la CLP a comparé les données de l'exercice 2007-2008 à celles de 2010-2011. Comme son année d'exercice se termine le 31 mars, les chiffres de 2010-2011 ne sont pas définitifs.

Consciente que les nombreuses demandes de remises soumises au tribunal rallongeaient le délai de fermeture de ses dossiers, la CLP a élaboré des *Orientations générales en matière de remises*, lesquelles sont entrées en vigueur le 1^{er} avril 2010. Alors que le délai moyen de fermeture de dossiers (en tenant compte des remises) était de 13,2 mois en 2007-2008, il a été réduit à 12 mois en 2010-2011. Ce délai moyen ne vise d'ailleurs que les dossiers fermés par une décision du tribunal. Il serait inférieur à 12 mois si nous tenions compte des dossiers fermés par la conciliation ou pour des raisons administratives.

Les nouvelles orientations ont également permis une gestion plus serrée des demandes de remises et elles ont également influencé le comportement des

parties. En effet, si l'on compare les années 2007-2008 et 2010-2011, on constate que le nombre d'audiences fixées par le tribunal a augmenté de 20,4 %, mais que les demandes de remises formulées par les parties n'ont augmenté que de 12,1 %.

Par ailleurs, la gestion plus rigoureuse des demandes de remises se traduit par les résultats suivants. La CLP avait accordé 95 % des demandes de remises reçues en 2007-2008, et ce pourcentage avait diminué à 88,9 % en 2010-2011. Seulement 4,6 % des demandes de remises reçues en 2007-2008 ont été refusées, alors que ce pourcentage a été de 10,3 % en 2010-2011¹.

5. Que seule la Commission de la santé et de la sécurité du travail puisse demander au Bureau d'évaluation médicale d'émettre un avis.

Cette recommandation remet en cause un des fondements de la Loi des accidents du travail et des maladies professionnelles (LATMP), soit la prise en charge par les parties, et suppose l'abolition du recours au BEM par l'employeur. Ceci nécessiterait un *amendement législatif*.

La CSST est d'avis que l'employeur doit pouvoir continuer d'avoir un recours quant aux aspects médicaux.

6. Que la Commission de la santé et de la sécurité du travail déploie tous les efforts nécessaires pour mieux informer et soutenir les travailleurs victimes de lésions professionnelles.

Cette recommandation fait partie des engagements de la CSST envers les travailleurs. Les intervenants de la CSST parlent régulièrement avec les travailleurs pour suivre l'évolution de la lésion, s'informer de la reprise des capacités et répondre à leurs questions sur l'évolution de leur dossier. Lorsque la situation l'exige, le médecin régional de la CSST communique avec le médecin du travailleur pour obtenir des précisions sur l'évolution médicale, pour bien comprendre son opinion ou pour discuter des capacités fonctionnelles du travailleur.

La CSST favorise également la communication verbale avec les travailleurs soumis au processus d'évaluation médicale. Elle leur explique leurs droits et obligations et répond à leurs questions.

7. Que la Commission de la santé et de la sécurité du travail déploie tous les efforts nécessaires pour mieux informer et soutenir les médecins qui ont charge des travailleurs victimes de lésions professionnelles, entre autres, en mettant sur pied les expériences pilotes et les cliniques multidisciplinaires en soutien aux médecins traitants prévues en 1997, et qu'elle en rende compte dans son rapport annuel de gestion.

En 2008 et 2009, une tournée provinciale a été effectuée afin de rencontrer les médecins traitants dans leur milieu pour les informer des aspects médico-administratifs de la CSST. Environ mille médecins ont participé aux différentes rencontres organisées par l'ensemble des directions régionales.

Dans le cadre du plan d'action Synchro pour la prévention de la chronicité, un atelier de formation est offert depuis juillet 2010 aux médecins traitants sur la préparation des rapports d'évaluation médicale. À ce jour, une quinzaine d'activités de formation ont eu lieu regroupant quelque 120 médecins. On note un niveau de satisfaction élevé de leur part. La CSST est aussi à revoir le rôle du médecin conseil afin de mieux supporter les médecins traitants.

¹ L'addition des pourcentages est inférieure à 100 %, car les données ne tiennent pas compte des demandes de remises qui n'ont engendré aucun résultat.

Rappelons également que des programmes multidisciplinaires visant le retour au travail sont offerts dans différents centres de réadaptation du Québec et la CSST y recourt selon les besoins du travailleur.

La CSST est d'accord pour étudier la possibilité d'implanter d'autres programmes. Il importe que le développement de ce réseau de services en réadaptation au travail s'effectue en collaboration avec le réseau de la santé et des services sociaux en y associant, notamment, les centres de réadaptation et le ministère de la Santé et des Services sociaux. Le tout doit tenir compte de la situation qui prévaut dans le secteur de la santé.

8. Que les efforts d'amélioration du fonctionnement du Bureau d'évaluation médicale et de la qualité de ses avis se poursuivent.

Le BEM souscrit à cette recommandation de la Commission. Il a implanté une série de mesures afin d'améliorer la qualité des avis et mis en place un mécanisme de suivi.

Axes d'intervention :

- A. Restructuration organisationnelle
- B. Interventions auprès des membres du BEM
- C. Mesures d'amélioration de la qualité des avis
- D. Organisation de colloques
- E. Mesures d'amélioration des services à la clientèle
- F. Plan de communication
- G. Plan stratégique du ministère du Travail (2009-2012) Objectif 3.3

A-Restructuration organisationnelle

Cette restructuration repose sur le principe qu'étant donné la nature médicale du mandat du BEM, le ministère du Travail a confié la direction, la gestion et le suivi des opérations à des médecins ayant une expérience exhaustive du Régime québécois de santé et de sécurité du travail suite aux connaissances et habiletés acquises comme praticiens impliqués comme médecins qui a charge, médecins-conseils au sein de la CSST et de la CLP.

Suite à la mise en place de la nouvelle équipe de direction, le BEM a procédé à la révision des responsabilités et des fonctions au sein de l'organisation. Dr Jean Tremblay (2006-2008), expérience de médecin qui a charge, Bureau de révision paritaire de la CSST et assesseur CLP. Dr André Perron (2007) nommé d'abord responsable administratif et directeur à partir de 2008, expérience de médecin qui a charge et assesseur médical à la CLP

Médecin responsable de la qualité

Création d'un poste médecin responsable de la qualité. Dr Guy Bouvier (2006), expérience à titre de médecin qui a charge, d'expert médical devant les tribunaux et responsable de la qualité et de la cohérence à la CLP.

Médecins-conseils

À Québec, transfert du Dr C. Blouin à Québec (avril 2008), auparavant médecin conseil à Montréal. Il n'y avait pas de médecin conseil à Québec auparavant. Expérience de médecin conseil à la CSST. À Montréal, embauche (juin 2009), d'un médecin conseil, Dr Christiane Lantagne. Expérience de médecin qui a charge, médecin conseil à la CSST.

B. Interventions auprès des membres du BEM

Sur le plan des relations interpersonnelles avec les membres, la direction adopte une attitude qui vise à établir un climat de confiance essentiel et implanter une culture de la primauté de la qualité médico-administrative des avis.

Mesures mises en place

Nouveaux membres :

Amélioration du processus de recrutement et de sélection des membres

Entrevue de sélection d'une durée d'environ 3 heures

Formation aux nouveaux membres d'une durée d'environ 6 heures

Support conseil adapté aux nouveaux membres.

Relecture des avis avant l'envoi à la CSST et aux parties

Anciens membres

Non-renouvellement de certains membres

Disponibilité et support conseil accru

Formation

Évaluation des avis.

C. Mesures d'amélioration de la qualité des avis

Implantation du programme d'amélioration des avis (2006 et suivantes)

Implantation d'un nouveau canevas (2007) conçu pour mettre en évidence tout particulièrement la motivation de l'avis et faciliter la compréhension par notre clientèle c'est-à-dire les travailleurs, les employeurs, la CSST, le médecin qui a charge, le médecin désigné et les tribunaux. Ce canevas vise à éliminer la confusion entre le rôle médical et l'implication légale de l'avis du BEM.

Suivi auprès des membres pour s'assurer du respect du canevas.

Relecture des avis de certains membres avant l'envoi.

Évaluation rétrospective d'un échantillon d'avis dépersonnalisés, environ 450 par année.

Bilan de l'évaluation rétrospective des avis et intervention auprès de certains membres.

Examen de la conformité, de la validité et de la fiabilité des demandes d'évaluation acheminées au BEM par la CSST.

D. Organisation de colloques

2006 Titre: Douleur chronique non cancéreuse - environ 225 participants reliés à l'évaluation médicale

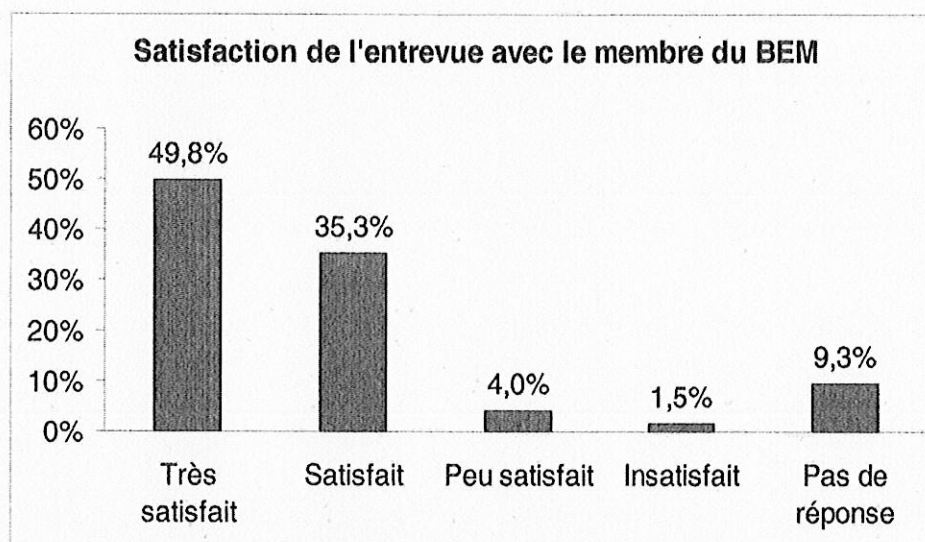
2008 Titre : Les limitations fonctionnelles environ 225 participants reliés à l'évaluation médicale

2010 Titre : L'examen de l'appareil locomoteur : données probantes. environ 225 participants reliés à l'évaluation médicale

E. Mesures d'amélioration des services à la clientèle

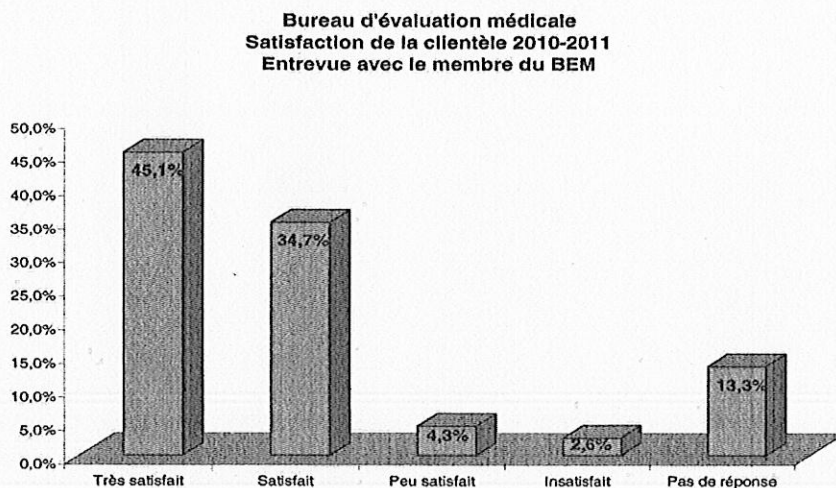
- Accueil et convocation se préoccupant davantage de la clientèle
- Formation des membres du BE
- Formation du personnel de soutien administratif
- Questionnaire de satisfaction de la clientèle

Réponse au questionnaire pour la période 2009-2010



Remis à chaque travailleur se présentant au BEM. On constate que 85,1 % des répondants se disent très satisfaits ou satisfaits de l'entrevue avec un membre du BEM.

Réponse au questionnaire pour la période 2010-2011



On constate que 79,8 % des répondants se disent très satisfaits ou satisfaits de l'entrevue avec un membre du BEM.

- BEM en région

Depuis l'automne 2007, le BEM effectue des évaluations dans les villes suivantes : Saguenay, Trois-Rivières, Gatineau, Granby, Sherbrooke, Matane.

Saguenay	43
Gatineau	31
Granby	61
Matane	23
Sherbrooke	23
Trois-Rivières	246
TOTAL	407

- Réduction des délais par le recrutement de nouveaux membres et le suivi serré des demandes.

Délais moyens de traitement

Période	Délai légal moyen (jours)	Délai opérationnel moyen (jours)
2010-2011*	11,9	37,5
2009-2010*	13,3	45,0
2008*	11,2	34,1

Note :

2009-2010* correspond à la période du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011.

2009-2010* correspond à la période du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010.

2008* correspond à la période du 1^{er} janvier au 31 décembre 2008

F. Plan de communication

Objectifs :

- Faire connaître le rôle du BEM
- Accroître la visibilité du BEM
- Accroître la notoriété du BEM en matière d'évaluation médicale

Participation au Grand Rendez-vous en santé et sécurité du travail à partir de 2009.

Participation au Forum en santé et sécurité du travail à partir de 2009.
Présence à des formations organisées par la FMOQ.

Organisation d'un colloque en 2006 regroupant environ 225 participants reliés à l'évaluation médicale

Titre: Douleur chronique non cancéreuse.

Organisation d'un colloque en 2008 regroupant environ 225 participants reliés à l'évaluation médicale.

Titre : Les limitations fonctionnelles

Organisation d'un colloque en 2010 regroupant environ 225 participants reliés à l'évaluation médicale. Ce colloque vise à tracer les premiers jalons visant à établir la règle de l'examen clinique en matière d'expertise médicale. Titre : L'examen de l'appareil locomoteur : données probantes.

G. Plan stratégique du ministère du Travail 2009-2012

L'objectif 3.3 s'énonce ainsi : accroître la reconnaissance de l'expertise du Bureau d'évaluation médicale.

Cette démarche démontre toute l'importance que le BEM accorde à la recommandation de la Commission en regard des efforts d'amélioration du fonctionnement du Bureau d'évaluation médicale et de la qualité de ses avis

On fait parfois référence au fait que certains avis du BEM sont infirmés ou modifiés par une décision de la CLP pour présumer de la pertinence et de la qualité des avis du BEM. Il importe de préciser que les décisions de la CLP ne peuvent constituer une mesure de la qualité de l'avis du BEM. En effet, un avis du BEM peut avoir été infirmé par la CLP, tout en constituant un avis de qualité et demeurer l'avis médical adéquat basé sur des arguments scientifiques valables. L'avis du BEM et la décision de la CLP sont rendus à partir de critères d'appréciation distincts, le premier se basant sur des principes scientifiques et la seconde portant sur des critères juridiques. Ex. : critère de la prépondérance de la preuve.

9. Que le rapport annuel de gestion du ministère du Travail fasse explicitement et exhaustivement mention des éléments suivants : L'évaluation continue par rapport à l'amélioration du fonctionnement du Bureau d'évaluation médicale, notamment par rapport aux mesures administratives proposées en 1997; les objectifs et les indicateurs de performance relatifs aux orientations, aux activités et à la gestion du Bureau d'évaluation médicale.

L'indice de qualité, utilisé en 2003 et 2004, a été abandonné au profit de moyens visant l'amélioration continue de la qualité des avis.

Depuis 2006, les informations concernant le BEM dans le Rapport annuel de gestion ont augmenté et présentent l'ensemble de son fonctionnement et les indicateurs de performance pertinents s'y rapportant.

Voir le Rapport annuel de gestion du ministère du Travail 2009-2010.

Nous y retrouvons maintenant une section d'information générale où l'on décrit précisément le mandat et le rôle du BEM.

Une seconde section rapportant les résultats stratégiques.

Une troisième section rapportant les trois principaux indicateurs de fonctionnement du BEM tel que l'évolution du volume d'avis produits et la répartition selon la source de la demande sur un horizon de 10 ans et finalement les délais de traitement et le résultat du sondage de la clientèle.

10. Que le rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale, prescrit par l'article 68, de la Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives, soit déposé par le ministère du Travail sur une base bisannuelle.

Il y a consensus tant au ministère du Travail qu'au CCTM sur le fait que la mesure proposée par la Commission est très exigeante. La mesure proposée précédemment, soit une information exhaustive au rapport annuel de gestion, permettra d'atteindre l'objectif de la Commission de bien évaluer le fonctionnement du BEM.

11. Que soit évaluée l'opportunité de développer un programme de soutien financier aux organisations qui viennent en aide aux travailleurs accidentés non syndiqués, comme il en existe dans d'autres provinces au Canada.

La CSST doit faire preuve de neutralité. Elle ne peut développer et administrer un tel programme qui serait destiné à une partie de sa clientèle.

De plus, de telles mesures prévues dans les autres provinces sont complémentaires à d'autres mesures et forment un système; en empruntant un seul morceau de ce système, cela risque de ne pas fonctionner dans notre contexte ou d'entraîner des iniquités.