



ASSEMBLÉE NATIONALE

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-CINQUIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

Commissions parlementaires

Commission permanente de l'économie et du travail

Consultation générale sur le projet de loi n° 79 — Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives (6)

Le mardi 18 février 1997 — N° 42

Président: M. Jean-Pierre Charbonneau

QUÉBEC



Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	115,00 \$
Débats des commissions parlementaires	325,00 \$
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'aménagement et des équipements	105,00 \$
Commission du budget et de l'administration	75,00 \$
Commission des institutions	70,00 \$
Commission des affaires sociales	65,00 \$
Commission de l'économie et du travail	60,00 \$
Commission de l'éducation	40,00 \$
Commission de la culture	35,00 \$
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	20,00 \$
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 \$
Index (une session, Assemblée et commissions)	10,00 \$

Achat à l'unité: prix variable selon le nombre de pages.

Règlement par chèque à l'ordre du ministre des Finances et adressé comme suit:

Assemblée nationale du Québec
Distribution des documents parlementaires
880, autoroute Dufferin-Montmorency, bureau 195
Québec, Qc
G1R 5P3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 528-0381

Consultation des travaux parlementaires de l'Assemblée ou des
commissions parlementaires sur Internet à l'adresse suivante:
www.assnat.qc.ca

Société canadienne des postes — Envoi de publications canadiennes
Numéro de convention: 0592269

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de l'économie et du travail

Le mardi 18 février 1997

Table des matières

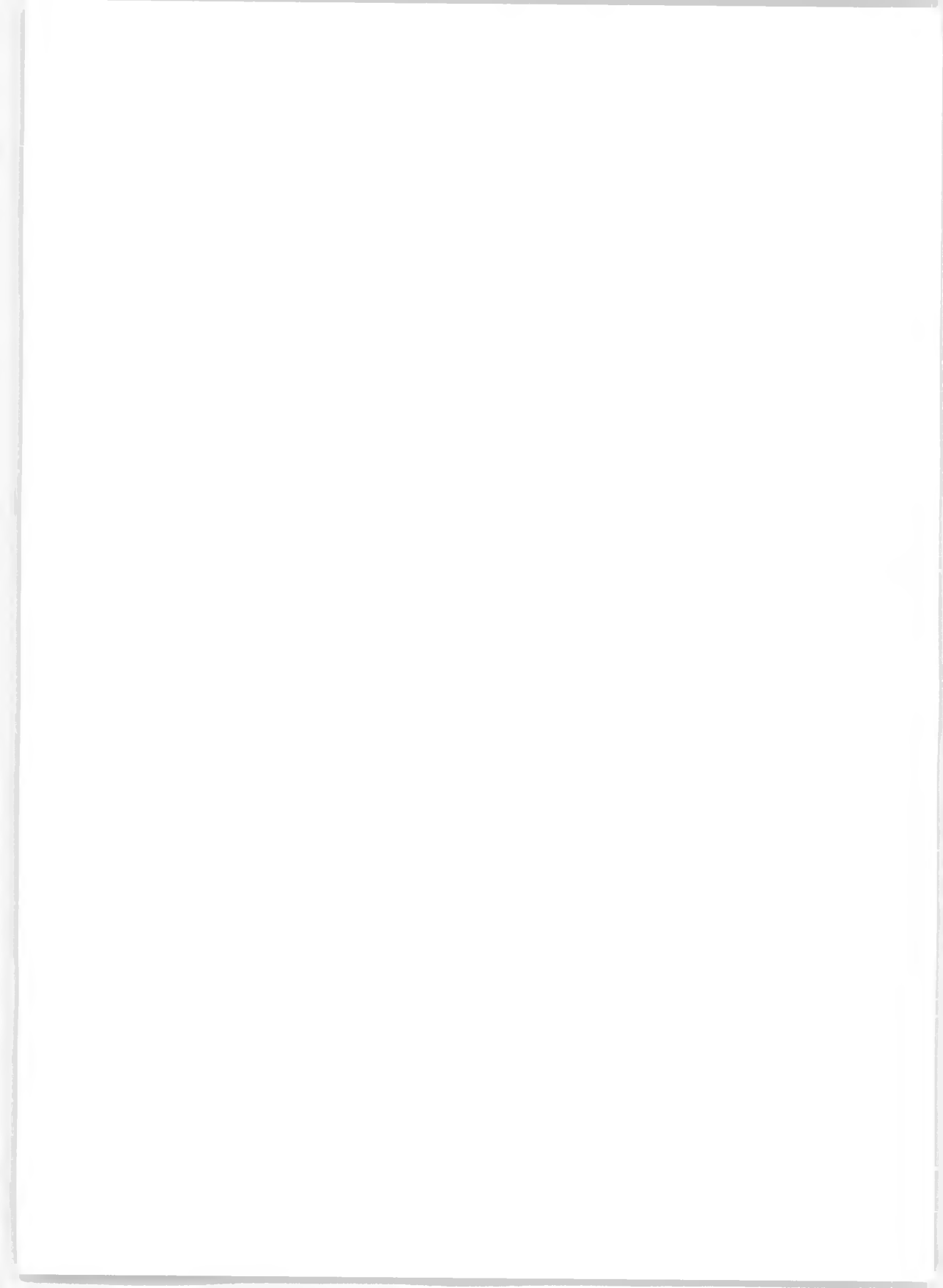
Auditions	
Association d'orthopédie du Québec	1
Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ)	12
Comité législatif provincial du Québec de la Fraternité des ingénieurs de locomotives	21
Regroupement québécois de la danse (RQD)	24
M. Arnold Barry Aberman	32
Proulx, Ménard, Milliard, avocats	38
Mémoires déposés	51
Remarques finales	
M. Matthias Rioux	51
M. Jean-Claude Gobé	52

Autres intervenants

M. François Beaulne, président
M. Christos Sirros, président suppléant
M. Jacques Baril, président suppléant
M. Robert Kieffer, président suppléant

M. Régent L. Beaudet
M. Claude Boucher

- * M. Gaétan Langlois, Association d'orthopédie du Québec
- * M. Laval Leclerc, idem
- * M. Louis Morazain, idem
- * Mme Jennie Skene, FIIQ
- * M. Glenn Whightman, Comité législatif provincial du Québec de la Fraternité des ingénieurs de locomotives
- * M. Claude Desbiens, idem
- * Mme Lise Boyer, RQD
- * M. Sylvain Lafortune, idem
- * Mme Parise Mongrain, idem
- * M. Pierre Auger, accompagnant M. Arnold Barry Aberman
- * M. Jean-Paul Proulx, Proulx, Ménard, Milliard, avocats
- * Mme Lucie Lefebvre, idem
- * Mme Daniele Lamy, idem
- * M. Patrice Montminy, idem
- * Témoins interrogés par les membres de la commission



Le mardi 18 février 1997

Consultation générale sur le projet de loi n° 79

(Quatorze heures treize minutes)

Le Président (M. Beaulne): Mes chers collègues, notre commission de l'économie et du travail reprend ses séances d'auditions publiques sur le projet de loi n° 79. Je rappelle que le mandat de la commission est de procéder à une consultation générale et de tenir des auditions publiques sur le projet de loi n° 79, Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives.

Mme la secrétaire, est-ce qu'il y a des remplaçants?

La Secrétaire: Non, M. le Président, il n'y a aucun remplaçant.

Le Président (M. Beaulne): Merci. Alors, j'appelle, pour débiter notre session, les représentants de l'Association d'orthopédie du Québec. Comme vous le savez sans doute, pour avoir suivi les autres présentations auparavant, vous avez une heure pour l'ensemble de vos échanges avec les deux partis, pour une présentation maximale de 20 minutes de votre rapport; par la suite, chacune des formations politiques disposera de 20 minutes pour vous poser des questions et échanger avec vous.

Alors, si vous voulez bien débiter votre présentation en vous identifiant, pour les fins de la transcription, ainsi que les personnes qui vous accompagnent.

Auditions

Association d'orthopédie du Québec

M. Langlois (Gaétan): Je suis Gaétan Langlois, président de l'Association d'orthopédie du Québec, Louis Morazain, qui est le président sortant, et le Dr Laval Leclerc.

L'Association d'orthopédie du Québec tenait à participer à cette commission. En fait, au Québec, on est 271 orthopédistes et on pratique dans toutes les régions du Québec. Il y a une répartition à peu près équitable de la spécialité dans tous les coins du Québec. L'orthopédie, c'est une spécialité qui est à la fois chirurgicale et médicale, c'est-à-dire qu'on traite les problèmes de l'appareil musculo-squelettique médicalement et chirurgicalement. C'est nous qui traitons les traumatisés de la route, les hernies discales, les malformations congénitales. On effectue aussi du traitement médical de maladies comme l'arthrite, les tendinites, etc. On agit régulièrement comme médecin traitant dans les accidents de travail. En effet, les accidentés du travail font partie de notre vie de tous les jours.

On effectue aussi du travail médico-administratif pour les accidentés du travail. En fait, en tant que médecin traitant, on est obligé de remplir les rapports médicaux, les rapports d'attestation, les rapports d'évolution. On doit compléter aussi, lorsque l'accidenté est rétabli, le rapport d'évaluation médicale pour nos patients et on doit en compléter également pour les patients de nos confrères qui refusent de faire ces examens-là. Certains d'entre nous agissons comme médecins désignés pour la CSST, à la demande de la CSST. Il y a une quarantaine d'orthopédistes au Québec qui agissent comme médecins évaluateurs au Bureau d'évaluation médicale. Le travail médico-administratif d'un orthopédiste, ça représente une petite portion de son travail, soit environ un peu moins de 5 % de ses revenus.

Concernant le projet de loi de déjudiciarisation, on déplore le fait de ne pas avoir participé à l'élaboration du projet. On constate qu'il y avait un médecin et qu'il y avait quatre avocats sur le dossier et qu'en tant qu'orthopédistes on est régulièrement impliqués dans le traitement, comme je viens de vous le dire, des problèmes musculo-squelettiques. Depuis plusieurs années, l'Association d'orthopédie fait partie de la table de concertation, à la CSST, qui réunit la FMOQ, la FMSQ et la CSST. Depuis plusieurs années, on dénonce le fait qu'il y a des contestations inutiles pour des dates de consolidation qui dépassent des fois de quelques jours, des DAP qui peuvent varier de 1 %, des limitations fonctionnelles aussi, qui se retrouvent devant le Bureau d'évaluation médicale, alors que les choses auraient peut-être pu se régler autrement. On est favorable à l'attitude qu'a prise la CSST au cours des dernières années de réintégrer progressivement les travailleurs sur le marché du travail puis d'accepter que ces gens-là puissent travailler avec des limitations fonctionnelles qui sont temporaires.

Concernant le projet de loi qui veut déjudiciariser, on a certaines réserves, vous allez bien vous imaginer. D'abord, on constate que, dans le projet de loi, on veut demander au médecin traitant de fournir une liste de trois médecins qui pourraient agir comme médecins désignés. Et puis on veut aussi établir un mécanisme de conciliation entre l'opinion du médecin de l'employeur et l'opinion du médecin désigné et celle du médecin traitant. Nous, en tant que médecins traitants, on considère que c'est inacceptable qu'un médecin traitant ait à subir des pressions administratives pour changer son opinion. On pense qu'un médecin traitant, c'est fait pour traiter des malades. Et puis on est en désaccord avec le fait que le médecin de la CSST, sur la foi d'un rapport du médecin désigné, essaie de modifier notre opinion.

La deuxième chose aussi, on considère qu'à partir du moment donné où on accepte que le médecin traitant

puisse modifier son opinion à partir de l'opinion du médecin désigné on enlève au travailleur tout droit de contestation. On est, par contre, favorables à ce que le médecin traitant puisse recevoir et consulter l'opinion des médecins désignés autant que l'opinion du médecin de l'employeur. Je pense que c'est une forme d'éducation qui est utile à tout le monde parce que, souvent, on vient à bout de modifier ou d'envisager le problème sous un autre angle quand il nous est présenté d'une autre façon.

On avait aussi des réserves concernant le choix du médecin désigné par la CSST. Or, dans la loi, on propose que le médecin traitant soumette à la CSST une liste de trois noms de médecins qu'il voudrait comme médecins désignés pour son patient. D'abord, on trouve que le médecin qui doit agir comme médecin désigné, ça prend un médecin qui a les compétences pour agir comme médecin désigné. Ça prend un médecin qui est familier avec la pathologie, qui est impliqué dans ce dossier-là. Or, si on fournit à la CSST une liste restreinte de trois médecins, je ne suis pas sûr qu'on va fournir la liste des trois bons médecins. On pense que la liste est beaucoup trop restrictive et que, si on décide de conserver la même procédure, cette liste-là devrait contenir un minimum de 10 médecins. On a aussi des inquiétudes. On a peur qu'il se fasse des coalitions entre des médecins qui partagent la même idéologie. On craint aussi que le travailleur puisse être pénalisé par le fait que le médecin traitant demande, suggère, comme médecins désignés, trois membres de son propre cabinet ou de sa propre association, qui baignent dans le même bureau.

• (14 h 20) •

Concernant le BEM. Nous, on a toujours vu que la CSST était une compagnie d'assurances qui avait comme mission, entre autres, de gérer des dossiers médicaux. Donc, quand il y a une divergence d'opinions, soit sur le diagnostic, sur la date de consolidation, sur le traitement qui est en cours ou sur la limitation fonctionnelle, on pense que c'est un problème médical et que la divergence d'opinions qui existe entre le médecin traitant et le médecin de l'employeur ou le médecin de la CSST, c'est une divergence qui doit être tranchée par un médecin. On pense que la CSST, cette compagnie d'assurances là, doit avoir accès à un bureau qui est formé de médecins, pour juger d'une décision médicale, pour se prononcer sur une question médicale. Quand il y a un problème, une divergence d'opinions entre deux médecins, soit le médecin traitant ou le médecin de l'employeur ou le médecin désigné, il est important qu'un médecin indépendant — dans ce cas-ci, on parle du médecin du BEM — ait la possibilité d'examiner le patient et qu'il puisse, justement, faire un examen complet, une expertise, c'est-à-dire le questionner, l'examiner et puis confronter les examens de laboratoire, les examens radiologiques, et se faire une opinion. On pense que le médecin qui agit au Bureau d'évaluation médicale, c'est un médecin qui donne son opinion sur un problème médical. C'est impensable, je pense, qu'à

partir de deux dossiers où on a des opinions tout à fait différentes, divergentes quant au diagnostic ou quant au traitement, deux opinions fournies par des médecins différents, on demande à un médecin assesseur, qui n'a pas la possibilité ou le loisir d'évaluer le patient, de se prononcer sur lequel des deux a raison.

On pense que le Bureau d'évaluation médicale a sa raison d'être et que toute compagnie d'assurances qui a à gérer des problèmes d'ordre médical doit avoir accès à un bureau médical. On aimerait cependant bonifier le Bureau d'évaluation médicale. D'abord, on pense que les dossiers qui sont présentés au Bureau d'évaluation médicale pourraient contenir les notes du médecin traitant, ou le dossier en entier du médecin traitant, concernant l'accident de travail. Habituellement, le médecin qui agit au Bureau d'évaluation médicale a des petits rapports médicaux qui viennent du médecin traitant et puis a l'expertise qui vient de l'employeur ou du médecin désigné. Souvent, on pourrait retrouver des informations pertinentes dans l'examen qui a été pratiqué par le médecin traitant dès la première consultation.

La deuxième chose, actuellement, depuis quelques années, il y a une grille d'évaluation, au Bureau d'évaluation médicale, pour contrôler la qualité des évaluations qui sont faites. On considère que cette grille-là devrait être mise en application, parce qu'on pense que le travail qui est effectué au Bureau d'évaluation médicale, c'est un travail qui a des implications importantes pour le travailleur et c'est un travail qui doit être fait avec beaucoup de minutie.

On s'interroge sur le processus de sélection, aussi, des médecins qui travaillent au Bureau d'évaluation médicale. Je pense que ce n'est pas tout d'avoir, au Bureau d'évaluation, un médecin qui ne fait pas d'expertises pour la CSST, qui ne fait pas d'expertises pour l'employeur et qui n'en fait pas pour le syndicat. Je pense que les médecins qui agissent au Bureau d'évaluation médicale devraient être soumis à un comité ou passer un examen, ou un comité de sélection, pour s'assurer que ces gens-là ont les compétences, ont les connaissances, les habiletés, et qu'ils ont une certaine expérience pour agir comme médecins évaluateurs. Ce n'est pas normal qu'un jeune médecin qui débute sa pratique se retrouve comme médecin évaluateur pour trancher dans des dossiers aussi délicats. Donc, on pense que ça prend une certaine expertise pour agir comme médecin au Bureau d'évaluation médicale.

Ensuite, concernant le Bureau d'évaluation médicale aussi, quand on regarde les statistiques qui nous sont fournies, je sais que, dans les dernières semaines, il a été véhiculé dans les médias que le Bureau d'évaluation médicale n'était pas performant, puis qu'il y avait 40 % des décisions qui étaient contestées. Mais, quand on regarde ça, je pense qu'il y a 90 % des avis qui sont émis par les médecins du Bureau d'évaluation médicale qui sont maintenus à la fermeture du dossier et, en 1996, il y a seulement 8,8 % qui ont été modifiés au BRP.

C'est sûr aussi qu'au Bureau d'évaluation médicale on retrouve une proportion qui est élevée

d'orthopédistes. Je pense que les problèmes qui se retrouvent au Bureau d'évaluation médicale, c'est souvent des problèmes qui traitent de l'appareil musculo-squelettique. Or, comme je vous ai expliqué au début de ma présentation, les orthopédistes, on est habilités et c'est notre vie, de traiter des problèmes de l'appareil musculo-squelettique, et puis on traite autant les problèmes de la main, la chirurgie de la main, les problèmes du rachis que les problèmes de tumeurs puis des os longs. Il y a des plasticiens aussi qui font de l'évaluation médicale, mais leur champ d'action en musculo-squelettique est beaucoup plus limité que le nôtre, tout comme les neurochirurgiens ou les neurologues dont l'activité est surtout concentrée au niveau du rachis.

On a rencontré à quelques reprises, au cours des dernières années, le Conseil consultatif du travail et de la main-d'oeuvre et puis on a fait des représentations justement pour que les critères de sélection des membres qui agissent au Bureau d'évaluation médicale soient modifiés et que la liste puisse être élargie un peu.

Il y a eu aussi, dans les dernières semaines, des plaintes concernant les membres qui agissent au Bureau d'évaluation médicale. Je pense que ces plaintes-là ont été posées soit parce que les gens ont eu des avis qui allaient à l'encontre du travailleur. Il y a aussi des plaintes qui faisaient allusion à l'attitude du médecin évaluateur et puis il y a aussi des plaintes qui déploraient la durée de l'examen effectué par le médecin. Moi, je considère qu'il n'y a pas place à faire des examens rapides et puis à ne pas avoir une attitude qui est professionnelle. Par contre, je pense que le contexte dans lequel se fait cet examen-là est un contexte qui est particulier, dans le sens que le patient qui consulte son médecin parce qu'il a un problème de cervicalgie ou qu'il a mal au coude, il va voir le médecin dans le but d'aller chercher un service. Il y a déjà, à l'entrée du bureau, une relation de confiance qui est établie, alors que le médecin qui se rend en... pas en consultation, mais à qui on demande de se présenter au Bureau d'évaluation médicale, on le force à aller au Bureau d'évaluation médicale, et puis le patient s'en va là comme s'il s'en allait devant un juge. Alors, il s'en va avec une attitude qui est différente de celle qu'il a lorsqu'il s'en va en consultation. Donc, ça peut expliquer le fait que les gens qui passent devant un Bureau d'évaluation médicale sont peut-être un petit peu plus aiguisés et moins tolérants pour des écarts.

C'est à peu près...

Le Président (M. Sirros): Ce serait l'ensemble de votre présentation? Alors, merci. On va donc donner la parole au ministre pour la période des échanges qui débute. M. le ministre.

• (14 h 30) •

M. Rioux: Alors, MM. Langlois, Morazain et Leclerc, on vous souhaite la bienvenue. On est très heureux que vous soyez là. À la page 10 de votre mémoire, vous dites: «L'orthopédiste ainsi que quelques autres spécialistes ont la capacité d'évaluer l'ensemble du

système musculo-squelettique. Étant donné que les orthopédistes sont en plus grand nombre que les autres spécialistes — et là vous les énumérez — physiatres, rhumatologues, plasticiens, neurochirurgiens», etc. Vous ne mettez pas les chiros là-dedans. Pourquoi? Ce n'est pas des spécialistes?

M. Langlois (Gaétan): Parce que les chiros ne sont pas des médecins. Nous, ce qu'on considère, c'est que les chiros ne sont pas des médecins. Moi, je considère que les problèmes qui sont soumis au Bureau d'évaluation médicale sont des problèmes médicaux, des problèmes de diagnostics, des problèmes de traitements, des problèmes de limitations fonctionnelles. Donc, ce sont des problèmes médicaux et puis, des problèmes médicaux, ça doit être jugés par des médecins, et puis, pour juger un problème médical, il faut faire un examen physique, il faut faire un questionnaire, il faut être capable d'interpréter les examens de laboratoire, être capable d'interpréter des radiographies.

M. Rioux: Ce n'est pas des médecins, mais est-ce que vous reconnaissez que c'est des spécialistes?

M. Langlois (Gaétan): Le mot «spécialiste», je pense, peut s'appliquer. Pardon? C'est ça, le mot «spécialiste» est utilisé «at large». C'est...

M. Leclerc (Laval): On parle de spécialistes dans le champ de compétence qui regarde la lésion. La lésion professionnelle ici, c'est quoi? C'est une lésion médicale en soi. C'est sûr que les chiros, on reconnaît nous-mêmes qu'il y a de la place pour des traitements, on en prescrit nous-mêmes de plus en plus et de plus en plus il y a des interrelations entre les chiros et même les orthopédistes. Cependant, pour l'ensemble des blessures du musculo-squelettique, sans vouloir leur enlever rien, je pense qu'on voit l'ensemble beaucoup mieux qu'eux puis je pense que leur école de pensée est différente de la nôtre. Vous pouvez les intégrer là-dedans, ils sont déjà intégrés et ça commence, mais, si vous les intégrez comme experts, il faudrait voir si vraiment ça couvre tout le champ du musculo-squelettique dans leur champ de compétence. Je suis sûr que vous voulez le meilleur expert vous autres aussi, comme nous autres.

M. Rioux: On veut que l'expertise soit la plus vaste possible...

M. Leclerc (Laval): La plus vraie.

M. Rioux: ...et la plus polyvalente possible.

M. Leclerc (Laval): La plus polyvalente possible, bien sûr, mais à la recherche de la vérité et non pas...

M. Rioux: Qui a la vérité? C'est vous autres?

M. Leclerc (Laval): Non, non, non. La recherche de la vérité sur ce que c'est que la lésion, et ce qui peut l'expliquer, et quelle relation il y a avec le facteur causal, et sur le traitement, et sur la chirurgie, y compris la chirurgie qu'eux ne font pas.

M. Rioux: Mais vous reconnaissez la nécessité d'équipes multidisciplinaires.

M. Langlois (Gaétan): Je vais peut-être ajouter aussi, quand on dit qu'on se nomme comme des spécialistes de l'appareil musculo-squelettique, je pense qu'on est une des seules spécialités qui touche aux structures, qui est capable de les palper et de les voir. Je veux dire, les orthopédistes, on fait de la chirurgie au niveau de la colonne. Donc, on touche aux disques, on enlève des disques, on manipule des racines nerveuses, on manipule la moelle épinière, on pénètre dans des articulations. On est capables de palper les articulations, de voir les ménisques, de toucher aux ménisques, de les enlever. On répare des ligaments, on connaît l'épaisseur d'un ligament, on connaît la force extensible des ligaments. On ne fait pas de l'anatomie de surface.

Et puis, comme exemple, je pense que, si votre voiture a un problème de moteur, je ne pense pas qu'en regardant par-dessus le capot on va être capable de régler le problème du moteur. Je pense que le gars qui est capable d'ouvrir le capot et puis d'aller toucher aux structures, il a un avantage qui est supérieur à ceux qui demeurent en surface. C'est dans ce sens-là que, moi, je pense qu'on a une longueur d'avance, parce qu'on a touché aux structures, on sait comment c'est fait, un nerf, puis on sait où ça passe.

En plus, en orthopédie, il y a à peu près, je ne sais pas, je pense que c'est 400 ou 500 différentes interventions chirurgicales, et puis on utilise des abords chirurgicaux qui sont très variés. Pour le bras, on peut avoir à peu près une vingtaine d'abords chirurgicaux. Donc, on rencontre à peu près tous les muscles sur notre passage. À peu près toutes les structures nerveuses, on les a vues dans notre pratique, et puis les ligaments, la même chose. Je pense qu'on a une...

M. Rioux: Je comprends qu'en ce qui a trait au musculo-squelettique c'est un champ d'expertise et de pratique que vous n'êtes pas intéressés à partager avec d'autres que ceux qui sont là.

M. Leclerc (Laval): Mais pourquoi vous dites ça, là?

M. Langlois (Gaétan): Non, je ne pense pas. Je pense...

M. Rioux: Que ceux que vous énumérez dans votre mémoire.

M. Langlois (Gaétan): Que ceux qu'on énumère dans notre mémoire. Effectivement, je pense qu'on a

une formation médicale et on a tendance à travailler avec des gens qui ont la même formation que nous autres. Mais ça ne nous empêche pas non plus de faire appel, pour des problèmes spécifiques, à un physiothérapeute, de travailler avec un ergothérapeute quand on a à définir des barrières architecturales. On travaille en collaboration avec d'autres, avec des infirmiers, des physiothérapeutes, des ergothérapeutes.

M. Leclerc (Laval): M. le ministre, quand j'étais au centre Charron, comme directeur de la réhabilitation physique, j'ai été à l'origine, avec les gens de la CSST, d'un programme multidisciplinaire qui est resté depuis, qui s'appelle le PER. Alors, je ne sais pas pourquoi vous dites: Vous n'êtes pas intéressés à partager votre champ. Voyons! On est intéressés à voir ce que les autres font puis on est intéressés, en particulier sur les maux de dos, à partager notre expérience, et de plus en plus avec les chiros ou d'autres spécialités. Même dans nos colloques, on invite des chiros, dans des écoles ou dans des colloques sur le dos ou autrement. On est intéressés, bien sûr, de partager. On ne parle pas de la même chose, on parle de l'expert qui est appelé à se prononcer sur la vérité d'une lésion médicale. Qui est le plus apte à le faire?

M. Morazain (Louis): Je pense qu'il y a une différence entre la pratique de la médecine et l'expertise médico-légale dont il est question au BEM. Au BEM, c'est de donner une opinion d'expert sur une lésion, en connaître la physiopathologie, en connaître les effets, connaître les effets du traitement et de tous les traitements, incluant les traitements chiropraxiques, et d'être capable de déterminer si les traitements ont été efficaces, ne sont pas efficaces, devraient être poursuivis, ne devraient pas être poursuivis; s'il y a des limitations fonctionnelles, donc de connaître des notions d'ergothérapie. Je ne suis pas sûr que le chiro, pour celui-là en particulier, où l'ergothérapeute dans son champ d'activité, ou le physiothérapeute dans son champ d'activité, ou l'ostéopathe dans son champ d'activité est capable d'avoir la notion d'ensemble qui corresponde au travail d'expert qui est demandé à un membre du Bureau d'évaluation médicale.

M. Rioux: Vous émettez des réserves sur le mécanisme de sélection du médecin désigné; ça paraît pas mal dans votre mémoire. Vous semblez favorables à l'idée d'impliquer davantage le médecin traitant dans le choix du médecin désigné. Moi, ce que j'aimerais, c'est que vous élaboriez un petit peu plus sur cet aspect-là des choses. Faites-nous donc connaître vos suggestions concrètes, pratiques pour améliorer, justement, la désignation du médecin désigné.

M. Langlois (Gaétan): En fait, nous, on trouve que la façon... Je pense qu'il existe une banque de spécialistes, de toute façon. Parmi cette banque-là, je pense qu'il serait important de connaître les compétences

de chacun de ces médecins-là qui est disponible à agir comme médecin désigné puis s'assurer que le gars a justement les compétences et que, deuxièmement, c'est un médecin qui est capable de donner un avis qui est motivé.

Moi, je pense qu'à partir du moment où le projet de loi s'adresse au médecin traitant, dit: Fournissez-nous trois médecins et on va choisir parmi ces trois-là, c'est beaucoup trop restrictif. Je ne pense pas que le médecin traitant, justement, connaisse la spécialité ou les sous-spécialités de chacun des médecins qu'il y a sur une liste de médecins désignés. Moi, je trouve que c'est beaucoup trop restrictif.

M. Rioux: Vous en suggérez une dizaine?

M. Langlois (Gaétan): Pardon?

M. Rioux: Vous en suggérez une dizaine?

M. Langlois (Gaétan): Non. Moi, je pense que c'est un minimum, une dizaine. Mais, de la façon dont ça fonctionnait avant, le médecin de la CSST avait sûrement une liste de médecins désignés et, quand il avait un problème, je ne sais pas, de colonne, il l'envoyait à tel gars. Quand il y avait un problème, je ne sais pas, de coude, il l'envoyait à un gars qui faisait peut-être plus du membre supérieur.

L'autre chose, c'est que le médecin de la CSST lisait sûrement les évaluations que les médecins désignés faisaient. Je pense que si un médecin désigné faisait une évaluation qui était mal structurée ou qui était incomplète, il devait en tenir compte. Et je pense qu'il faut qu'il y ait un mécanisme pour contrôler la qualité des évaluations qui sont faites par les médecins qui agissent comme médecins désignés.

M. Rioux: Vous défendez l'existence du BEM. Cependant, vous émettez des réserves sur son efficacité et vous aimeriez voir son fonctionnement modifié, amélioré. Est-ce que j'ai bien compris?

• (14 h 40) •

M. Morazain (Louis): On est toujours à la recherche de bonifier ce qui existe déjà. On pense que le BEM, c'est une structure qui est valable, c'est une structure qui fonctionne bien. C'est une structure, si vous regardez dans les annexes au mémoire qu'on vous a présenté, qui a des critères de performance qu'on trouve suffisamment adéquats et sûrement meilleurs que ce qu'ils ont été il y a cinq ans. Donc, on pense que, s'il y a eu du travail d'amélioration depuis cinq ans, il y a probablement de la place pour en faire encore. Et on suggère, parmi les modifications pour bonifier le produit qui sort du BEM, peut-être d'avoir un mécanisme de sélection des médecins, d'élargir peut-être la base, de restreindre le nombre par médecin, si possible, pour éviter la concentration — certains abus nous ont été lancés de ce côté-là — mais surtout de s'assurer que le médecin au Bureau d'évaluation ait le plus d'information

possible. En médecine, ce qui est important quand vous voulez faire une évaluation, c'est d'avoir l'information. Or, si l'information du médecin traitant ne vous parvient pas comme médecin évaluateur au BEM, ça vous est beaucoup plus difficile d'étayer un jugement, alors que, si cette information-là vous est présentée... Donc, c'est un des mécanismes de bonification du BEM, parce qu'on pense que le BEM doit rester.

M. Rioux: Il y a des gens qui sont venus nous dire que de moins en moins de médecins et de spécialistes étaient intéressés à siéger sur cet affreux tribunal et que, finalement, on retrouve toujours les mêmes qui ramassent le magot. Alors, votre observation, vous autres, de la réalité, c'est quoi?

M. Langlois (Gaétan): En fait, ils reprochent le fait que le nombre soit restreint. C'est ça? Il y a deux bureaux: il y en a un à Montréal puis il y en a un à Québec. Il n'y a aucun bureau en région. Donc, c'est sûr que la concentration se fait là. Ensuite de ça, c'est que le nombre est limité parce qu'on a des critères d'exclusion. À partir du moment où vous faites de l'expertise pour la CSST ou que vous en faites pour l'employeur ou les syndiqués, vous êtes éliminé. Donc, on élimine déjà un pourcentage, on élimine les jeunes qui commencent. Je pense qu'il y a des critères maintenant, il faut que ce soit plus de cinq ans en pratique il me semble, de sorte que le nombre devient quand même restreint. Et puis c'est sûr que, quand on arrive à 55, 60 ans puis qu'on a fait de l'orthopédie chirurgicale, avec des gardes, bien, il y a des orthopédistes qui ont un petit peu plus de temps de disponible parce qu'ils abandonnent la garde et puis ils abandonnent une journée de chirurgie, puis ils sont plus disponibles, ceux-là, à agir comme médecins au BEM. Je pense que ça explique le fait que le nombre soit un peu limité, là.

M. Leclerc (Laval): M. le ministre, ça fait 30 ans, moi, que je pratique comme médecin traitant puis comme expert. Ça fait 30 ans que, régulièrement, la CSST brasse les structures, que des patients ne sont pas contents, que les dossiers traînent. En 1992, il y avait 2 000 dossiers qui traînaient, puis là on a nommé rapidement des experts à Montréal pour tenter de prendre le dessus, on a réussi à prendre le dessus. On est rendu, en 1996, avec 16 jours avant le traitement d'une cause au BEM, puis on dit que ce n'est pas efficace quand il y a 8,8 % seulement des décisions médicales qui sont contestées au BR. Puis vous appelez ça l'affreux BEM? Je ne sais pas d'où ça vient, cette histoire-là, mais je m'en doute. Ce n'est pas vous autres, vous êtes trop honnêtes. Mais il y a quelque chose quelque part qui ne va pas. Je pense que c'est la première fois depuis 30 ans que je vois enfin une structure qui fonctionne, puis je vois enfin des experts qui s'améliorent. Parce que, moi-même, quand j'ai commencé au BEM, comme j'étais avant aussi, graduellement, avec les années, je me suis amélioré sur la qualité, puis on était prêt, on était

consentant et on a participé à une grille d'évaluation pour améliorer les gens du BEM. On a un pool de 271 orthopédistes; il y en a 147 Montréal-Québec. Si on élimine tous ceux que Gaétan vient de dire, il en reste, quoi, 75, 100. Si vous éliminez les jeunes, il en reste, quoi, une cinquantaine. Si vous continuez de dire qu'ils ne sont pas bons, puis vous continuez de les écoeurer, il va y en avoir moins que ça encore.

Il va falloir quand même... Appelez ça le BEM ou appelez ça n'importe quoi, tant que vous allez traiter une lésion médicale au Québec, en Ontario, aux États-Unis ou n'importe où, vous allez avoir besoin d'un expert. Appelez-le chiro, appelez-le un expert, peu importe qui il est, pourvu qu'il ait la compétence dans son champ d'expertise, dans son champ d'exercice, puis qu'il ait de l'expérience. Vous allez en avoir besoin. Que vous l'enleviez, le BEM, ou que vous ne l'enleviez pas, vous allez en avoir besoin comme médecin désigné, vous allez en avoir besoin à la CALP. Si vous allez à la nouvelle CALP, la commission des affaires je ne sais pas quoi, vous allez aussi en avoir besoin. Parce qu'un assesseur là, ça ne sera pas suffisant. Puis, quand vous dites qu'il y en a 40 maintenant qui persistent et que c'est toute la même gang, ce n'est pas vrai. Regardez les chiffres en 1996. Voyons donc! Je les ai, les noms, avec chacun ce qu'ils ont fait. Ce n'est pas vrai. Il y en a quelques-uns qui en font plus parce qu'ils sont à la retraite et qu'ils sont plus disponibles. Il y en a 24 sur 40, en 1995, qui ont été échangés. C'est où, là, le problème?

Il faut parler des choses comme elles sont. Ne prenez pas des affaires... Vous dites: On entend qu'il y a 43 % des avis qui vont au bureau de révision. Mais vous avez oublié de dire qu'il y en a 19 % qui se désistaient. L'avis était maintenu dans 14,9 % et l'avis est modifié dans 8,8 %. Ce n'est pas une bonne performance, ça? C'est excellent. Et vous voulez changer ça par une commission des affaires professionnelles directe et vous allez avoir mieux que ça? Je vous défie.

M. Morazain (Louis): Je pourrais peut-être ajouter quelque chose. On vous a fourni également, en annexe, le nombre de plaintes contre les membres du BEM au cours des dernières années. Ça s'élève à 10 plaintes environ par année. Je pense que, même s'il y avait 10 plaintes... L'idéal serait qu'il y en ait zéro, je suis bien d'accord avec vous, là, mais 10 plaintes sur un nombre de 8 000 évaluations, ça ne me semble pas un nombre exagéré pour appeler ça le musée des horreurs, comme ça a été qualifié, dans certains journaux, par certaines centrales syndicales, pour ne pas les nommer. Mais il reste que ça n'est pas beaucoup. Que le Collège s'en occupe, parfait. Mais, s'il fallait qu'on dise que, parce qu'il y a eu telle violence sur un conflit de travail, le syndicalisme est mauvais, à ce moment-là je pense qu'on aurait tiré des conclusions depuis bien longtemps sur bien des choses. Alors, je ne pense pas que le fait de dire qu'il y a eu 10 plaintes sur un total de 8 000 évaluations par année pour un

BEM, avec un taux de performance, c'est de dire que le BEM est mauvais. Je pense que c'est une conclusion qui me semble très hâtive face aux prémisses qu'on a portées.

Le Président (M. Sirros): Merci. Il y avait le député d'Arthabaska qui, je pense, avait une petite question très rapide.

M. Baril (Arthabaska): Oui. Je vais revenir sur la liste de professionnels fournie par la CSST. Plusieurs organismes qui sont passés devant nous, pour ne pas dire tous, ont parlé de cette fameuse liste qui existe. Vous, vous dites que la suggestion de trois spécialistes, ce n'est pas assez, qu'il faudrait monter à 10. Le ministre a touché cet aspect-là tout à l'heure, mais je voudrais plutôt connaître votre opinion sur le fait que le médecin traitant a cinq jours pour fournir la liste. D'autres avant vous nous ont dit que c'était pratiquement impossible de fournir ça dans cinq jours. Donc, je vais toujours revenir à la CSST qui, elle, va choisir le professionnel. Donc, croyez-vous que cinq jours, c'est trop court? Que 10 jours, ça va être trop, ça va encore retarder la cause de l'accidenté?

M. Langlois (Gaétan): Cinq jours, ce n'est pas bien, bien long. C'est très limité dans le temps, cinq jours. Je pense qu'on ne peut pas nier ça. Quelle doit être la durée?

M. Morazain (Louis): En fait, on s'est interrogés pourquoi on voulait changer le mécanisme actuel où c'était désigné par la CSST sans consultation. Est-ce que ça faisait si mauvais que ça pour le travailleur? C'est peut-être la question première qu'il fallait se poser. Est-ce que le mécanisme actuel est si mauvais qu'on doive le changer pour mettre quelque chose?

M. Baril (Arthabaska): C'est parce qu'il y a une divergence d'opinions. Vous, vous dites qu'actuellement le fonctionnement qu'on connaît, tout est désigné par la CSST, c'est parfait, ce n'est pas toujours les mêmes, mais tous les autres qui viennent nous voir disent que c'est toujours les mêmes spécialistes qui vérifient, qui examinent l'accidenté et que c'est là que ça fait problème. Vous autres, vous arrivez avec des chiffres contraires. Vous avez 19 % de désistement. Il faudrait peut-être savoir pourquoi les gens se désistent aussi.

M. Leclerc (Laval): Il faudrait que quelqu'un vous les donne, les vrais chiffres. On est 41. C'est sûr que c'est les mêmes, parmi les 41. C'est sûr qu'il y en a plus que d'autres, 557, 787... 787, c'est le «top», ça. Tous les autres, je parle de ceux de Montréal, par exemple, tous les autres, c'est 400, 300, 200, c'est autour de 250 ou 300, en moyenne.

M. Langlois (Gaétan): Ce n'est pas de ça qu'il parle.

M. Leclerc (Laval): Non, non. Je parle de la liste.

M. Langlois (Gaétan): Non, non. Il parlait de médecins désignés.

M. Leclerc (Laval): Quant aux médecins désignés, personnellement, comme médecin traitant, je pense avoir assez d'expérience pour ne pas me faire dire par la CSST, par une mesure de contrôle administratif... Dans ce sens-là, je trouve que le Collège des médecins a tout à fait raison. On n'est pas là pour contrôler, on est là pour faire de la médecine. Si, moi, je décide qu'un monsieur qui a une épicondylite du coude, je dois l'opérer, que le médecin désigné dise ce qu'il voudra ou qu'il me demande à moi d'avoir l'opinion d'un autre, je pense avoir l'expérience voulue pour ne pas avoir besoin d'un autre. Je n'en tiendrai pas compte puis la CSST va le faire à mon insu. Ils vont le faire pareil si la loi passe.

● (14 h 50) ●

Par ailleurs, et par contre, il y a, dans certains cas... Parce que je suis tanné, à un moment donné, après trois patients à qui je dis: Bien là, il y a une ankylose de la cheville, mais il faudrait bien penser de retourner, là, il faudrait bien penser de consolider ça, cette lésion-là, et qui disent: Je ne retournerai pas au travail tant que ça ne sera pas neuf comme avant. Bien là, au premier, je dis: Écoute, ça ne marche pas de même. Si vous allez au travail, ça va faire du mouvement, ça va mobiliser la cheville, ça va faire du bien. Finalement, à long terme, c'est mieux pour vous. Lui dit: Il n'en est pas question. Le deuxième, je fais la même chose, puis, le troisième, je lui dis: Quand est-ce que tu veux y aller? Quand est-ce que tu veux retravailler? Parce que notre rôle social, il est bien beau, mais je suis là pour traiter le monde, moi. Puis, si les patients ne veulent pas suivre, c'est leur problème, ou c'est le problème de la CSST.

Pour ce genre de patient là, d'avoir quelqu'un qui me dit: Bien là, d'après notre ordinateur, il devient déviant sur le temps que ça prend pour la consolidation d'une entorse, qu'il me dise ça, je suis tout à fait d'accord. Faites-le venir, le médecin désigné, je suis tout à fait d'accord. Ça va nous aider. Comme on le fait à la SAAQ des fois, on dit: Le patient se dit incapable de travailler à ce stade. Le médecin désigné nous suggère une opinion.

Dans ce temps-là, ça va nous aider, ça va aider aussi la CSST. Non pas qu'on veuille que le patient soit normal avant de partir, mais on sait que l'évolution normale de la maladie et dans le contrôle ou dans le type de travail qu'il va faire, ça ne sera pas nécessairement mauvais pour lui.

Le Président (M. Sirros): Merci, M. Leclerc. On va passer au député de LaFontaine qui aurait des questions.

M. Gobé: Merci, M. le Président. Alors, messieurs, il me fait plaisir de vous accueillir à cette

commission, surtout que c'est vers la fin de la commission, donc on a pu entendre un certain nombre de gens qui sont venus avant vous et qui ont fait part de différentes situations, différents problèmes qu'ils connaissaient.

Moi, je suis un peu surpris par votre défense tous azimuts, presque tous azimuts, du BEM. Vous êtes un des rares groupes, à part l'Association des commerçants au détail, je pense, si mes souvenirs sont exacts, qui ont été aussi fortement à défendre le BEM, le reste des groupes allant de problèmes de restructuration ou d'amélioration, jusqu'à l'abolition totale. D'accord? Alors, je suis un peu surpris. Comment se fait-il que vous soyez aussi directs, aussi décidés, dans votre défense du BEM? Est-ce que, au contraire, vous ne pensez pas qu'il y a, dans cet organisme, place à l'arbitraire, place à contestation? Car, si on prend les chiffres... Vous avez donné des chiffres; moi, j'ai d'autres chiffres, et on fait des bagarres de chiffres un peu, ici.

Une fois sur trois, le diagnostic du médecin traitant est infirmé au BEM. D'accord? Trois fois sur quatre, le BEM est en désaccord avec la date de consolidation établie par le médecin traitant. Trois fois sur quatre, le BEM est en désaccord avec la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins. Quatre fois sur cinq, le BEM est en désaccord sur l'existence ou le pourcentage d'une atteinte permanente. Trois fois sur quatre, le BEM est en désaccord sur l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles.

Vous êtes suffisamment au courant, là. Si vous ne l'êtes pas, je serais surpris. Vous savez comme moi que, dans la majorité des dossiers où cette question médicale est soumise à l'approbation ou aux discussions à la CALP, l'opinion du médecin traitant est rétablie par rapport à la décision du BEM. Quand on sait que 87 % des expertises sont faites par des orthopédistes, comment vous expliquez ces chiffres-là? Est-ce que le médecin traitant est quelqu'un qui, au départ, devant le BEM, ne connaît pas ça, ce n'est pas un spécialiste, et puis on s'organise pour le contester? Ou est-ce qu'on a, dès le départ — parce qu'on est spécialiste — une prétention de dire: C'est nous qui connaissons ça, puis, vous autres là, ce n'est pas vous? Ou alors, est-ce qu'il est exact, comme certains reportages ont pu le montrer, à la télévision, entre autres à l'émission *Enjeux*, où des médecins témoignent?

Je vous questionne, là. Je ne vous mets pas en accusation, ce n'est pas un tribunal, ici. Est-il exact qu'il y a là une source de revenus intéressante pour des médecins à la retraite ou une ressource d'appoint pour des médecins, au niveau financier, et que, pour avoir accès à cette manne, il faut plutôt aller dans le sens voulu par la CSST, en ce qui concerne l'élimination, autant que possible, de dossiers qui pourraient coûter cher?

M. Langlois (Gaétan): D'abord, les cas qui arrivent au BEM, ce n'est pas tous les cas. Il y a un paquet d'accidentés du travail qui ne vont jamais en contestation puis qui sont réglés. C'est un pourcentage minime d'accidentés de travail qui se retrouvent au BEM.

Les diagnostics peuvent être modifiés, au BEM, mais ça ne veut pas nécessairement dire justement que le médecin traitant a un diagnostic qui est faux. Des fois, le diagnostic est changé, mais c'est des diagnostics qui peuvent être similaires. Je pense que les médecins traitants, la majorité des médecins traitants ont quand même les connaissances pour être capables de gérer ces dossiers-là puis de poser des diagnostics.

Souvent les cas se ramassent au BEM parce que le traitement se prolonge et puis la date de consolidation tarde à venir. Et puis vous regardez que, dans la majorité des cas, c'est des patients qui ont eu des traitements de physiothérapie qui dépassent de beaucoup les normes qui sont recommandées par le Collège des médecins pour telle ou telle pathologie. On recommande souvent... je ne sais pas, c'est six semaines de physiothérapie pour une entorse lombaire, mais souvent les dossiers qui se ramassent au BEM, c'est un patient que ça fait six mois puis huit mois qu'il est en physiothérapie. Je dirais que la majorité des cas où on s'interroge sur le traitement puis la durée du traitement, il y a une composante de physiothérapie qui est impliquée dans ces dossiers-là.

Ensuite de ça, il ne faut pas penser, aussi, que toutes les décisions qui sont rendues au BEM, ce sont des décisions qui sont rendues en faveur de l'employeur. Je pense que pas loin de la majorité des décisions sont favorables au travailleur aussi. Il ne faut pas penser qu'à toutes les fois qu'il y a une décision qui est au BEM, qui est positive au BEM, c'est pour l'employeur ou pour la CSST. Je pense qu'on a des statistiques qui ont été fournies, aussi, par le Bureau d'évaluation médicale. Moi, j'agis en tant que médecin désigné, dans ma région, et puis je peux vous dire que, je ne sais pas, j'en perds peut-être deux sur six, à peu près 30 % que la décision va contre moi, puis je pense que c'est normal. Moi, je...

M. Leclerc (Laval): Si je peux ajouter d'autre chose là-dessus, c'est que, quand le patient arrive au BEM, il y a déjà deux mois minimum de passés. Alors, le processus évolutif de sa maladie est déjà plus loin. Deuxièmement, il y a le lien de confiance que ce propre médecin traitant, que j'ai, moi-même, comme médecin traitant, avec son patient, existe. Si un patient vient, je le remets, je le consolide telle date, il revient la semaine suivante puis il me dit: J'ai essayé, je ne suis pas capable. Comme médecin traitant, moi, c'est sûr que je vais lui dire: C'est correct, essayons encore un peu de physio ou essayons d'autres traitements, ce qui est normal.

Cependant, si on met quelqu'un... On a une compagnie d'assurances qui veut un certain contrôle. Si vous regardez après ça, vous prenez un évaluateur objectif, soi-disant, puis qui regarde la norme, par exemple, que ce patient-là a eue comme traitement en physio ou en chiropraxie, puis, six mois après une entorse, vous dites: Il y a quelque chose quelque part qui ne va pas. Le médecin traitant a beau dire: Oui, oui, c'est correct, je vois qu'il y a une ankylose, il le voit, qu'il y a une ankylose, mais il n'est pas capable de couper la

relation avec son patient. Ça, c'est certainement une des raisons majeures. L'autre raison majeure... je l'ai oubliée, mais ça va me revenir.

M. Morazain (Louis): Je pourrais peut-être ajouter quelque chose.

M. Gobé: Allez-y, je vous en prie.

M. Morazain (Louis): Je trouve que l'insinuation à propos des dollars reliés à l'opinion est un petit peu défavorable et je ne l'accepte pas. Je ne pense pas qu'aucun des membres du BEM ne va modifier ou donner une opinion parce qu'il veut ravoire une autre demande d'évaluation. Les membres du BEM vont là à titre de médecins experts, indépendants de la CSST, ne veulent pas s'impliquer à savoir est-ce que c'est le patient qui a raison ou c'est l'employeur qui a raison. Ils vont le juger en leur âme et conscience, comme médecins, et sans savoir s'ils vont avoir des cas la semaine prochaine ou ils n'en auront pas la semaine prochaine. Je pense que cette allégation-là est fausse.

• (15 heures) •

M. Leclerc (Laval): À part ça, je reviens sur ce que j'ai oublié, c'est qu'en parlant à tous les évaluateurs du BEM que j'ai rencontrés, je leur ai dit spontanément: D'après vous, combien vous donnez à l'employeur, combien à l'employé? C'est 60-40: c'est 60 % pour l'employeur, 40 % pour l'autre. On a fait une étude en 1995 dont j'ai vu le résultat. Sur 650 cas, je pense, c'était la même chose: 57 %-42 %. Alors, ne venez pas dire qu'on ne prend pas pour l'employé. Comme Gaétan le dit, sur le diagnostic, il y a des choses mineures qui changent. Il y en a un qui appelle ça «entorse lombaire» à droite, puis, à gauche, sur la feuille, on appelle ça «DIM», «déplacement intervertébral mineur», mais c'est finalement la même pathologie appelée de deux noms. Ce n'est pas l'infirmité d'un diagnostic, ça. Il y a un tas de détails comme ça qu'il faut lire.

Quant à la piastre et cenne qu'on dit qu'on fait avec ça, ça ne nous inquiète pas pantoute. Appelez ça de l'«arbitrage médical», appelez ça une «évaluation médicale» comme avant, appelez ça n'importe quoi, vous allez toujours avoir besoin d'un expert médical et de plus en plus. Vous allez être obligé de le payer pour sauver puis pour contrôler ce que l'assurance donne, en l'occurrence la CSST. Qu'on ne vienne pas me dire qu'on fait de l'argent avec ça. On fait de l'argent avec ça, bien sûr, mais ça représente quoi? 5 %, 10 % au maximum. Puis, si vous prenez votre Commission des affaires — je ne sais pas quoi, là — des lésions professionnelles, vous imaginez-vous ce que ça coûte? 5 000 \$, possiblement, minimum pour chaque cas. Un cas complexe, 10 000 \$ chacun, avec tout le personnel que vous avez là. Vous avez affaire à une lésion médicale encore quand vous êtes rendu là. Ce n'est pas une question de savoir si c'est l'employé, si c'est son syndicat, si l'employé va être protégé. L'employeur va protéger ses pénates aussi. Ce n'est pas ça, l'idée, là, c'est de

savoir si, honnêtement, ce monsieur-là a droit à une lésion médicale et qu'on la reconnaisse. C'est ça qu'il faut décider.

M. Gobé: Là, je pense que vous venez de m'ouvrir la question suivante et je vous en sais gré. Vous avez raison, lorsqu'on arrive au tribunal de dernière instance, c'est encore une lésion médicale qu'on a à juger, et, là-dessus, je pense que l'ensemble des groupes, quasiment l'ensemble des groupes, particulièrement les représentants des groupes de travailleurs, mais aussi de certains patrons, comme la Fédération de l'entreprise indépendante qui est venue nous voir, remettent en cause ce qu'il y a dans le projet de loi du ministre, soit le paritarisme sur la CLP, la Commission des lésions professionnelles, arguant — et c'est notre position à nous, ici aussi, à l'opposition — qu'un tribunal de dernière instance — on parlait d'un tribunal à la limite, là, hein — qui a à juger sur des causes se doit d'être impartial. Le Barreau l'a fait valoir. Vous avez peut-être vu les mémoires. Le Barreau a même été jusqu'à dire que ça irait à l'encontre de l'article 23 de la Charte des droits et libertés.

Vous, vous nous dites, avant même que je ne vous questionne, que, en dernier recours, c'est encore une lésion médicale qu'on a à juger et que ce n'est pas une question de relations de travail, que ce n'est pas une question de syndicat ou de patronat. Là-dessus, moi, j'en suis et je pense que, du côté des travailleurs, on en est aussi. À ce moment-là, est-ce que vous êtes en faveur, dans le projet de loi, du paritarisme en ce qui concerne la CLP ou est-ce que vous préféreriez qu'il y ait là quelque chose de différent? Est-ce que ça serait comme, actuellement, ce qu'il y a à la CALP...

M. Langlois (Gaétan): Je ne suis pas sûr qu'on...

M. Gobé: ...avec possibilité d'avoir des assessseurs médicaux, ou ça serait autre chose? Alors, vous avez trois possibilités, là.

M. Langlois (Gaétan): Je ne suis pas sûr qu'on ait, nous, en tant que médecins, la compétence de se prononcer sur une question comme ça. Nous, ce qu'on est venus vous dire, c'est qu'on pense qu'un problème médical, quand il y a un litige entre deux diagnostics ou deux positions diamétralement opposées, ça nécessite qu'on ait un examen médical effectué par un médecin. Pour ce qui est des commissions d'appel, je ne suis pas préparé à vous répondre à cette question-là et je...

M. Gobé: Bien, en terminant, parce que ma question, elle est très claire, est-ce que, à la fin, pour juger d'une lésion médicale, ça doit être des représentants: un commissaire nommé par le ministre, un représentant nommé par un syndicat et un représentant nommé par un employeur qui tranchent et pas forcément des médecins, ou des avocats, ou des notaires? Est-ce

que ces gens-là — c'est ça que je pense que vous disiez — ont qualité pour juger et trancher sur une lésion, sur un retour au travail, sur une indemnité due ou liée à un problème physique, donc médical?

M. Langlois (Gaétan): Moi, je pense que...

M. Gobé: Donc, vous êtes interpellés là aussi parce que ce n'est plus vous qui décidez. Ça peut être le représentant du patronat ou celui du syndicat, ce n'est plus le médecin, là.

M. Leclerc (Laval): Mais c'est le problème de la CSST au départ. Vous partez paritaires. Au bout de la ligne, vous vous sentez le besoin d'être paritaires.

M. Gobé: Pas nous, mais lui.

M. Leclerc (Laval): Non, non, mais c'est ce que...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Leclerc (Laval): Vous, je ne sais pas.

M. Gobé: Non.

M. Leclerc (Laval): Non. Vous sentez le besoin d'être paritaires, mais ce n'est pas facile à gérer, ça, une patente de même. Puis ça fait 30 ans que je la vois, là, brasser de tous les bords, puis on revient toujours aux mêmes questions de base. Puis ce n'est pas nouveau, ça. À chaque fois qu'on présente un papier, nous autres, scientifiques, on marque: Résultat de l'opération sur l'épicondylite du coude. Première série de patients: 30 patients du CSST et 40 patients non CSST. Pourquoi on fait ça? Ce n'est pas par biais, ce n'est pas parce qu'on ignore ou qu'on lève le nez sur la CSST, c'est parce que, de fait, le patient sur la CSST est un patient différent qui réagit différemment. Il réagit différemment pourquoi? Parce que, moi-même, si je vais faire du ski de fond, comme j'y suis allé hier, puis que je reviens avec tout plein de muscles endoloris, je n'ai pas une enthésopathie, comme les fancies de France disent, mais j'ai mal aux muscles, hein? Bien, si je suis payé puis que je suis payé à 90 %, puis que, en plus, j'ai mon assurance qui couvre, puis mon assurance-hypothèque, puis toute la patente, je vais rester chez nous. Mais c'est normal que je pense ça. Psychologiquement... Je m'excuse?

Une voix: C'est épouvantable!

M. Leclerc (Laval): C'est épouvantable? J'en ai entendu des bien plus épouvantables que ça dans les journaux.

Une voix: Il y a juste les professionnels de la santé qui sont...

M. Leclerc (Laval): Écoutez-moi. Écoutez, laissez-moi finir!

Le Président (M. Sirros): Les membres de l'auditoire, je vous prierais de garder le silence, s'il vous plaît.

M. Leclerc (Laval): Merci, M. le Président. Non, mais écoutez, ce n'est pas un réflexe pour lequel j'ai du dédain. Moi-même, je vois des patients référés par d'autres orthopédistes — parce que j'ai une surspécialité — et je me fends en quatre pour essayer, sur un patient qui a une lésion depuis deux ans, de trouver le bobo, de l'aider, mais, en même temps, je me retiens un peu pour me dire: Jusqu'à quel point c'est devenu une sinistrose? Jusqu'à quel point il y a un élément psychologique dans le dossier? Jusqu'à quel point je risque de lui faire du tort? C'est la réalité, ça. Et, je vais vous dire plus que ça, j'ai eu quatre patients il y a quelques mois, quatre problèmes de la cheville. J'ai accepté d'aller plus loin, d'investiguer plus loin. J'étais tellement convaincu de vouloir aider que, pour deux sur quatre, j'ai aidé. J'étais content, mais il y en a deux sur quatre que je n'ai pas aidés. Non seulement je n'ai pas aidé, mais j'ai fait une opération d'exploration, par exemple, à la cheville qui n'a mené à rien.

Ça prouve quoi? Ça ne prouve pas que la CSST ou le patient de la CSST ou en lésion professionnelle est méchant, ça ne prouve pas que le docteur est méchant, ça prouve qu'il y a toute une mécanique, une dynamique derrière dont il faut se méfier puis dont il faut tenir compte. Puis, pour revenir à mon exemple de tantôt, je parle des patients de la CSST parce que, même si vous voulez vous mettre la tête dans le sable, même si le syndicat veut les protéger... C'est son droit de les protéger, mais le syndicat, il ne paie pas, par exemple, il les protège, comme nous, dans notre Association, on veut protéger nos membres, bien sûr, mais on veut aussi rechercher la vérité, comme eux veulent le faire. Alors, je pense qu'il faut arrêter de se mettre la tête dans le sable puis admettre ces faits-là. Que vous brassiez la structure d'un bord puis de l'autre, si vous faites disparaître le BEM... Vous dites qu'on est pour le BEM. On n'est pas nécessairement pour le BEM. On était à l'arbitrage médical, on était à l'évaluation médicale, appelez ça comme vous voulez, ça n'a aucune importance dans notre esprit, excepté que la structure du BEM des dernières années, et particulièrement avec les efforts des dernières années, pour nous, a performé très bien, puis les quelques patients qui se sont plaints — peut-être avec raison, mais ça, c'est à la corporation, au Collège des médecins de le voir — au départ, c'étaient des patients avec des dossiers souvent hauts de même, puis, au départ, ils avaient des raisons d'arriver, comme Gaétan dit, devant le juge puis d'être un peu réticents puis de nous checker. Il faut aussi tenir compte de cette réalité-là.

Le Président (M. Sirros): Merci. M. le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. Dans ce que nous avons vécu en commission depuis le début — et nous écoutons plusieurs groupes — évidemment, il y a le problème de liste et du médecin traitant. Et vous avez soulevé tantôt un des problèmes, que j'ai déjà mentionné d'ailleurs, où le médecin traitant ne voudra pas couper le lien avec son patient. Par ailleurs, on entend l'autre côté: C'est les médecins qui sont sur la liste, puis, pour eux autres, c'est payant, puis on va revoir ça de sorte qu'ils s'assurent que ce groupe-là est un groupe identifié. Dans une des listes qu'on avait, sur 154 médecins, si je me souviens bien — je cite ça de mémoire, là — il y en avait 57 qui étaient des orthopédistes. Bon, ça m'apparaît normal qu'il y ait plus d'orthopédistes, puisque c'est souvent du musculo-squelettique. Et nous en avons discuté au cours de cette commission à plusieurs reprises, et j'aimerais savoir votre opinion là-dessus. À cause des conflits que vous soulevez, que ce soient les médecins sur la liste ou que le médecin traitant qui ne veut pas couper le lien...

• (15 h 10) •

M. Leclerc (Laval): Pardon, j'ai compris que, nous, on soulève?

M. Beaudet: Non, non, qui sont soulevés.

M. Leclerc (Laval): Ah, qui sont soulevés.

M. Beaudet: Pas vous personnellement. Et on avait mentionné la possibilité d'avoir des bureaux de médecins du travail qui soient complètement autonomes, séparés de la CSST, séparés des médecins traitants, avec l'obligation pour le travailleur accidenté de se présenter à ces bureaux-là à la première possibilité — évidemment, si le bureau est fermé le dimanche, il ne pourrait pas y aller; il irait le lundi matin — et avec l'obligation pour ce bureau-là, évidemment, de diagnostiquer le malade, de le traiter, de l'évaluer, de le suivre, son évolution, sa physiothérapie et de le retourner au travail le moment venu.

M. Langlois (Gaétan): Vous parlez, là, de l'équivalent des cliniques pluridisciplinaires.

M. Beaudet: Multidisciplinaires qui pourraient inclure... Puis, d'ailleurs, je n'ai pas compris ce que le ministre a soulevé, parce que souvent le ministre, il a des problèmes d'audition. Il a des problèmes d'audition parce qu'il vous a accusés de ne pas vouloir avoir les chiros. Je n'ai pas entendu ça dans votre mémoire. Ça n'exclut rien. Il peut y voir des chiros, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes.

Une voix: Je vous remercie. L'opposition, c'est de quel bord? Ah! c'est là.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Beaudet: Aviez-vous des doutes? Alors, je pense que, dans cette situation-là, ça pourrait être une

clinique multi ou un bureau multidisciplinaire, mais avec une spécialité de médecine du travail, où le travailleur accidenté ne serait pas brimé dans ses droits, verrait à avoir toute son évaluation et son suivi d'une façon gratuite, puis, s'il a à aller en appel, bien, il n'aurait pas à payer, parce que, là, il est pris pour déboursier souvent, ce qui est inéquitable pour lui.

Le Président (M. Sirros): La question est posée, mais on a à peu près deux minutes qui restent pour la réponse.

M. Langlois (Gaétan): Je pense que vous parlez de cliniques multidisciplinaires que vous voudriez implanter à peu près dans tous les hôpitaux. Moi, je pense que le médecin traitant a quand même accès à toutes les consultations qu'il veut, toutes les consultations spécialisées. Il peut envoyer son patient en neurochirurgie, en orthopédie, en ergothérapie et en physiothérapie. Je pense qu'en médecine on s'en sert de l'évaluation multidisciplinaire pour des cas qui sont complexes. Pour les cas de cardio qui sont complexes, on fait des évaluations multidisciplinaires; pour les cas de cancer, pour les gros polytraumatisés. Les accidentés du travail, c'est habituellement des monotraumatismes: une fracture de la jambe, une entorse lombaire, une tendinite. Il me semble que d'envoyer un monotraumatisme dans une clinique multidisciplinaire, c'est prendre un petit problème puis lui accorder une importance énorme, et puis, moi, je pense qu'on ne rend pas service. C'est comme médicaliser davantage un problème qui est petit, là. Je ne vois pas la pertinence, moi, d'avoir des cliniques multidisciplinaires aux quatre coins de la province.

M. Leclerc (Laval): Vous avez 130 000 accidentés, vous en avez 8 000 qui vont au BEM. Et peut-être que, parmi ces 8 000 là, on pourrait en éliminer la moitié, j'en suis sûr. Seulement si on se concertait, si on nous demandait, on pourrait en éliminer 4 000, j'en suis convaincu, du jour au lendemain, à concilier puis à donner un peu plus de valeur à l'évaluateur médical de la CSST, entre autres. Quand ils ont été là, il y a des bouts que ça allait mieux. Mais mettons qu'il en reste 4 000. Parmi ces 4 000 là, il y a des cas complexes. Les cas complexes, que vous fassiez des équipes multidisciplinaires avec, possiblement. Le PER, au centre Charon, c'était ça. Les autres cliniques qui ressemblent à ça, c'est la même chose. Mais d'aller systématiquement direct à un comité multidisciplinaire comme celui-là, non seulement ça coûte plus cher, parce qu'il y a plus qu'un médecin là-bas qui est servi, là... Puis, si vous voulez parler de piastres, vous allez en nourrir trois au lieu d'un, puis ce n'est pas nécessairement utile.

Les cas complexes, par exemple un cas neurologique, une hernie discale, où le neurochirurgien a un mot à dire, le chiro peut avoir un mot à dire, le médecin peut avoir un mot à dire — j'ai dit chiro? — le chiro peut dire quelque chose là-dessus aussi, ceux-là pourraient peut-être être orientés vers une clinique

multidisciplinaire. Dans le fond, le problème est simple dans tout ça. C'est juste cette catégorie de patients là, puis le meilleur service que vous pouvez faire au patient, c'est d'avoir un assesseur ou un expert médical objectif. Assurons-nous de son objectivité.

Il y a une autre chose, moi, qui m'agace beaucoup quand je fais une évaluation au BEM, c'est de voir que là...

Le Président (M. Sirros): Rapidement, s'il vous plaît.

M. Leclerc (Laval): On a un petit papier. C'est marqué «tendinite». Pardon?

Le Président (M. Sirros): Rapidement, parce que le temps...

M. Leclerc (Laval): O.K. C'est marqué «tendinite» à gauche pour le médecin traitant, puis, à droite, j'ai quatre pages d'un médecin de l'employeur qui, souvent, est biaisé. Pas souvent, mais, en tout cas, qui peut être biaisé, excusez-moi. Puis là on a à juger entre les deux, puis on dit: Il y a 60 % qui va du côté de l'employeur. Bien, c'est peut-être aussi parce qu'on aurait besoin de plus de renseignements du côté du médecin traitant. Puis on n'a pas besoin d'un médecin désigné pour ça.

En B.C., ils ont demandé, pour 100 \$, ou 200 \$, un rapport très détaillé au médecin traitant. En un mois, ils ont sauvé 2 000 000 \$, qu'on me dit. Pourquoi? C'était le même médecin, c'était la même chose, excepté qu'ils ont demandé, en dedans d'un mois ou trois semaines, au médecin traitant: Donne-nous exactement le diagnostic, pourquoi c'est comme ça, les signes puis les limitations fonctionnelles. Ça, ça va vite. Ça, c'est efficace puis c'est simple. Il me semble que c'est bien plus simple, en tout cas, qu'une commission des affaires, des lésions... En tout cas, l'affaire, là.

Des voix: Ha, ha, ha!

Le Président (M. Sirros): Avec ça, on doit vous remercier pour votre présentation. Le temps à notre disposition est terminé. Et j'aimerais inviter aussitôt que possible la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec à prendre place, s'il vous plaît.

Si les députés pouvaient prendre leur place, on pourrait poursuivre nos travaux, M. le ministre.

Alors, on va suspendre quelques minutes.

(Suspension de la séance à 15 h 18)

(Reprise à 15 h 21)

Le Président (M. Sirros): Alors, j'aimerais accueillir la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, en vous demandant de vous identifier et de

procéder à la lecture de votre mémoire, s'il vous plaît.

**Fédération des infirmières
et infirmiers du Québec (FIQ)**

Mme Skene (Jennie): Alors, bonjour. Je suis Jennie Skene, présidente de la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec. Je suis accompagnée, à ma droite, de Mme Anne Gagnon, qui est secrétaire adjointe à l'exécutif et responsable du dossier de santé et sécurité, et, à ma gauche, de Lucille Auger, qui est conseillère au secteur santé et sécurité à la Fédération.

Alors, on est heureuses de se retrouver ici aujourd'hui bien que je croie que, à la lumière de ce que je viens d'entendre, on ne vous apprendra grand-chose de neuf, là, avec toutes les discussions que vous avez eues jusqu'à maintenant et compte tenu qu'on passe quasi en fin de processus. Mais je pense que c'est important qu'on vous livre la vision des choses qu'on a.

La Fédération regroupe plus de 44 000 infirmières qui sont réparties un peu partout à l'échelle du Québec. Nous regroupons 95 % des infirmières qui sont syndiquées. Comme on oeuvre dans le domaine de la santé, on a plus de 1 000 de nos membres qui sont infirmières en santé et sécurité du travail dans le réseau des CLSC. Donc, on a un intérêt particulier et comme travailleuses qui peuvent subir des lésions, mais aussi comme intervenantes en santé qui sont impliquées à différents niveaux dans le processus de prévention, entre autres.

On a choisi, nous, de cibler plus particulièrement notre présentation sur trois grands points. Je ne vous ferai pas de lecture, je vais les situer rapidement et succinctement, et on pourra répondre après ça à vos questions. Les trois points principaux, selon nous, étaient le Bureau d'évaluation médicale, l'abolition du BRP et la création d'une nouvelle Commission des lésions professionnelles, dont nous allons traiter de deux parties plus particulièrement.

Je pense que, parce qu'on passe derrière des médecins orthopédistes, le processus d'évaluation médicale a été vu d'une lumière qui est tout à fait différente de celle que, nous, on peut vous apporter aujourd'hui. Nous, on l'amène du point de vue des travailleuses et des travailleurs qu'on représente qui sont aux prises avec des contestations, qui se retrouvent souvent devant le Bureau d'évaluation médicale, et c'est donc de ce point de vue là qu'on va faire nos représentations. Ce qu'on avait constaté jusqu'à maintenant, c'est que la procédure d'évaluation médicale, selon nous, était boiteuse, et il nous apparaît qu'elle va maintenir sa boiterie pour les prochaines années si on va dans le sens qui est donné dans le projet de loi n° 79.

Depuis la création de la CSST, les organisations de travailleuses et de travailleurs, dont la nôtre, avons très, très largement demandé que l'opinion du médecin traitant soit la prédominante dans tout le dossier d'un

accidenté du travail, et il nous apparaît que, encore aujourd'hui, malgré les modifications qui sont apportées, on ne lui donne pas suffisamment de valeur. Il nous apparaît que le médecin qui prend en charge une travailleuse accidentée doit faire face, malgré les modifications qui sont apportées, à un dédale possible de contestations de toutes sortes qui risque d'en décourager plus d'un à vouloir réellement accepter la clientèle de travailleuses et de travailleurs accidentés.

Quand on regarde le processus qui est mis de l'avant, vous vous présentez comme travailleur accidenté devant votre médecin de famille si vous êtes dans des délais, là, où il est rejoignable rapidement. Dans le cas des travailleuses qu'on représente, comme on est en milieu hospitalier, la plupart du temps, c'est à l'urgence qu'on aboutit parce qu'on vient de se blesser en levant un malade, ou en tournant un malade, ou de se piquer sur une unité de soins puis on descend carrément à l'urgence ou à la clinique externe. Mais je pense que c'est un processus qui est particulier au fait qu'on travaille directement dans le milieu hospitalier. Plus largement, les gens vont aller voir leur médecin de famille, et là, bien sûr, tout le processus qui s'enclenche, quant à nous, donne peu de possibilités au médecin traitant d'être entendu réellement et respecte peu le choix de l'individu.

Avec la nouvelle loi, on sait que la CSST peut contester, que l'employeur peut contester. On ne nie leur droit de le faire, mais ce qu'on dit, c'est qu'un délai de cinq jours pour un médecin traitant pour se choisir un expert pour un domaine qui est spécialisé — parce qu'on sait qu'il y a un très grand nombre de dossiers qui se règlent d'emblée, mais que ceux qui sont contestés, souvent, vont l'être sur plusieurs éléments — pour faire un choix du médecin le plus approprié, c'est très peu de temps. Il nous apparaît aussi que le médecin expert qu'on choisira n'a pas nécessairement, dans le délai de 15 jours qui lui est imparti, le temps de rencontrer le client qu'on lui réfère.

Vous savez, j'écoutais les médecins qui étaient ici présents — et je connais bien le Dr Laval Leclerc pour avoir travaillé avec lui à l'Hôpital de L'Enfant-Jésus — s'ils sont en processus ou si c'est la semaine où ils opèrent le plus, les journées où ils opèrent le plus, donc où ils font le moins de bureau, bien, pour la personne qui va être référée, ce n'est pas évident que, dans les délais qui sont donnés là, on va pouvoir avoir une expertise médicale complète parce que ça peut supposer aussi des examens qui entourent ça, des radiographies ou d'autres types d'examens. Donc, c'est très très clair que pour nous les délais sont très courts. On est tout à fait d'accord avec un processus qui accélère la machine, parce que des travailleurs qui attendent pendant de longues années, c'est inacceptable, mais on pense que, si on veut une réelle expertise, qui soit étoffée, qui soit crédible, il faut un minimum de temps.

Puis ce qu'on nous dit en toute fin, c'est que, s'il subsiste une divergence, encore une fois, on va se ramasser devant le Bureau d'évaluation médicale. Ce qui

nous apparaît, c'est que ce phénomène-là d'expertise—contre-expertise qu'on vivait jusqu'à maintenant va continuer de se vivre, et il nous apparaît que les argents qui sont investis là-dedans ne le sont pas à meilleur escient. Même si les délais, comme on l'a dit précédemment, ont pu être raccourcis, il nous apparaît que, pour un très grand nombre de dossiers, si on avait pu prendre en considération d'une meilleure manière l'évaluation du médecin traitant et de l'expert qu'il aura choisi, on aurait, dans la majorité des cas, pu arrêter la procédure là.

Nous, ce qui nous apparaît aussi extrêmement important, c'est quand on se promène d'un expert à l'autre et qu'on met de côté le médecin traitant. Parce qu'on est infirmières, peut-être que ça nous apparaît encore plus important, mais il y a une relation qui s'établit quand vous êtes malade, quand vous êtes blessé, entre vous et votre médecin. Si on vous réfère à un médecin spécialiste, que votre propre médecin a fait un choix, il y a un lien de confiance, déjà, au départ, qui va être plus grand que si on vous réfère à n'importe qui, et pour nous c'est un item qui est fondamental, le choix du malade à son médecin et de respecter le choix de mon propre médecin dans le cas de l'expert à qui il veut me référer.

La difficulté qu'on voit, comme je vous le disais, c'est le fait que plusieurs médecins déjà — on le vit déjà — nous disent: Nous ne voulons plus prendre de cas de CSST à cause des contestations multiples, du temps que ça demande, de la paperasse que ça impose. Ils ne veulent plus prendre de cas de santé et sécurité du travail.

Mais il y a aussi un autre tableau: plusieurs travailleuses et travailleurs, souvent, on le vit de plus en plus, on le voit dans nos hôpitaux, ne déclarent pas leurs accidents de travail et, carrément, demandent à leur médecin de famille un billet médical et se mettent en assurance-salaire. Alors, les coûts qui vont diminuer à la CSST, bien sûr, ils vont diminuer à la CSST, mais nos employeurs ce sont aussi... On fait partie de l'appareil d'État, donc on va payer par une autre poche ce qu'on n'aura pas payé en CSST. On n'aura pas le portrait réel non plus de la situation de la santé au travail dans le milieu hospitalier.

● (15 h 30) ●

Donc, il nous apparaît que ces étapes-là ne sont pas nécessaires, et, nous, carrément, ce qu'on demande, c'est que le médecin traitant, on lui redonne sa pleine et entière crédibilité, sa pleine autorité. On demande carrément d'abolir le Bureau d'évaluation médicale, d'abolir la liste des professionnels de la santé. Ça m'a frappée tout à l'heure, quand j'entendais dire que, non, on fait ça... Bien sûr qu'on a un revenu quand on fait des évaluations médicales, puis c'est tout à fait normal. On ne demandera à personne de faire du bénévolat. Et, dans le cas du travailleur qui conteste ou qui se dit incapable de retourner au travail, bien, on nous dit: Il y a des abuseurs dans le tas. Alors, je pense que, si on y va par la voie et la lorgnette des abuseurs, on fait fausse route. Ce

n'est pas vrai pour l'ensemble des médecins, ce n'est pas vrai pour l'ensemble des travailleuses et des travailleurs. Au contraire, la majorité, l'objectif qu'ils ont, c'est, le plus rapidement possible, de retourner au travail, et il ne faudrait pas complexifier les mécanismes pour des cas d'exception. À l'intérieur des situations complexes, ceux qui réellement ne veulent pas retourner au travail, c'est l'exception de l'exception. Et je pense que ça, il faut s'enlever ça de la tête; dans notre société, on est porté à traiter les abuseurs comme s'ils étaient une généralité. Ça n'est pas vrai pour les travailleurs et les travailleuses et ça n'est pas vrai pour le reste de la population dans n'importe quel autre domaine. Les abuseurs, ils sont toujours une minorité, et on doit faire les lois pour la majorité à qui elles s'appliquent.

Que, dans tous les cas où une expertise médicale est nécessaire, le médecin traitant réfère à un expert de son choix: Mon malade a tel phénomène, tel problème, je le réfère à un médecin spécialiste qui va aller plus loin dans l'expertise, qui va pouvoir détailler. Justement, on voit que les orthopédistes en font beaucoup d'évaluations, les physiatres aussi, bien, ils vont pouvoir aller plus loin, me suggérer, comme médecin traitant, un traitement qui va faire en sorte que mon malade, le plus rapidement possible, puisse recommencer à travailler.

Que toute contestation du diagnostic médical fait par la CSST ou l'employeur soit référée directement à la Commission des lésions professionnelles et que, tant et aussi longtemps qu'elle n'a pas statué, on maintienne le diagnostic du médecin traitant.

L'abolition des bureaux de révision paritaire. Je vous dirai que, nous, ça fait un bon bout de temps qu'on se dit que c'est une structure coûteuse, et la moitié des dossiers qu'on y envoie se ramassent de toute façon à la CALP actuellement. Donc, s'il y avait un meilleur mécanisme avant, une réelle prise en charge au moment où les accidents se produisent, il nous apparaît qu'on peut facilement... on est d'accord avec l'abolition du bureau de révision paritaire. Mais le choix qu'on fait d'une espèce de structure hybride où on va se parler par papier interposé, ça nous apparaît, nous, inefficace. Au lieu de mettre les deux parties en face l'une de l'autre pendant une heure et demie, deux heures à se parler dans le casque, on va peut-être prendre trois ou quatre jours à écrire ce qu'on veut pour étoffer le dossier. Vous savez qu'en BRP on n'est jamais très longtemps devant le tribunal, hein? C'est une heure, une heure et demie, deux heures, puis ça roule rondement.

Donc, là, on va mettre ça sur papier. Est-ce que, moi, je vais avoir accès aux notes de l'autre partie pour pouvoir réagir et venir contredire ou renforcer des éléments de preuve qui auraient été mis de l'avant? Nous autres, on pense que la paperasserie, si on veut l'éliminer, l'idéal, ce serait justement de mettre ça de côté et on dit que ce processus-là, qui apparaît moins judiciaire, au contraire, à l'usage, va faire en sorte qu'il ne réglera rien et qu'il va faire perdre du temps à tout le monde et qu'on n'aboutira pas à une réelle déjudiciarisation. Donc, ce qu'on dit, c'est qu'il faut abolir le comité

paritaire et que les demandes de révision s'en aillent directement à la Commission des lésions professionnelles.

On parle aussi d'éliminer les tables de révision prévues à 358 et suivants, etc., mais je vous ai dit que je n'irais pas dans le détail. La Commission des lésions professionnelles en remplacement de la CALP, on comprend que, s'il n'y a plus de BRP, il ne peut pas y avoir une commission d'appel, comme on la nommait avant. Nous, ce qui nous fait problème, c'est deux ou trois points particulièrement. Premièrement, la structure paritaire, on pense que c'est une perte de temps. On est rendus à l'étape où il y a une décision finale qui doit être prise. Dans plusieurs des nos tribunaux d'arbitrage, à d'autres niveaux, on a choisi, pour certains dossiers, d'aller devant un arbitre unique. Justement, les concurrences de dates, et tout, ça ralentissait les processus, et, comme, régulièrement, les personnes qui étaient de notre côté, du côté syndical, et les personnes qui étaient là pour représenter les employeurs, on s'entend qu'on ne s'entend pas, alors c'est l'arbitre, finalement, le commissaire qui avait à trancher les décisions, et, nous, il nous apparaît que... N'ajoutons pas de personnes, allons-y carrément avec un commissaire qui a un pouvoir de décision, puis passons tout de suite sur le fond du dossier.

L'autre point qui nous accroche, c'est le fait qu'on transfère l'actuelle CALP, qui a une nouvelle appellation, sous la responsabilité du ministère du Travail. Il nous apparaît, au-delà de M. le ministre qui est ici, que ce ne serait pas donner réellement publiquement, officiellement, une apparence de justice suffisante et qu'il faut maintenir la division qu'il y a actuellement. La CALP relève du ministère de la Justice. Il nous apparaît que c'est souhaitable, si on veut lui garder une crédibilité, qu'elle ne soit pas entachée, et je pense que, pour les travailleurs qu'on représente, c'est un élément important. Ça ne veut pas dire qu'il y aurait une différence dans les décisions, mais vous savez que l'apparence de justice, c'est aussi important que la justice elle-même.

L'autre point, c'est qu'il nous apparaît que les mandats des commissaires sont très courts. On sait que, quand on nomme des commissaires, il y a toujours — on l'entend dans la population en général, on l'entend dans tous les milieux — une espèce de bargaining qui se passe, qui laisse supposer ou qui laisse penser à tort ou à raison que les personnes ne sont pas nécessairement déconnectées de la structure politique. Si on ne leur donne pas un mandat suffisamment long, il nous apparaît qu'ils seront soumis beaucoup plus facilement aux aléas des changements politiques, alors que, si on les nomme pour une durée beaucoup plus longue — qui nous apparaît, nous, raisonnable, de 10 ans — on leur laisse les mains libres. Quand ils auront été nommés, ils seront là pour les 10 prochaines années à moins, bien sûr, de faute grave, mais ils seront là pour un bon bout de temps.

L'autre point qui ne nous apparaît pas essentiel dans ce qui est amené comme projet de loi, c'est

l'exigence d'être avocat pour être à la Commission des lésions professionnelles. On comprend que c'est un tribunal administratif, mais qui a des pouvoirs quasi judiciaires dans la manière dont il rend des décisions qui sont finales, mais il nous apparaît qu'il y a des personnes d'autres formations qui ont une expertise très grande en santé et sécurité — le Dr Leclerc dirait un orthopédiste — qui pourraient aussi agir à titre de commissaires dans le cas de la Commission des lésions professionnelles.

Aussi, ce qu'on vous dit, c'est que, nous, on souhaite que la Commission fonctionne un peu sur le même principe, qu'elle soit sous la responsabilité du ministère de la Justice, avec des mandats de 10 ans pour les commissaires, que les bureaux de la CSST — ah! j'ai oublié de le mentionner en cours de route — soient indépendants de ceux de la CLP, autrement dit que tout le monde ne soit pas dans le même bureau. Et, nous, ça nous apparaît important aussi. Il y a des liens qui se nouent — même si on dit que non — à d'autres niveaux, et, si on veut vraiment qu'il y ait une autonomie réelle, pleine et entière à la Commission des lésions professionnelles, il nous apparaît que l'idéal, c'est qu'elle ne soit pas dans les mêmes bureaux que la CSST. Et que l'accès au poste de commissaire soit ouvert à toute personne qui répond aux critères d'expérience et d'expertise requis par la loi, compte tenu du mandat qui est confié à la Commission des lésions professionnelles.

Il y a un autre point sur lequel je voudrais attirer votre attention et qu'on n'a pas intégré à l'intérieur de notre mémoire, qui n'était pas touché par le projet de loi, mais qu'il nous apparaît de vous mentionner. Je vous disais au tout début que nous représentions plus de 1 000 infirmières qui travaillent dans le milieu des CLSC particulièrement — parce que celles en industrie ne sont pas nécessairement syndiquées avec nous — et, donc, ces infirmières-là sont appelées, dans le cadre de leur travail, à travailler avec des médecins qui sont responsables des services de santé d'établissements pour établir des programmes de santé, et, dans un très grand nombre de cas — et les médecins nous le disent aussi — c'est l'infirmière qui fait le travail, mais elle n'a pas le droit de mettre sa signature en bas du document, et il nous apparaît que c'est un moyen, selon nous, qui pourrait permettre, dans certains cas, d'éviter un dédoublement, que des infirmières puissent, dans des milieux de travail, être responsables des services de santé. Elles ont la capacité de faire l'évaluation, l'expertise de faire les programmes, de monter des programmes, mais elles n'ont pas l'autorisation à cause du cadre de la loi où on dit que c'est le médecin qui peut signer ça, même si c'est l'infirmière qui l'a préparé. Alors, c'est un point, nous, qui nous est amené par les infirmières qui travaillent au quotidien dans le réseau, qui touche beaucoup plus le travail de prévention et d'investissement en santé et sécurité et qu'on tenait à vous mentionner par la même occasion.

Le Président (M. Sirros): Merci beaucoup. M. le ministre.

M. Rioux: Merci, M. le Président. Un autre groupe qui veut aller jouer dans le champ de pratique des docteurs.

Mme Skene (Jennie): Jamais de la vie.

M. Rioux: Ça ressemble à ça pas mal.

Mme Skene (Jennie): Pas du tout.

M. Rioux: Quand on examinera toute la question des groupes prioritaires, madame, on pourra regarder ça, ce que vous soulevez. Mais vous savez qu'ils sont chatouilleux, hein? Ils ont un champ de pratique qui est exclusif, etc...

Mme Skene (Jennie): Vous avez raison, mais, avec eux, on a...

M. Rioux: ...comme disait un de mes amis, ils traitent ça, eux autres, ex cathedra, en dehors de la cathédrale.

Mme Skene (Jennie): Mais, pour en avoir discuté avec certains, je vous dirais qu'il y en a beaucoup qui sont ouverts à ça, parce qu'ils le vivent déjà sur le terrain. On ne s'obstine pas sur les diagnostics à ce moment-là.

• (15 h 40) •

M. Rioux: Là n'est pas mon propos, fort heureusement. On aura l'occasion d'y revenir. J'avais hâte de vous entendre pas mal parce que je sais que c'est un aspect de la vie québécoise qui vous intéresse beaucoup, toute la question de la santé et sécurité au travail, la façon de gérer ce que j'appelle la loi et les mécanismes qu'on met en place. Mais, sur l'évaluation médicale, vous semblez tout mettre dans le même panier: les contestations de l'employeur, les demandes d'avis, les contestations de la CSST, le BEM, etc. Vous souhaitez la prépondérance absolue du médecin traitant puis, évidemment, sur le même voyage, l'abolition du BEM. Ça fait tout un nettoyage de la place. Vous laissez des vides dans votre sillage.

Mme Skene (Jennie): Je n'en suis pas certaine.

M. Rioux: Sur le nouveau tribunal, vous êtes d'accord avec l'abolition d'un palier, Dieu merci, soit le bureau de révision — d'ailleurs, c'est une position qui était connue chez vous depuis un certain temps — tout en manifestant votre opposition aux modalités prévues dans le projet de loi. Il n'y a pas grand-chose, à vos yeux, qui résiste dans ce projet de loi là. Mais, sur la question médicale, puisque c'est de ça dont il est surtout question évidemment, vous souhaitez que ce soit tranché devant un nouveau tribunal que le BEM, un nouveau mécanisme qui va faire ce genre d'arbitrage là ou est-ce que je dois comprendre que vous laissez tout ça entre les mains du médecin traitant? Expliquez-nous ça parce que, là, il faut qu'on se comprenne un peu.

Mme Skene (Jennie): Écoutez, on s'entend que, dans la majorité des cas, le premier médecin qu'on va voir, c'est un médecin de médecine générale. Si vous avez un problème de santé complexe suite à votre accident, lui va peut-être vous référer, si c'est quelque chose de plus sérieux, à un médecin spécialiste. On s'entend que, au départ, la majorité des dossiers et des cas n'est contestée ni par une partie ni par l'autre, que la majorité des travailleuses et des travailleurs va retourner au travail dans les délais habituels, qu'ils vont rentrer dans les moyennes habituelles.

Quand on arrive à l'étape où il y a une contestation, on arrive à une étape où soit l'employeur, soit la CSST conteste une partie du dossier. Ça peut être le diagnostic, ça peut être la date de consolidation, etc. Il y a plusieurs éléments qui peuvent être contestés. Nous, ce qu'on dit, c'est: S'il y a une contestation, mon médecin traitant me réfèrera à un médecin spécialiste de son choix, un médecin expert — je dis «spécialiste», je devrais dire un médecin expert — dans son domaine. Si j'ai un problème d'épaule, il y a des sous-spécialités ou des surspécialités en orthopédie ou dans d'autres domaines. Si c'est plus musculo-squelettique, ça sera peut-être un physiatre. Il va me référer, l'expertise va sortir et, s'il y a une contestation à nouveau parce que la CSST ou l'employeur n'admet pas, on passe carrément en Commission des lésions professionnelles. On ne veut pas mettre un palier qui remplacerait le BRP pour faire une première preuve là puis se dire, dans le fond: On ne sortira pas tous nos oeufs de notre panier parce qu'on sait qu'on va se ramasser en CALP de toute façon, parce que, dans beaucoup de situations, c'est ce qui se passait. On gardait des oeufs au cas parce qu'on se disait: L'employeur ne se contentera pas de ça ou le travailleur ne se contentera pas de ça, parce que c'était vrai pour les deux parties, puis on se ramassait, de toute façon, en Commission d'appel.

Et, donc, nous, ce dont on se rend compte, c'est que des dossiers qui sont issus de la Fédération des infirmières, donc des dossiers d'infirmières qui se ramassaient en BRP, il y en a 50 % de ces dossiers-là qui se ramassaient en CALP. Ça commence à faire un joli motton. Et c'est là qu'on le réglait, le dossier. Alors, c'est pour ça qu'on vous dit: À partir du moment où l'expertise a été faite par le médecin qui m'a été conseillé par mon médecin traitant, les démarches devraient me conduire, s'il y a toujours une contestation de la CSST, carrément à la Commission des lésions professionnelles pour éviter les délais entre deux. La décision qui sera à l'autre bout, elle me plaira ou elle ne me plaira pas, mais, dans le cadre actuel, la manière dont ça procède, ça ne satisfait personne.

M. Rioux: Vous ne parlez plus de la révision administrative. Y avez-vous jeté un coup d'oeil?

Mme Skene (Jennie): Le processus, que je vous disais, par écrit, là? Ha, ha, ha!

M. Rioux: Oui, oui. Vous avez fait référence à l'aspect épistolaire des choses, là, mais..

Mme Skene (Jennie): Oui, oui, mais je vais y aller plus largement

M. Rioux: Développez donc ça un peu.

Mme Skene (Jennie): Je vais y aller un peu plus largement. Premier point, premier problème, selon nous, c'est que, quand on veut faire une demande de révision, quand un travailleur veut faire une demande de révision, on demande au travailleur qu'il expose les principaux motifs de sa demande et sur quoi, finalement, il n'est pas en accord avec la décision qui a été prise. Vous savez qu'il y a 60 % des travailleurs au Québec qui ne sont pas syndiqués, qui ne peuvent pas compter sur quelqu'un qui va les guider. Il y a des délais là-dedans aussi. J'ai un délai de 30 jours. Si je ne l'ai pas complété de manière adéquate et que mon dossier rebondit, qu'est-ce que je vais faire, là, comme travailleur? Prenez pour acquis, je dirais entre guillemets, que les travailleurs qui sont syndiqués ont un privilège qu'ils se donnent, parce qu'ils le sont syndiqués, d'avoir des personnes-ressources, des spécialistes, des avocats, peu importe, dépendant du type de dossier qu'ils ont, qui vont être mis à leur disposition pour supporter leur défense, ce qui n'est pas les cas de 60 % des travailleurs. C'est un premier problème, selon nous.

Écoutez, quand on est vraiment sur le terrain puis qu'on voit des dossiers comme il nous en arrive régulièrement de travailleuses qui, bien qu'elles soient infirmières, qui connaissent bien le fonctionnement du réseau de la santé — quand elles se ramassent dans les dédales de santé et sécurité, c'est un autre monde. La paperasse de ce secteur-là, on ne la connaît pas. On connaît celle de notre milieu — qui nous arrivent à quatre jours d'une audition en BRP pour nous dire: Je ne savais pas qu'il fallait que je vous avise avant, mais on passe tel jour, imaginez-vous, le travailleur qui n'a aucune ressource à sa disposition, ce qu'il va faire là-dedans. Et là on s'en va dans l'autre étape où le processus de révision, c'est un processus écrit où on dit: Chaque partie... Donc, il faut qu'il se trouve quelqu'un qui va être assez habile pour étoffer son dossier — parce que ce n'est pas nécessairement son médecin non plus qui va pouvoir faire ça — assez habile pour s'en aller dans une plaidoirie quasi, je dis, plaidoirie écrite, pour défendre sa situation. Je ne pense pas que ce soit un processus qui soit meilleur que celui de ce qui se passe présentement en BRP, qui ne sera pas moins coûteux pour les parties, qui ne sera pas plus efficace, puis finalement la travailleuse ou le travailleur va se ramasser encore en situation de recontestation probable puis se ramasser de toute façon en Commission des lésions professionnelles.

Donc, c'est une étape, selon nous, qui devrait carrément disparaître dans sa forme actuelle ou dans une autre forme qui serait par écrit. C'est pour ça que je

l'appelais «paperasserie», d'une certaine manière. Là, ce n'est peut-être plus les docteurs qui vont faire de l'argent, mais on va en donner en mosus à nos avocats. Et ça, il faut être conscient de ça, là, c'est deux réalités. Il faut les utiliser à bon escient quand on en a réellement besoin. Est-ce que ça, ça ajoute aux droits des travailleurs et des travailleuses? Selon nous, non. Est-ce que ça facilite la vie? Est-ce que ça facilite et que ça accélère tellement que ça va être mirobolant les résultats de ça? Si on me donne raison puis que l'employeur conteste, je me ramasse à la même place et vice versa.

M. Rioux: Vous avez parlé de pureté de décision tout à l'heure, de ne pas entacher les décisions. Il ne faudrait surtout pas mettre ça au travail, ce tribunal-là, le CLP. Je respecte bien ça, mais votre opposition au paritarisme, est-ce qu'elle est occasionnelle, elle est circonstancielle ou si elle est culturelle?

Mme Skene (Jennie): Elle n'est pas culturelle. Dans plusieurs domaines, on est tout à fait d'accord, dépendant du type d'intervention qui est requis. Dans plusieurs milieux, il y a des fonctionnements qui sont paritaires, mais il nous apparaît que, quand vous êtes rendu à une étape où la décision finale doit être prise, ce n'est pas vrai que les deux personnes qui vont être à côté, à droite ou à gauche, peu importe, le patron d'un bord, le syndicat de l'autre, à plus forte raison quand elles perdent leur identité... Je suis issu de la CSN, je suis issu de la FTQ, je suis issu de la FIQ, mais je suis devenu incolore à partir du moment où j'occupe la chaise. Bien, nous autres, on ne croit pas à ça. Donc, finalement, la personne qui va décider, c'est celle qui va être dans le milieu puis qui va être le commissaire. Donc, pourquoi on paierait, puisqu'on parle d'efficacité? Mais on parle aussi — ne nous en cachons pas — derrière l'efficacité qui est recherchée par la CSST, de coûts, et l'objectif primordial, c'est d'éviter les abus, c'est d'alléger la procédure pour que, justement, on se rende plus rapidement à la fin des processus. Parce que tout l'argent qu'on investit dans la «structurite», dans l'expertise et la contre-expertise, c'est de l'argent qui, selon nous, peut être économisé. Puis, quand la décision sera prise, on vivra avec.

• (15 h 50) •

M. Rioux: M. le Président, je vais laisser à mes collègues...

Le Président (M. Baril, Arthabaska): M. le député de Johnson.

M. Boucher: Madame, vous dites dans votre mémoire que le projet de loi permet des intrusions dans le plan de traitement défini par le médecin. Voulez-vous me parler de ce que vous voulez dire par ça, les intrusions?

Mme Skene (Jennie): Écoutez, vous êtes médecin traitant...

M. Boucher: Dieu m'en garde!

Mme Skene (Jennie): ...j'ai un problème d'épaule, et vous avez entamé un traitement avec moi. Je me ramasse devant un premier expert — on voit ce qui se passe présentement — on me réfère au Dr Untel parce qu'il y a eu une contestation. Dr Untel me dit: Bien non, ce n'est pas le bon traitement, ça devrait plutôt être autre chose, puisque, moi, je ne pose pas le même diagnostic. Je me ramasse que mon médecin à moi peut m'avoir fait voir aussi un expert qui va avoir, lui, un autre plan de traitement. Vous savez, dans le monde médical — et ça, j'ai retenu ça puis je pense que c'est très positif, ce qui a été dit tout à l'heure par les médecins — on recherche la vérité. En médecine, il n'y a pas d'absolu. Il y a des courants de pensée. L'évolution de votre carrière, au fil du temps, va avoir été influencée parce que vous allez avoir vu, par les développements de la recherche. Mais vous savez que des chercheurs, ça s'oppose souvent, ça se confronte sur une multitude d'idées. C'est vrai pour des cliniciens aussi. Ça n'enlève pas l'expertise, mais ça fait en sorte que deux médecins qui ont une compétence reconnue internationalement peuvent s'obstiner pendant des heures sur un plan de traitement. Il faut les voir aux pieds d'un malade, dans une chambre d'hôpital, à se questionner entre eux pour savoir ce qui serait le mieux, pas parce qu'ils ne sont pas bons ni l'un ni l'autre, mais parce qu'ils n'ont pas la même vision, exactement, des choses. Ils n'ont pas le même vécu et ils n'ont pas la même expertise sur les mêmes points.

Alors, pour nous, ce n'est pas négatif, ça. Ça fait partie de la réalité. C'est pour ça que, si vous avez votre médecin traitant qui fait un choix de traitement qui est remis en question par un médecin expert, qui est remis en question par un autre médecin expert, le laps de temps avant qu'il y ait une décision puis qu'on vous dise: C'est vraiment ça, votre diagnostic, vous allez vous être promené en yo-yo entre deux ou trois types de traitement, du chiro au physio parce qu'il n'aimait pas ça, que l'autre n'aimait pas les chiros et, vice versa, un petit coup de physiothérapie. La continuité, selon nous, ça fait partie aussi du rétablissement de la santé, et ça, c'est remis en question toutes les fois qu'on se replonge dans le processus d'expertise-contre-expertise. On vient aussi miner la confiance et la crédibilité du médecin traitant qui a accepté de vous suivre et de vous aider à retrouver votre état de santé optimal pour être capable de travailler. Donc, on vient miner la confiance que vous pouvez avoir dans votre propre médecin qui a été celui qui aura initié les traitements, qui, lui-même, peut vous référer à un spécialiste pour avoir un avis plus éclairé de quelqu'un qui a une expertise pointue dans un domaine particulier, et, nous, on pense que, dans ce cadre-là, vous n'aurez pas du tout le même suivi médical que si vous vous êtes ballotté d'un bureau à l'autre.

Le Président (M. Baril, Arthabaska): M. le député de LaFontaine.

M. Gobé: Oui. Merci, M. le Président. Mesdames, Mme Skene, il me fait plaisir de vous accueillir ici, en cette commission au nom de l'opposition officielle, et je dois dire que, à la lecture de votre mémoire, on ne peut qu'être impressionné par la clarté, l'acuité de la vision que vous avez et des recommandations que vous faites. Et ça m'amène à une petite réflexion, peut-être, que j'ai faite à quelques-uns des groupes qui vous ont précédé. C'est qu'au mois de décembre, le 17 décembre dernier, à 1 h 45 du matin, M. le ministre disait: Seuls ceux qui n'ont pas lu le projet de loi sont contre. Et, il y a un consensus, on va l'adopter rapidement d'ici Noël. Alors, on connaît la suite avec des représentations de mouvements syndicaux: la CSN, la CSD, l'ATTAQ, enfin différents groupes. Et, l'opposition officielle, nous avons insisté et on a réussi — avec le concours de certains députés du gouvernement, d'ailleurs — à convaincre le ministre de tenir ces auditions publiques. Son leader a fait en sorte que, même si lui ne voulait pas, il le fasse, et ça permet que vous soyez là aujourd'hui. Et je présume qu'à l'époque vous aviez lu le projet de loi puis que vous n'étiez pas forcément pour non plus, sinon vous ne seriez pas ici aujourd'hui pour faire ce témoignage.

D'après nous, en ce qui concerne l'opposition, c'est un apport fondamental à cette commission. Pourquoi? Parce que vous êtes des professionnels de la santé, vous êtes des gens, majoritairement des femmes, qui sont en première ligne en ce qui concerne les soins qui sont donnés aux citoyens du Québec dans tous les domaines, mais aussi dans le domaine des accidentés du travail. On sait que vous avez une vocation de soins, que vous n'avez pas d'intérêt particulier ou professionnel à présenter un mémoire comme celui-là et on peut considérer que, comme tous les groupes qui sont venus ici, mais particulièrement vous, vous le faites dans un but d'améliorer le système, d'améliorer le processus et en accord avec la vocation de votre profession qui est de servir et d'enlever la souffrance de ses concitoyens, de les soigner. Donc, on se doit d'être très, très attentifs à votre mémoire, et il serait souhaitable que, si des changements sont apportés au projet de loi, ils contiennent des recommandations que vous faites en grande partie.

Moi, j'ai beaucoup aimé votre position sur l'évaluation médicale. Vous n'êtes pas tout seuls là-dedans. À peu près tout le monde qui est venu ici a fait valoir des réserves ou des commentaires semblables aux vôtres, particulièrement le Collège des médecins. Alors, on a vu les gens avant vous qui sont des orthopédistes, qui, eux, ne partagent pas votre position, mais il faut dire que le Collège des médecins, lui, la partage, et on a retrouvé aussi le Protecteur du citoyen qui a fait des commentaires dans ce sens-là, et je pense que ça allait dans la même direction, et ça renforce ce que nous pensions au départ.

Maintenant, en ce qui concerne le paritarisme, on voit aussi... Et c'est toujours bien de voir un mouvement, une organisation de travailleurs et de travailleuses qui pourrait dire: Après tout, ça va dans notre sens,

allons-y. Pourquoi pas? Le monde aux assesseurs, ça fait des tickets, des salaires — je ne sais pas comment on appelle ça — un peu comme les conseils d'administration, à un moment donné, on ramasse un peu d'argent. C'est très facile. Mais vous vous refusez à cette facilité. Au contraire, vous dites: Non, c'est contreproductif, ça ne va pas dans le sens d'une bonne administration de la CSST et d'une bonne justice envers les accidentés. Alors, ça, moi, c'est quelque chose qui me reconforte parce que, à l'occasion, il peut nous arriver, comme députés, de dire: Si, après tout, on avait tort. Si, après tout, on se trompait lorsqu'on dit au ministre que ce n'est pas bon, le paritarisme. Si, après tout, c'étaient des arguments juridiques du Barreau ou des arguments juridiques du Protecteur du citoyen. Si, après tout, c'était seulement la CSN qui, pour des raisons obscures que le ministre semble croire, avait ces positions-là. Seulement la CSD. Seulement la CEQ.

Mais là on se rend compte qu'un syndicat, une organisation de travailleurs qui est uniquement dans la santé, arrive avec ses recommandations sur le paritarisme. Parce que vous pourriez dire, après tout: Nous, on pourrait être nommés assesseurs. On est des infirmières, on a des baccalauréats, on a de l'expérience. Puis c'est vrai que, à la limite, si on voulait faire du paritarisme, vous pourriez être des gens qui connaissent ça beaucoup mieux que, comme l'avait fait remarquer un membre du Barreau, je pense, un soudeur ou un chauffeur de camion qui n'avait que le paritaire pour juger si un de ses collègues a vraiment mal dans le dos parce qu'il a conduit son camion ou a une incapacité à l'épaule parce qu'il a cloué des planches sur un toit comme couvreur ou quelque chose comme ça.

Alors, c'est tout à votre honneur, et je dois vous dire que c'est un des beaux côtés de cette commission. C'est un des beaux mémoires. Je n'ai pas tellement d'autres questions, tout est là-dedans. On a tout. Je pense que la commission, lorsqu'elle va se réunir, si elle se réunit après, devrait prendre ça, s'asseoir puis regarder vos recommandations les unes après les autres puis voir comment on peut mettre ça à l'article 1, 2, 3 ou je ne sais pas quoi, dans le projet de loi ou alors voir si, même, il n'y a pas besoin de projet de loi, comment on peut le faire d'une manière administrative, rapidement. Vous touchez même les nominations. Je ne sais pas quelle question vous poser. Je voulais vous poser une question sur la nomination des commissaires. Certains ont dit 10 ans, vous, vous allez pour cinq ans, c'est ça?

Mme Skene (Jennie): Dix.

M. Gobé: Dix ans, hein?

Mme Skene (Jennie): Oui.

M. Gobé: Imaginez, vous avez touché aussi l'apparence de justice, l'article 23 de la Charte des droits et libertés. Je suis en train de commenter votre mémoire. Je manque de questions, c'est là-dedans. Ça

fait que, moi, je peux juste vous dire que c'est un apport indéniable, très important à la commission. Je souhaite que les collègues l'aient lu, qu'on en tienne compte et puis, si on doit avoir un projet de loi quand même, qu'il se reflète.

• (16 heures) •

Juste une petite question, puis après mon collègue le Dr Beaudet, qui est député d'ailleurs — il n'est plus docteur, mais on est toujours médecin, je pense, dans sa vie — aura peut-être des questions à vous poser. On parlait des délais. Vous avez pu voir que le ministre a envoyé au début de janvier à tous les citoyens un document dans lequel il était marqué que les délais — et il l'a déclaré aussi en commission parlementaire — étaient le fléau de la CSST. Il a dit: Je suis tanné des délais, il faut absolument arrêter ça. Il faut régler ça, c'est une catastrophe. Il a dit ça ici, et, dans le bulletin qu'il a envoyé, c'était, en 1993, des délais de cinq ans à trois ans pour les travailleurs. Puis on tournait la page pour voir à l'intérieur comment les régler.

Alors, là, il a amené son projet de loi, et ce qu'il a amené comme projet de loi était censé régler ces délais-là. Le problème, c'est qu'on nous dit que les délais, maintenant, c'est de neuf mois à 10 mois, selon les rôles qu'on a obtenus la semaine dernière grâce à des travailleurs qui nous ont apporté ça ici, parce que M. Shedleur, le monsieur qui souffle les réponses au ministre, avait donné un document où c'était marqué «non disponible». Alors, on a réussi à l'obtenir parce qu'il y a des gens qui sont allés le chercher. Donc, on se rend compte que le projet de loi qui a été amené pour couper les délais, officiellement, par le ministre, les délais n'existent plus ou sont de neuf à 10 mois. Mais, vous, comme infirmière, est-ce que vous pensez que, pour évaluer les cas qui sont devant les commissions de la CSST et qui sont en appel, qui sont en évaluation, on puisse encore les réduire beaucoup sans amener peut-être des résultats contre-productifs qui feraient que des maladies évolutives seraient jugées au mauvais moment? Est-ce qu'on peut encore compresser ou neuf, 10 mois, on ne peut pas tellement aller plus loin que ça?

Mme Skene (Jennie): Ecoutez, dans le cadre de dossiers qui vont en contestation, qui sont souvent des dossiers plus complexes, des problèmes de santé aussi qui sont plus complexes, il m'apparaît que ça peut être difficile d'aller... C'est certain que, si vous traitiez un cas de grossesse, de retrait préventif, on sait que les délais sont particuliers puis qu'ils sont fixés d'une manière qui tienne compte de la situation.

M. Gobé: Mme Marsolais connaît ça.

Mme Skene (Jennie): Mais, si on veut vraiment faire faire une expertise correcte puis entamer un plan de traitement correct, d'avoir les examens requis, l'idéal, c'est toujours le temps le plus court. Mais il me semble que le temps le plus court, ça va être difficile d'aller en bas de huit ou 10 mois. Il m'apparaît que c'est

très difficile de penser pouvoir faire tout ça avant. Mais ce dont il faut s'assurer, c'est d'avoir en main tous les éléments pour bien procéder au moment où on jugera le dossier.

M. Gobé: Donc, si je comprends bien, les délais qui sont actuellement devant la CALP et qui sont...

Mme Skene (Jennie): Quand on dit 10 à 12 mois, c'est...

M. Gobé: ...de neuf à 12 mois, actuellement, selon le rôle... Malheureusement, j'ai laissé cette partie de dossier en haut, mais on pourra vous le donner après. Il y a peut-être les gens en arrière qui nous l'ont communiqué qui pourraient vous le donner. On parle de neuf à 12 mois actuellement. C'est le rôle officiel. Ce n'est pas les chiffres de Pierre, Paul, Jean, Jacques ou de l'opposition, c'est le rôle selon le greffe. On l'a fait venir la semaine dernière.

Mme Skene (Jennie): C'est clair que, si ces délais-là étaient...

M. Gobé: Tenez, je les ai ici, d'ailleurs. Voilà! Je les ai ici. Voyez-vous, 10,3 mois de la date du dépôt à l'appel, de l'appel à la date de l'audience. Ça, c'est pour le district de Montréal. Pour le district de Québec, voyez-vous, c'est 11,6 mois. Ça, c'est les causes, en plus, qui ont été déposées il y a quelques mois. On me dit qu'actuellement c'est un peu plus court encore. Par exemple, il y a 6 000 cas qui arrivent par mois, puis ils en traitent 8 000. Donc, ils sont en train de rattraper le retard. Ils sont en train de tout nettoyer ça.

Mme Skene (Jennie): Pour nous, je vous dirais qu'un délai de cet ordre-là, c'est acceptable.

M. Gobé: C'est acceptable.

Mme Skene (Jennie): C'est clair que, si on a fait un spécial en prévision de modifications à la loi, puis qu'on s'est dit on va essayer de clarifier le rôle, puis qu'on a mis du monde en surplus, il ne faudrait pas qu'on retombe dans un mécanisme qui ferait qu'on porterait les délais à des périodes qui sont tellement longues que les travailleurs, à un moment donné, n'ont plus de lien d'emploi, ne savent plus sur quel pied danser, sont complètement dévalorisés. Je pense que ça, il faut éviter ça. Mais, si on est capable de tenir ça dans des délais de cet ordre-là, il m'apparaît que c'est des délais qui sont extraordinaires comparé à ce qu'on a pu vivre.

M. Gobé: Alors, à ce moment-là, j'aurais une question — vous n'êtes pas obligée de me répondre, remarquez bien — que j'ai posée à plusieurs de vos prédécesseurs lorsqu'ils ont répondu aux mêmes questions que je vous posais maintenant, c'est: À quoi sert

un projet de loi qui va bouleverser une structure qui fonctionne relativement bien, avec des abus ou quelques problèmes, mais qui sont corrigibles, si le but principal était de régler les délais — très longs, à entendre le ministre qui citait les chiffres de M. Shedeur de 1993, alors que nous sommes en 1997 — et que ces délais-là n'existent plus? Est-ce qu'il ne serait pas plus sage de le retirer? Et le paritarisme, bien sûr, les gens sont contre, en disant qu'il n'y aura pas de justice avec ça, apparence de justice. À ce moment-là, est-ce qu'on ne serait pas mieux de retirer ce projet de loi et de refaire les devoirs, si c'est pour l'améliorer de manière administrative ou même législative, que de vouloir continuer avec ces choses-là?

Mme Skene (Jennie): Bien, écoutez, moi, je pense que, au moment où on attendait le projet de loi, on avait mis beaucoup d'espoir et on l'avait écrit dans notre tête tout le monde, je pense. Et, quand ça a été annoncé, on a constaté à partir des textes que les modifications ne rencontraient pas nécessairement nos objectifs à nous. Ils auraient pu rencontrer ceux d'autres groupes, par ailleurs. Donc, il y avait beaucoup d'espoir face au projet. C'est clair qu'il y a des modifications que nous croyons essentielles et fondamentales qui doivent y être apportées. Est-ce que c'est mieux de le retirer ou est-ce qu'on ne prend que les morceaux? Quand on dit que le BRP devrait être retiré, qu'on n'aurait plus besoin de BRP, ça ne vaut peut-être pas la peine d'attendre de rebâtir un autre projet de loi pour dire qu'on enlève le BRP. Mais c'est clair que, pour moi, il demande des modifications tellement fondamentales qu'il ne ressemblera pas au projet qu'il était au départ. Donc, c'est certain qu'il y a des discussions qui ont été faites ici, devant vous, qui ont amené sûrement à des constats comme ceux-là. Je pense que personne ne se donne ce travail-là pour espérer garder un processus qui peut être amélioré sur certains points, mais qui ne règle pas l'ensemble de la problématique.

M. Gobé: Alors, Mme Skene, avant de demander au président de bien vouloir passer la parole à mon collègue, je tiens, en terminant, à féliciter votre organisation et vous-même encore une fois pour la clarté et la précision de ce mémoire, et soyez assurée que, de notre côté, nous verrons à ce que son esprit — si ce n'est pas la lettre, du moins l'esprit — en soit respecté ou tenu compte s'il devait y avoir législation subséquente en ces matières. Alors, merci beaucoup.

Le Président (M. Sirros): Avec ça, je pense que le député d'Argenteuil a demandé la parole.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. Moi aussi, madame, je tiens à vous féliciter pour la simplicité de votre document, sa clarté, mais aussi sa franchise, parce qu'on connaît l'attitude et la facilité avec lesquelles le gouvernement met souvent en place des structures pour améliorer, mais il en met tellement plus que ça devient

pire. Et ce qu'on constate aujourd'hui dans la loi n° 79, c'est qu'on a tous l'impression — et la majorité des gens qui sont venus nous parler nous l'ont tous dit — que ça allait être pire que ce qu'on vit actuellement. Pourtant, vous, vous nous l'énoncez d'une façon tellement simple, tellement claire que ça apparaît évident que c'est ce que le ministre devrait faire. Et il y a une diminution des étapes à suivre. Il y a une diminution des consultations multiples qui sont demandées à des médecins experts, à des spécialistes. Il y a une diminution de la paperasse. Il va sûrement y avoir une diminution des coûts, à moins que le ministre ne trouve une autre façon d'ajouter des coûts. Alors, je suis impressionné de voir la simplicité du fonctionnement que vous y prêtez et la rapidité, probablement, avec laquelle, aussi, on pourrait aboutir à une solution pour le travailleur accidenté, qui aurait une réponse et qui aurait sa solution. Et, à ce moment-là, il verrait une façon beaucoup plus simple, beaucoup plus rapide pour lui d'avoir satisfaction à sa demande.

Dans les différentes propositions que vous nous faites à la fin, dans la dernière, là, vous dites que l'accès au poste de commissaire, vous vous objectez à ce que ce soit restreint aux seuls avocats et notaires. Il va sans dire que, nous aussi, on partage votre point de vue, mais pourriez-vous élaborer un peu là-dessus? Est-ce que vous verriez certaines spécialisations, certains critères très importants qui pourraient vous rendre éligibles au poste de commissaire dans la nouvelle Commission des lésions professionnelles?

• (16 h 10) •

Mme Skene (Jennie): Écoutez, on ne l'a pas fait. On n'a pas rédigé une liste d'exigences. Il nous apparaît, c'est certain, que des avocats et des notaires, qui ont une formation juridique, peuvent avoir une facilité à gérer, à «manager» — passez-moi l'expression — le travail qu'il y a à faire par un commissaire qui connaît bien les lois, qui est à l'aise avec ça. Mais je pense qu'on a des gens qui sont en relations de travail, qui ont des formations en relations de travail très poussées, qui font aussi du droit à l'intérieur de leur formation. On pourrait avoir des gens d'autres types de formation. Un médecin qui a travaillé toute sa carrière comme ressource pour d'autres pourrait, avec des connaissances qu'il a acquises à côté, devenir... Moi, je n'exclus personne. Quand on dit quelqu'un qui soit capable de gérer le mandat qui lui est donné, qui est capable de faire les liens au plan professionnel, qui est capable de faire les liens au plan juridique, ce n'est pas nécessairement un avocat ou un notaire. Et on a de la difficulté, nous, avec les chasses gardées. On pourrait se priver de personnes extrêmement compétentes d'un côté comme de l'autre pour favoriser un groupe en particulier, et c'est pour ça que, nous, on pense qu'il faut laisser une ouverture, parce que l'on ferme toutes les portes. On constatera peut-être à l'usage que la majorité des personnes qui se retrouvent comme commissaires sont des gens qui sont soit avocats, soit notaires, qui ont une grande connaissance des lois, mais, s'il y a des personnes de grande compétence qui ont une expertise en santé-sécurité du

travail qui proviennent de différents milieux, pourquoi on se privait de ces personnes-là? Pour nous, ce n'est pas un prérequis. Ça va faciliter la vie des personnes s'ils ont leur droit, mais ça n'est pas pour nous un prérequis.

M. Beaudet: Avec la disparition du BEM et du BRP, évidemment — parce que dans le projet de loi, le BRP disparaîtrait — vous proposez de faire disparaître en même temps le BEM. On va simplifier beaucoup la procédure de contestation. Alors, le médecin traitant dirige son patient...

Mme Skene (Jennie): Vers son expert.

M. Beaudet: ...ou son travailleur accidenté vers l'expert de son choix, et la décision de cet expert-là sera ou non opposée par la CSST. Puis, à ce moment-là, s'il n'y a pas une solution, il s'en va à la CLP, puis ça finit là. Ce n'est pas compliqué comme processus, là.

Mme Skene (Jennie): Non, ce n'est pas du tout compliqué.

M. Beaudet: C'est bien simple, ça.

Mme Skene (Jennie): C'est très, très simple.

M. Beaudet: Je ne sais pas si le ministre, qui pense qu'on est des... s'il est assez fin, lui, pour la comprendre celle-là, mais elle est très simple.

Mme Skene (Jennie): Nous, on pense qu'il faut aller au plus simple. Et peut-être que, si on considère qu'il y a des dossiers qu'on aurait peut-être traités d'une manière différente ou dont le résultat... quand la décision sortira de la Commission des lésions professionnelles, on puisse dire: On a un doute. Mais, vous savez, n'importe quel dossier qui sort d'un tribunal, on peut toujours penser que ce n'est pas la meilleure décision qui a été rendue, hein? On a juste à regarder le dossier...

M. Beaudet: Si ça ne nous est pas favorable, ce n'est jamais bon.

Mme Skene (Jennie): ...au criminel, de O.J. Simpson, hein? La moitié de la planète dit oui, l'autre moitié dit non.

M. Gobé: Mirabel.

Mme Skene (Jennie): Mirabel, c'est ça. On est comme ça dans beaucoup...

M. Beaudet: Voulez-vous qu'on en parle?

Mme Skene (Jennie): ...de dossiers, et je pense que, si on simplifie, l'argent qu'on va récupérer aussi

par cette simplification-là, si elle profite aux travailleurs, en bout de ligne, ça va coûter moins cher au système. Nous, on est convaincus que l'investissement, il doit se faire en prévention, il doit se faire avant l'accident, et les cas qui sont vraiment des accidents graves du travail, ils doivent être justement compensés et reconnus. Et évitons la paperasse, évitons les contestations, et tout ça, en bout de ligne, va coûter moins cher aux contribuables.

Le Président (M. Sirros): Merci beaucoup. Avec ça, mesdames, on va vous remercier. Oui.

M. Gobé: Lorsque votre collègue d'Arthabaska vous a remplacé, il n'a pas osé poser une question qu'il voulait poser, puis je n'ai pas pu la poser à sa place. Peut-être qu'il poserait la poser aux gens. C'est une minute, peut-être, puis, moi, je serais prêt à donner le consentement si vous êtes d'accord.

Le Président (M. Sirros): Mais le député d'Arthabaska semble...

M. Baril (Arthabaska): Bien, c'est parce que vous avez...

Le Président (M. Sirros): Oui, allez-y, M. le député.

M. Baril (Arthabaska): ...fait mention tout à l'heure qu'il y a des travailleurs et des travailleuses qui, au lieu de bénéficier de la CSST, bénéficient plutôt de l'assurance-salaire au lieu de l'autre. Avez-vous des pourcentages à peu près ou bien si...

Mme Skene (Jennie): Écoutez, la dynamique qu'on a... Moi, je peux vous dire qu'il y a suffisamment de cas sans avoir de pourcentage pour qu'on puisse affirmer que c'est une pratique qui se développe. Je vous dirais que, depuis deux ou trois ans... Parce que, avant d'être présidente à la Fédération, j'étais dans mon établissement, à L'Enfant-Jésus, je faisais le local syndical, et, quand les gens venaient, il fallait parfois se battre avec eux autres pour qu'ils acceptent de déclarer leur accident de travail. Et là on fausse le système. On n'intervient pas à la source s'il y a un problème d'identifié dans un milieu donné, et, en bout de ligne, ça coûte la même chose à M. et Mme Tout-le-Monde, puisque, dans le réseau de la santé, on sait que c'est les contribuables aussi qui supportent le réseau de la santé autant qu'ils supportent la CSST, là. C'est à même l'argent de tout le monde que ça part.

Donc, sur ça, on n'est pas capables, parce que les gens ne viennent pas tous nous voir, hein? S'ils s'en vont au service santé avec un billet de leur médecin de famille puis ils disent: Écoute, moi, je me suis fait une entorse lombaire au travail, mais je ne veux pas que tu marques que c'est au travail. Il va marquer «entorse lombaire», votre médecin, il va vous prescrire certains

traitements, des anti-inflammatoires, puis vous allez revenir dans le même temps, à peu près, que vous seriez revenu si vous aviez été en accident de travail. Mais les gens ne veulent pas à cause de tout ce que ça enclenche et à cause des limitations, souvent, qu'on leur met qui, après ça, risquent de les priver de certains emplois. Ils ne veulent pas avoir cette connotation-là.

M. Baril (Arthabaska): Merci.

Le Président (M. Sirros): Merci beaucoup. Alors, voilà, ceci met fin à cette partie de nos travaux avec vous. J'aimerais inviter le Comité législatif provincial du Québec de la Fraternité des ingénieurs de locomotives, à prendre place quand ils pourront pour qu'on puisse procéder.

Alors, si on pouvait poursuivre nos travaux, j'aimerais — M. le député — inviter le Comité législatif provincial du Québec, son représentant, à s'identifier, s'il vous plaît, et à passer à la présentation du mémoire. Alors, M. Whightman.

Comité législatif provincial du Québec de la Fraternité des ingénieurs de locomotives

M. Whightman (Glenn): Bonjour, M. le Président, mesdames, messieurs. Je me présente, Glenn Whightman, ingénieur de locomotive à Canadien National, à Montréal, et président du Comité législatif provincial qui représente les ingénieurs de locomotives au Québec. Je suis assisté par Claude Desbiens, ingénieur de loco au Canadien National et représentant législatif à Québec.

Nous sommes ici, aujourd'hui, pour participer aux audiences sur le projet de loi n° 79. Nous représentons environ 480 ingénieurs de locos des compagnies suivantes, soit Via Rail, St. Lawrence and Hudson Railway, une division de Canadien Pacifique et du Canadien National, en postes permanents et autant en postes temporaires. Voici notre mémoire.

Mise à jour, la Fraternité des ingénieurs de locomotives déplore certaines parties du projet de loi n° 79, dans le sens où nous avons cru à une modification de la CSST, et ce, toujours en gardant un oeil ouvert pour le travailleur accidenté et non pour simplifier la vie de l'employeur. En voici quelques exemples. Si nous prenons les articles 204 et 204.1 de ce projet de loi, pour le choix des médecins imposés par la Commission, pourquoi ne pas garder le libre choix au travailleur accidenté? Et que dire du délai de 15 jours pour un examen par un spécialiste de la santé, alors que nous savons tous que le minimum requis est approximativement un mois? Pour l'article 205 sur la liste des professionnels de la santé, quels sont les critères exigés par le gouvernement pour être éligible à cette liste de noms? Qui est en poste pour la diriger? Et à qui revient la responsabilité? Voici quelques interrogations auxquelles il nous manque des réponses.

Pour ce qui est de la nomination des commissaires et des membres, la FIL n'appuie pas le processus.

Pourquoi ne pas donner toute la latitude au CCTM pour la nomination au lieu d'une recommandation au gouvernement?

Pour des gens si minutieux à leur temps, nous espérons avoir une modification à ce projet de loi, toujours pour garder le but d'humaniser, de simplifier et d'accélérer le processus de révision et d'appel des décisions, et ce, pour le bien-être des travailleurs accidentés.

• (16 h 20) •

Nous en concluons que, avec ce nouveau projet de loi, vous semblez nous confirmer que la partie la plus importante est celle qui fournit le plus à la caisse de la CSST. Messieurs, vous oubliez tous le plus important: ceux qui fournissent le moins monétairement à la caisse de la CSST donnent le plus, leur santé. Merci pour votre temps et veuillez agréer nos salutations les plus sincères.

Le Président (M. Sirros): Merci beaucoup, M. Whightman. Avec ça, la parole est au ministre.

M. Rioux: Il me fait plaisir de vous accueillir, messieurs. Votre point de vue est important. Vous oeuvrez dans un secteur d'activité qui n'est pas négligeable, il va sans dire. En ce qui a trait au médecin traitant ou au médecin désigné par la CSST, plusieurs personnes nous ont souligné, comme vous, que cette liste était trop limitée. J'aimerais porter à votre attention que cette liste contient l'ensemble des spécialistes de la santé et que tous les spécialistes du Québec peuvent s'y inscrire s'ils le veulent. Ils sont invités à le faire. Ceux qui demandent d'être inscrits, évidemment, à titre de médecin désigné, ils sont à peu près 1 500.

Vous avez une suggestion pour la nomination, également, des commissaires et des membres. Étant donné qu'on parle d'un tribunal paritaire, il y en a qui contestent le fait... Les infirmières, qui étaient ici avant vous autres, trouvent que, cinq ans, ce n'est pas assez, que ça prendrait 10 ans. Moi, j'aimerais avoir votre opinion sur ce sujet-là.

M. Desbiens (Claude): Sur le terme? Pour nous, le terme, honnêtement, on ne l'a pas analysé à fond, autant que les consoeurs qui sont venues avant. Le problème qu'on voyait, nous, c'était le critère premier pour être commissaire: être avocat ou notaire. On a eu beaucoup de difficultés avec ça, dans le sens qu'on ne peut pas — en tout cas, c'est parce que, là, on passe après beaucoup de spécialistes qui ont fait de beaux mémoires — limiter les choses à un avocat, à un notaire. Loin de là de dénigrer ces corps de métier, ces professions, sauf que, si on parle en santé et sécurité, il va falloir aller au niveau de la santé et peut-être aller aussi... Il y a sûrement d'autres métiers. La prévention, les médecins en prévention, les lésions professionnelles, les médecins qui sont spécialistes en lésions professionnelles, on ne les voit même pas.

C'est là-dessus qu'on a eu beaucoup... On est loin de là de penser et de dire que le mandat est trop

court ou trop long. Désolé. Dix ans, peut-être, mais, encore là, si c'est au niveau que ce n'est pas au ministre de la Justice, ce qui est notre pensée, de gérer ce chapeau, même si on met 10 ans, quand son mandat va finir, le commissaire, il va avoir une évaluation pour savoir s'il va avoir un autre mandat, cette personne-là. On le sait tous.

M. Rioux: M. Desbiens ou M. Whightman, vous avez parlé des délais du processus d'évaluation. On va regarder ça très sérieusement, je l'ai dit à quelques groupes qui se sont présentés ici. Il y en a qui prétendent que les délais mentionnés au projet de loi sont trop courts. Ce sera à examiner au mérite, et on espère, en tout cas, vous satisfaire de ce côté-là.

Et je voudrais vous remercier, au nom du gouvernement, d'être venus ici aujourd'hui, et au nom de mes collègues. Ça nous a fait plaisir de vous accueillir.

Le Président (M. Sirros): Merci beaucoup, M. le ministre. M. le député de LaFontaine.

M. Gobé: Merci, M. le Président. Alors, au nom des membres de l'opposition, il me fait plaisir de vous accueillir ici. Nous avons pris connaissance de votre mémoire il y a quelques semaines déjà, lorsque nous l'avons reçu, et nous avons pu en voir la pertinence. Vous pensez, en particulier en ce qui concerne une question... Vous posez une question, et je vais vous lire: «Nous concluons qu'avec ce nouveau projet de loi vous semblez nous confirmer que la partie la plus importante est celle qui fournit le plus à la caisse de la CSST.» Alors, on présume que, vu que c'est le patronat qui paie à la CSST, financièrement, c'est ça que vous voulez dire. «Messieurs, vous oubliez tous le plus important: ceux qui fournissent le moins monétairement à la caisse de la CSST donnent le plus, leur santé.»

Alors, je trouve ça tout à fait philosophique, et c'est une bonne manière de nous ramener... Après tous ces mémoires qu'on a eus à la commission — vous savez, on n'est pas loin de 34, 35, à peu près, maintenant, et on a parlé de chiffres, de délais, d'expertise, de contre-expertise, enfin de beaucoup, beaucoup de choses — vous nous ramenez à la base: Ne l'oubliez pas, la principale raison d'exister de la CSST, c'est la santé des travailleurs.

Moi, j'aimerais ça que vous élargissiez un peu, là, que vous m'expliquiez le fond de votre pensée — ça tient en trois lignes, quatre lignes, trois lignes et demie — un peu plus là-dessus, puis ce sera l'essentiel de mon intervention, parce que, dans votre mémoire, je pense que c'est un des points importants.

M. Desbiens (Claude): O.K. Premièrement, ce qu'on a de plus important, si on s'en va en accident de travail, c'est notre médecin traitant. C'est notre personne-ressource, c'est notre personne qui nous sécurise quand on est accidenté. Il n'y a personne d'autre qui peut nous sécuriser. Quand on dit que la personne qui

donne le plus... Quand tu travailles puis qu'il t'arrive un accident, il n'y a pas faute. Les personnes qui sont venues avant qui disaient qu'il y en avait certains qui abusaient du système, je suis totalement en désaccord. Il n'y a pas une personne qui se blesse pour le plaisir de se blesser puis de rester sur un système dont on sait qu'il est — excusez, là — boiteux, totalement boiteux, puis où sont toutes les opportunités de contester le travailleur, de le stresser et de lui amener un problème social et familial. Tous les problèmes, toutes les occasions de contester le travailleur, de lui provoquer un stress, de lui amener un problème familial, parce qu'il est contesté. Il n'a plus de sous, il faut qu'il vive. Je m'excuse, je vais vous ramener encore plus à la réalité, il y a en a un qui est dehors, là, qui vient de la CSST.

C'est à ça qu'on vous ramène peut-être. Loin de là de critiquer, c'est juste de dire: Il doit y avoir un moyen, comme les prédécesseurs en infirmerie... C'est exactement ça, si le médecin traitant a pleins pouvoirs pour te relier... Tu es blessé, tu es relié à un spécialiste, mais aussi, si tu es en contestation, c'est ton médecin traitant qui est avec toi, ou le spécialiste qu'il a amené. Enlever le stress au travailleur et le problème familial et social qui s'y rattache. C'est à ça qu'on pensait quand on a vu le projet de loi, et on a dit: Tant mieux, ils vont enfin améliorer quelque chose sur ça. Je m'excuse sincèrement, ce n'est pas comme ça qu'on l'a vu, puis, s'il y a moyen de remédier, tant mieux, puis tous les travailleurs du Québec vont être contents.

M. Gobé: Alors, moi, monsieur, je pense que vous avez résumé vraiment, là, ce que doit être notre attention, notre travail en cette commission: améliorer la situation des travailleurs du Québec et des accidentés, le niveau stress familial, psychologique. Un orthopédiste a parlé de sinistrose tout à l'heure. J'ai trouvé ça un peu dur parce que je ne suis pas sûr, moi, que, lorsqu'on se retrouve dans une situation où on est blessé par le travail et qu'on est un peu pris dans tout ce système extrêmement lourd, compliqué, confrontation de la CSST, si, à un moment donné, lorsqu'on est un travailleur qui n'a pas forcément une spécialisation en orthopédie, ou en sciences politiques, ou comme avocat, ou en droit, ou en syndicalisme, ou en députation, en politique, ce que vous voudrez, pour se défendre et habitué à parler, tout ça, qu'on ne devienne pas une espèce de sinistré, que, à un moment donné, on ne finisse pas par se sentir tout seul, isolé dans son petit milieu, avec son gros, gros problème et que ça n'ait pas des retours, là, sur la famille, sur les enfants, l'éducation, la solidarité familiale, puis aussi que ce soit propice pour permettre à la personne de se retrouver dans le marché du travail. Alors, moi, j'apprécie beaucoup...

M. Desbiens (Claude): Parce qu'on a le même problème que les infirmiers et infirmières du Québec, c'est que, là, ils s'en vont tous sur les assurances-salaires.

• (16 h 30) •

M. Gobé: C'est ça.

M. Desbiens (Claude): Pourquoi? Il faut se poser la question: Pourquoi?

M. Gobé: Trop compliqué.

M. Desbiens (Claude): Trop compliqué, trop de délais à respecter, trop d'étapes à suivre. Ce que les infirmiers et infirmières du Québec ont apporté tantôt, de tout abolir les étapes, je pense que oui; je pense que oui, mais avec une certaine logique aux nominations en haut, de ne pas restreindre à un petit groupe.

Le Président (M. Sirros): Merci. M. le député d'Argenteuil avait une petite question.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. Une brève question, un petit commentaire. Dans votre conclusion, vous parlez que ce sont les travailleurs qui donnent le plus et qui donnent leur santé; ça me fait penser à l'adage «lorsqu'on arrive à la fin de la guerre, les soldats reviennent amputés, les généraux reviennent décorés». C'est un petit peu ce qui vous arrive: les employés donnent leur santé et les employeurs donnent un peu d'argent.

Je veux juste faire appel à votre commentaire pour la nomination des commissaires où, dans le projet de loi, on veut attribuer ce poste uniquement à des avocats et à des notaires. Est-ce que dans votre esprit vous avez donné un peu de réflexion là-dessus à savoir est-ce que ça pourrait être d'autres personnes que les gens avec une habileté juridique qui pourraient siéger comme commissaires?

M. Desbiens (Claude): Exactement, il n'y a pas, il y a plein... On a tous des belles capacités comme peuple québécois, on se l'est fait dire dernièrement, mais c'est d'aller les chercher. Puis ce n'est pas restreint à une identité ou à un secteur. En tout cas, je ne veux pas être là pour dire tel secteur est bon, tel secteur n'est pas bon; ce n'est pas à moi de juger de ça. Sauf qu'on sait tous que, si on met quelqu'un en place au niveau des commissaires puis qu'on va au niveau de la santé, sûrement qu'il faut avoir des spécialistes, mais encore là de quelle manière il faut les nommer, les spécialistes?

Si on va là pour sauver de l'argent au niveau de la CSST au détriment du travailleur, le problème n'est pas résolu. Si on a le respect du travailleur et de l'accidenté, là on va gagner des points, tout le monde va gagner des points. C'est comme ça, il faut arrêter de garder une minorité qui profite du système, puis punir la majorité des travailleurs.

Le Président (M. Sirros): Alors, je pense que sur ça, c'est la fin des questions. Merci beaucoup, MM. Whightman et Desbiens, pour votre présentation. Et on pourrait peut-être poursuivre avec le prochain groupe, si

je comprends bien, qui serait le Regroupement québécois de la danse...

On pourrait peut-être suspendre juste cinq minutes.

(Suspension de la séance à 16 h 33)

(Reprise à 16 h 37)

Le Président (M. Kieffer): Alors, je désire souhaiter la bienvenue au Regroupement québécois de la danse, Mme Lise Boyer, Mme Parise Mongrain, M. Sylvain Émard. Alors, vous connaissez le fonctionnement de la commission: vous avez 20 minutes pour présenter votre mémoire; ensuite de ça, le parti ministériel et M. le ministre ont 20 minutes, le parti de l'opposition a 20 minutes. Alors, je vous cède la parole.

Regroupement québécois de la danse (RQD)

Mme Boyer (Lise): Merci. D'abord, j'aimerais faire une petite correction: ce n'est pas M. Sylvain Émard qui est ici aujourd'hui, c'est M. Sylvain Lafortune.

Le Président (M. Kieffer): La correction étant faite, M. Lafortune, bienvenue.

Mme Boyer (Lise): Alors, nous sommes trois interprètes en danse et nous faisons partie du Regroupement québécois de la danse qui représente tous les intervenants en danse professionnelle au Québec, c'est-à-dire les interprètes, chorégraphes, professeurs, techniciens et autres, mais nous sommes ici aujourd'hui en tant que porte-parole des interprètes en danse.

Le Regroupement québécois de la danse a mis sur pied un comité de la santé qui a pour but d'améliorer la prévention et le traitement des blessures chez les interprètes en danse et d'améliorer leur santé en général. On est aussi là pour les informer au cas où ils souffriraient des arrêts de travail, par exemple à la suite de blessures, ou souffriraient de lésions professionnelles. Donc, à cause de la courte durée de notre carrière — tout le monde le sait, un danseur ne danse pas jusqu'à 65 ans — la retraite vient assez rapidement et aussi à cause de l'aspect de vocation de leur profession, il faut le dire, il n'y a pas de gains financiers à être danseur; il n'y a pas de gloire non plus, malheureusement. Les danseurs sont souvent méconnus, même inconnus. Les danseurs veulent toujours retourner au travail le plus rapidement possible... Oui.

Le Président (M. Kieffer): Mme Boyer, petit problème technique que nous allons très vite régler. Il est nécessaire, pour les besoins des galées, que vous vous identifiez vous-même ou que la présidence... Alors, je m'excuse de vous interrompre, hein, ce sont... Alors, si vous voulez bien vous identifier et...

Mme Boyer (Lise): Alors, Mme Parise Mongrain, interprète en danse, M. Sylvain Lafortune, interprète en danse, et moi-même, Lise Boyer, interprète en danse.

Le Président (M. Kieffer): Alors, voilà, on continue. Merci.

● (16 h 40) ●

Mme Boyer (Lise): On continue. Donc, à cause de la courte durée de notre carrière et du besoin qu'on a de faire ce métier, on veut à tout prix éviter les arrêts de travail et on désire toujours retourner au travail le plus rapidement possible au cas où on devrait s'arrêter.

Les danseurs investissent beaucoup de leur temps et de leurs moyens financiers, qui sont très maigres, pour améliorer leur santé, pour se garder en forme, pour éviter les blessures et toujours améliorer leurs conditions de travail. Et depuis une dizaine d'années, les danseurs ont réussi à développer un rapport privilégié avec plusieurs intervenants de la santé qui s'intéressent de plus en plus aux problèmes particuliers du milieu de la danse. Il y a eu de grands progrès, par les deux milieux, afin d'établir un climat de confiance et développer de nouvelles méthodes d'entraînement et de prévention adaptées au milieu de la danse.

C'est important pour nous de faire affaire avec des médecins qui connaissent notre milieu, qui connaissent notre travail. Quand je dis médecins, je crois que je devrais plutôt dire spécialistes de la santé parce que, pour nous, les gens qui vont nous aider ne sont pas nécessairement des docteurs en médecine. On veut éviter d'être traités par des gens qui ne nous connaissent pas et qui vont nous dire, par exemple si on se plaint d'un mal de dos, que, si on peut se toucher le bout des orteils en se penchant, dans le fond, notre problème n'est pas si grave. C'est bien sûr que 80 % de la population adulte ne peut pas se toucher le bout des pieds en se penchant, mais pour nous, c'est loin d'être suffisant. Un médecin qui, par exemple, veut régler nos problèmes de dos en nous soudant les lombaires ne nous aide pas. Et ça, je ne vous parle pas de cas fictifs. On n'est pas en pleine science fiction; ce sont des choses qui arrivent. Par contre, il y a vraiment une éducation qui se fait dans les deux milieux. On essaie de coopérer beaucoup, un milieu avec l'autre, mais disons que le travail n'est pas terminé à ce niveau-là.

Le projet de loi n° 79 apporte des modifications majeures à la Loi sur les accidents de travail et des maladies professionnelles et il modifie, entre autres, le processus d'évaluation médicale. Nous, on a peur que ces modifications-là mettent en péril les progrès obtenus par les danseurs en fait de qualité de traitements préventifs, curatifs et de réadaptation. Pour les danseurs, en regard à leurs soins, il est primordial que l'opinion du médecin traitant soit respecté et valorisé une fois que l'accident du travail ou la maladie professionnelle est reconnue par la CSST.

Il y a des médecins — ils sont peu nombreux — ils ont vérifié, ils reconnaissent l'efficacité de

traitements alternatifs dans le soin de nos blessures et pour nous c'est important de pouvoir faire affaire avec ces gens-là. On ne peut pas imaginer qu'en cas de contestations, soit de la CSST soit de l'employeur, le danseur se voie imposer l'expertise d'un médecin qui ne connaît pas les particularités de son état de santé et surtout de son travail. Pour nous, il serait prétentieux de qualifier d'expertise l'opinion d'un médecin qui a peu ou pas de connaissances du danseur ou des problèmes particuliers de sa profession. C'est un point qui est primordial pour nous. On se fait traiter par des gens en qui on a confiance, des gens qui connaissent toutes les petites bizarreries de notre métier, qui font de la recherche là-dedans, eux. On ne peut pas tout à coup, parce qu'il y a une contestation, se voir proposer un médecin qui, malgré qu'il est probablement très connaissant, qu'il a fait des études poussées, au fond ne connaît rien de notre réalité à nous.

D'ailleurs, nous ne comprenons pas pourquoi les employeurs interviendraient dans l'aspect médical du dossier une fois la lésion reconnue et nous ne comprenons pas non plus pourquoi il y aurait à la CSST une liste fermée de médecins. Si une seconde opinion pour fin de contestation est requise par la CSST, le spécialiste qui devra émettre cette seconde opinion devrait être choisi sans contrainte par le travailleur et son médecin traitant afin de pouvoir obtenir une opinion éclairée et désintéressée.

Je pense que ce n'est pas pour rien que la médecine est divisée en spécialités et en sous-spécialités. C'est parce que c'est impossible, même pour un spécialiste, de connaître à fond le corps humain en entier et tous les problèmes de biomécanique qu'un danseur pourrait rencontrer. Nous, on les cherche, ces gens-là; on cherche ces médecins-là. On fait de la recherche avec eux, alors on aimerait pouvoir faire affaire avec eux. Dans le cas d'opinions contradictoires, oui, la CSST devrait trancher, et le travailleur devrait aussi pouvoir contester; que ça ne soit pas seulement l'employeur ou la CSST qui aurait le droit de contestation.

Pour nous, il est évident que le projet de loi n° 79 ne propose pas un tel fonctionnement, et il est donc insatisfaisant pour nous. Les délais de contestation doivent être aussi assez longs pour permettre aux danseurs professionnels de se constituer un dossier convaincant, ceux-ci ayant en général très peu de moyens à leur disposition pour constituer ce dossier: ils manquent de moyens financiers — le salaire moyen d'un danseur professionnel est de 11 800 \$ par année — ils manquent de ressources professionnelles, nous ne sommes pas syndiqués, on n'a pas de professionnels, de gens qui connaissent la loi à fond pour nous aider et souvent les danseurs n'ont pas de connaissances de la loi et même des possibilités de contestation.

Au lieu de leur accorder des délais raisonnables, le projet de loi n° 79 réduit plutôt les délais déjà existants. Si le danseur désire obtenir l'opinion d'un médecin spécialiste qui devra faire son rapport au médecin traitant qui devra par la suite produire lui-même un

rapport, un délai de 30 jours est nettement insuffisant, qu'il s'agisse de contester ou de réagir à une contestation de la CSST, et cela est d'autant plus vrai en régions où il y a pénurie de médecins.

Deux paliers d'appel sont souvent nécessaires pour les travailleurs-danseurs, entre autres pour se familiariser avec la loi et le processus de contestation, afin qu'ils puissent se constituer un dossier adéquat.

La révision sur dossier, pour nous, ne constitue pas un palier d'appel valable. Un danseur qui doit se préparer seul à une révision a malheureusement peu de chances de produire une argumentation écrite convaincante. Les danseurs qui ont les moyens de faire une argumentation écrite, bon, dans les formes, selon les règles, ils sont très rares. Et ensuite, en 30 jours, bien, qu'est-ce qu'on peut apporter de neuf comme information à notre dossier, si on n'a pas le temps de voir un spécialiste, si on n'a pas le temps de consulter quelqu'un d'autre. On ne peut pas apporter d'eau au moulin dans ces délais-là.

Nous croyons aussi que les parties devraient être entendues par un tribunal impartial, compétent et indépendant. Concernant la nomination des membres de la commission issus des associations syndicales ou d'employeurs, nous trouvons inacceptable que des groupes d'intérêt siègent en juges dans des causes qui les concernent directement ou indirectement. Cela compromet automatiquement l'impartialité du tribunal qui devient alors le lieu d'une lutte de pouvoir. Les membres de la commission ne devraient pas être issus de quelque milieu en particulier ou, alors, ils devraient être issus de tous les milieux.

En remplaçant le BRP et la CALP par la Commission des lésions professionnelles, le projet de loi n° 79 élimine un palier d'appel et le tribunal impartial.

Les danseurs ont à coeur leur condition physique et leur santé. Depuis plusieurs années, ils réajustent leur entraînement, ils étudient leurs conditions de travail, ils collaborent avec la médecine traditionnelle et les thérapies alternatives afin de diminuer leurs risques de blessures et de maladies professionnelles. C'est clair que les danseurs ne veulent pas de vacances payées. Je ne pense pas que c'est le cas de travailleurs en général de toute façon. Ce qu'on veut, c'est vraiment retourner au travail le plus vite possible mais en santé. Une blessure qui est mal traitée parce qu'on n'a pas pu consulter un médecin qui peut nous traiter adéquatement fait qu'on va retourner au travail, que la blessure va continuer ou va en entraîner de nouvelles et à ce moment-là, bien, ça veut dire un autre arrêt de travail et des frais supplémentaires.

À cause de leur situation financière précaire, ils ont besoin d'un système de couvertures qui supporte leurs efforts. Le projet de loi n° 79 ne constitue pas pour nous une amélioration à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, puisqu'en tentant de réduire les coûts et de diminuer les délais dans le processus d'appel il réduit également les possibilités

pour les travailleurs d'être entendus objectivement et de manière juste afin que leurs droits prévalent.

Le projet de loi n° 79 réduit les droits des travailleurs-danseurs en intégrant le médecin traitant au processus de contestation, en imposant au travailleur danseur l'opinion d'un médecin qu'il ne connaît ni ne choisit, en ne donnant pas au travailleur danseur les mêmes droits de contestation médicale qu'il donne à l'employeur et à la CSST, en imposant des délais de contestation irréalistes pour les travailleurs, compte tenu de leurs moyens, en éliminant un palier d'appel et en éliminant le seul tribunal impartial du processus.

De la manière dont ce projet de loi est constitué, la demande d'indemnisation contestée d'un travailleur deviendra à toutes fins pratiques rejetée. Nous sommes évidemment concernés par les coûts et la rapidité du processus d'indemnisation des travailleurs et nous croyons que ce serait une erreur de compromettre la santé et la qualité de vie de ces derniers pour des raisons d'économie et par des moyens qui ne garantissent pas nécessairement l'amélioration du système.

Nous demandons donc que le projet de loi n° 79 soit retiré et qu'un nouveau projet de loi soit présenté. Merci.

Le Président (M. Kieffer): Merci, Mme Boyer. Maintenant, pour une période de 20 minutes, M. le ministre.

• (16 h 50) •

M. Rioux: M. le Président, Mme Boyer, Mme Mongrain, M. Lafortune, c'est intéressant d'avoir l'opinion d'un groupe qui représente des travailleurs qui... Moi, je pense qu'il y a eu des progrès de faits, là, dans votre secteur, depuis un certain nombre d'années, en matière de prévention dans un domaine aussi spécialisé que le vôtre où souvent tout est à faire, tout est à inventer. Je n'ai pas connu votre secteur de la danse; j'en ai connu un autre qui était membre de l'Union des artistes et qui profitait des avantages que j'aimerais bien vous voir bénéficier un jour, dans la mesure où votre organisation va continuer son développement. Ça serait bien souhaitable.

Dans votre mémoire, vous mettez beaucoup l'accent sur l'opinion du médecin traitant, et j'aimerais vous souligner, Mme Boyer, que votre vœu va être à peu près exaucé parce que, dans le processus d'évaluation qu'on projette mettre en place et améliorer, ça va dans le même sens que vous autres. Par contre, vous n'êtes pas d'accord sur bien des modalités du projet de loi n° 79, et c'est intéressant que vous nous le disiez. J'en prends bonne note, puis on verra comment on va gérer ça un petit peu plus tard.

Concernant la liste des médecins, vous n'êtes pas les seuls à être venus ici dire que c'était une liste fermée. Ce n'est pas tout à fait vrai, ça, ce n'est même pas vrai du tout. Pour votre information, cette liste comprend la grande majorité des médecins du Québec et c'est à partir de cette liste-là que le médecin traitant va choisir les trois médecins de son choix pour soigner ce

qui est votre lésion ou votre accident du travail. Il est vrai, et je suis d'accord avec vous, quand vous disiez tout à l'heure: Il faudrait que ça soit des spécialistes ou des médecins qui connaissent notre milieu. Remarquez que tous les groupes peuvent dire ça, hein, vous êtes bien conscients de ça, mais c'est vrai que c'est un milieu particulier, la danse, et les accidents sont fréquents, nombreux, souvent graves.

Moi, je souhaite qu'on ait, dans la pléiade de médecins qui sont à notre disposition et à notre portée, les gens qui vont être capables de vous soigner et de diagnostiquer de façon professionnelle en fait vos problèmes. Mais la liste n'est pas fermée, il ne faut pas qu'on se mette dans la tête, là, que c'est une liste fermée, manipulée par la CSST. Ce n'est pas ça.

J'aimerais vous demander une petite question. Le médecin traitant, c'est vrai qu'il connaît très bien le dossier de son patient puis c'est le mieux placé pour suggérer le nom d'un spécialiste pour expertiser le travailleur accidenté, mais vous parlez peu du BEM dans votre document. Moi, ce que j'aimerais savoir: Qu'est-ce qui serait le plus approprié pour régler les cas de contestation et les cas d'expertise à part le BEM, le Bureau d'évaluation médicale? Certains sont venus ici nous parler de cliniques polyvalentes, multidisciplinaires, avec une pluralité de spécialistes; vous autres, comment vous voyez ça?

M. Lafortune (Sylvain): On ne s'est pas beaucoup penchés sur le BEM, effectivement. Je vais vous dire, nous, comment on verrait idéalement la situation. C'est que le médecin traitant, comme on l'a expliqué dans notre mémoire, recommande un spécialiste — et dans notre cas particulier, ça serait certainement quelqu'un qui connaît bien les particularités de notre métier — et qu'ensemble ces médecins-là discutent et arrivent en fait à un traitement adéquat, compte tenu finalement des besoins du patient. S'ils n'arrivent pas à s'entendre, ce qui serait surprenant, si on pense à des médecins qui connaissent bien la danse, là. J'imagine que la Commission devra trancher à ce moment-là. Ce que nous souhaitons par contre, c'est qu'il y ait une possibilité d'appel après. Parce que ce qui nous dérange beaucoup, c'est le manque de possibilité de contestation par le travailleur.

M. Rioux: J'aimerais ça aller peut-être un petit peu plus loin. Vous reconnaissez que c'est le médecin traitant qui connaît le mieux son patient, qui connaît le mieux la réalité qu'il vit. C'est le mieux placé pour suggérer un nom de spécialiste, bon, etc. Mais vous voulez, vous autres, que ce spécialiste-là, il le choisisse là où il veut. Est-ce que je vous comprends bien, là? C'est clair, ça?

M. Lafortune (Sylvain): Oui.

M. Rioux: Vous ne voulez pas que ça soit un médecin qui soit dans le giron de la CSST.

M. Lafortune (Sylvain): On ne voit pas pourquoi ce serait nécessaire.

M. Rioux: O.K

M. Lafortune (Sylvain): Si les médecins sont reconnus par leur corporation médicale et, s'il est reconnu comme compétent dans son domaine, il n'y a pas de raison de ne pas considérer son opinion comme valable.

M. Rioux: Vous vous opposez à l'abolition du bureau de révision comme plusieurs groupes l'ont manifesté. Peu, mais quand même, quelques-uns. Vous ne trouvez pas que deux procès, c'est lourd pour des travailleurs? Un, ce serait assez.

Mme Boyer (Lise): Je pense que c'est sûr que c'est lourd et qu'il y a sûrement façon de l'améliorer. Mais il faut que ça soit amélioré. Si on leur enlève un palier d'appel ou une chance d'expliquer leur cas, ce n'est pas vraiment de l'amélioration, c'est simplement d'expédier les choses. On ne veut pas prolonger le processus. Mais, pour nous, d'avoir une révision sur dossier simplement, par écrit, où on n'a pas le temps d'apporter de nouvelles informations, ce n'est pas tellement valable. Ça, c'est, en fait, une perte de temps. Puis, après ça, d'aller, de se rendre à une espèce de tribunal qui est paritaire, bon, où, nous, on est confrontés pour la première fois à ce genre de situation... Ça va peut-être pour les travailleurs qui ont des syndicats, qui sont habitués d'être dans ces situations-là, qui ont des spécialistes qui sont peut-être payés à l'année pour régler ces cas-là. Nous, c'est chaque petit danseur qui va aller présenter son petit dossier devant le tribunal. Pour nous, c'est très difficile d'accepter ça. Peut-être que, dans les écoles de danse, on devrait avoir des cours de formation sur comment régler nos problèmes légaux, mais on n'est pas rendus là encore. Alors, c'est sûr qu'il y a place à l'amélioration. On dit simplement qu'on ne croit pas que c'est la meilleure façon de procéder.

Il y a bien des choses, nous, par rapport à la CSST, qu'on aimerait voir changer. Bon, la liste de médecins, on insiste beaucoup là-dessus. Peut-être qu'un jour on pourra même dire que finalement on aimerait que ça ne soit pas juste des médecins sur la liste des spécialistes. Tout le monde le sait que les danseurs, on ne se fait pas seulement traiter en médecine traditionnelle. Bon, là, on n'exagérera pas, là, mais c'est le point de vue qu'on a, à un moment donné. On sait bien que la liste n'est pas fermée. Les médecins peuvent demander d'en faire partie. Mais peut-être que, nous, le médecin qui nous connaît, qui est le meilleur pour régler notre cas, il ne veut pas nécessairement en faire partie parce qu'il ne veut pas se faire référer des cas qu'il ne connaît pas. Et il ne fait pas partie de cette liste. Et on ne peut pas le voir.

M. Rioux: Vous aimeriez voir arriver un jour des spécialistes de la médecine douce, par exemple.

Mme Boyer (Lise): Oui, des médecines alternatives. Les danseurs emploient beaucoup d'autres méthodes, l'acupuncture, etc. Évidemment, maintenant on peut les employer sous l'approbation d'un médecin; ce qui est bien, mais...

M. Lafortune (Sylvain): Un bon exemple de traitement, c'est d'ailleurs si un médecin qui travaille beaucoup avec les danseurs connaît les bienfaits de l'acupuncture ou de l'ostéopathie, etc., il y a énormément de sous-groupes, puis que ce traitement-là est contesté par un orthopédiste qui, lui, veut juste ouvrir l'épaule et recoudre le tendon, si c'est à ce niveau-là que ça se passe, on ne se comprendra jamais.

● (17 heures) ●

M. Rioux: Chacun ses trips. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lafortune (Sylvain): J'exagère évidemment.

Une voix: Si peu.

M. Rioux: Non, l'image est un peu sanglante, mais...

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lafortune (Sylvain): C'est parce qu'un orthopédiste... Il y a plusieurs façons de faire. Même en orthopédie, il y en a qui favorisent une approche beaucoup plus sensible au corps puis d'autres, bien, c'est ça, ils recousent puis ça marche; l'épaule, elle tient.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Lafortune (Sylvain): Il n'y a pas de problème.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rioux: C'est heureux que vous mettiez un peu d'humour.

M. Beaudet: Le problème, c'est que je ne suis pas sûr.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rioux: Généralement, les gens qui viennent ici sont sérieux ou ils se prennent... C'est des grands, grands spécialistes. J'aimerais vous dire que...

M. Lafortune (Sylvain): Je «peux-tu» juste...

M. Rioux: Oui, vas-y donc.

M. Lafortune (Sylvain): Bien, quand vous dites que tous les médecins font partie de la liste, ça veut dire

que toutes les spécialités sont représentées, hein? C'est ça que vous voulez dire.

M. Rioux: Tous les médecins qui veulent.

M. Lafortune (Sylvain): Tous les médecins qui veulent. Moi, je me demande pourquoi c'est si difficile pour les médecins de faire affaire avec cette CSST là. J'avais envie de vous demander... Ils semblent avoir un problème à faire affaire avec la CSST au niveau de la paperasserie, et tout ça. Pourquoi est-ce si difficile pour un médecin de faire affaire avec la CSST? J'entendais les intervenants avant moi. Nous-mêmes, en parlant avec des médecins, on a eu cet écho-là. Bon. Moi, je n'en ai aucune idée, là, mais ça semble être une difficulté. Bien, moi, je vous pose la question, c'est peut-être un problème auquel il faudrait s'adresser. Pourquoi c'est si pénible pour les médecins de faire partie de la liste ou de faire affaire avec la CSST?

M. Rioux: Il y en a qui ne trouvent pas ça pénible du tout.

M. Lafortune (Sylvain): Pardon.

M. Rioux: La plupart ne trouvent pas ça pénible du tout.

M. Lafortune (Sylvain): C'est juste les échos que j'ai, évidemment.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rioux: Quelques-uns se plaignent.

M. Lafortune (Sylvain): Je n'ai pas fait de recherches là-dessus.

M. Rioux: Il y en a même qui ont poussé l'audace jusqu'à dire que certains abusait du système.

M. Lafortune (Sylvain): J'ai entendu ça aussi.

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Rioux: Est-ce que vous êtes d'accord avec ça?

M. Lafortune (Sylvain): Je n'ai pas d'opinion là-dessus, non.

M. Rioux: Vous n'avez pas d'opinion. Moi non plus d'ailleurs.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gobé: Alors, Merci, M. le Président.

Une voix: Bonjour.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gobé: On vous salue. Alors, mesdames et messieurs, il me fait plaisir, au nom de l'opposition officielle, de vous accueillir, et je dois dire que votre mémoire est très intéressant, pas épais, mais clair, direct...

Une voix: C'est bien, quand même.

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Gobé: Oui, oui, très, très bien. C'est parce que vous avez réussi à mettre dans une page en particulier, les raisons pour lesquelles le projet de loi réduit les droits des travailleurs, et je vais vous dire qu'il y a des groupes qui l'ont mis sur 50 pages, 75 pages, 100 pages, et vous avez synthétisé tout ça. Ça, ça a l'avantage de la clarté, puis en fin de commission comme ça, après plusieurs semaines, je pense que ça nous aide à faire un peu le résumé et je dois vous dire que ça correspond à peu près à tout ce qu'on a entendu des gens qui s'opposent, là, hein, ou qui se questionnent.

Le projet de loi réduit les droits des travailleurs-danseurs. Bien, on pourrait dire «des travailleurs» puis ça s'appliquerait à peu près à tout le monde, intégrant le médecin traitant des processus de contestation. Tout le monde à peu près a fait valoir ça: imposant au travailleur l'opinion d'un médecin qu'il ne connaît ni ne choisit, ne donnant pas au travailleur les mêmes droits de contestation médicale qu'il donne à l'employeur et à la CSST. Là, vous posez une question d'ailleurs: Pourquoi c'est compliqué d'avoir des listes des médecins sur les listes? Bien, vous répondez avec le troisième: Ne donnant pas au travailleur les mêmes droits de contestation médicale qu'il donne à l'employeur et à la CSST. C'est évident qu'ils veulent engager bien plus souvent des médecins qui vont penser comme eux que des médecins qui pourraient être un peu plus impartiaux. Il semble que leur but, c'est de contester la réclamation d'un accidenté, ce n'est pas de lui donner raison, là. Imposant des délais de contestation irréalistes pour les travailleurs compte tenu de leurs moyens — ça s'applique à peu près à tous les autres travailleurs, ça aussi — éliminant un palier d'appel, éliminant le seul tribunal impartial du processus. Et là aussi vous rejoignez à peu près tout le monde.

On se rend compte que vous faites un peu le «wrap up» — si je peux me permettre un anglicisme — de cette commission. Il reste quelques groupes après vous, mais je pense que, si vous aviez été le dernier groupe, vous auriez pu faire le discours au nom de tout le monde puis dire: Voilà un peu ce qu'il y a dans le projet de loi. Vous avez émis quelques recommandations. Vous n'avez pas parlé du BEM beaucoup, en effet. Mais est-ce que vous, le BEM tel qu'il est, est-ce que vous préféreriez le voir changé, évolué ou on l'enlève complètement ou on remplace? J'aimerais ça peut-être... C'est un des points dont vous ne parlez pas ou presque

pas. Le ministre a essayé de vous en faire parler, mais vous n'avez pas été très loquace. Auriez-vous un problème avec le BEM ou n'en avez-vous pas? Ou trouvez-vous que...

Mme Boyer (Lise): Non, bien, je pense que pour nous, si on arrive à obtenir que l'opinion du médecin traitant reste importante, qu'on puisse faire affaire avec des spécialistes qui connaissent notre milieu, notre travail, en quelque part, on n'aurait pas besoin de se rendre là. Disons qu'on ne s'attaque pas... On ne s'est pas rendus là parce qu'on se dit: si on réglait les problèmes qui se posent, avant, peut-être que ça changerait complètement le rôle du BEM ou son importance ou enfin le nombre de cas dont il aurait à débattre ou qu'il aurait à régler. Je pense qu'il faut s'attaquer au premier palier avant d'aller plus loin. Et pour nous, c'est ce premier palier là qui est important. La contestation, en quelque part, il faudrait que la personne qui conteste ait le fardeau de la preuve et puis, si on doit se faire voir par un autre médecin, bien, il faut que son opinion soit valable et pour qu'elle soit valable, il faut que ça soit quelqu'un qui connaisse bien notre milieu, notre travail, à la limite même, nous, notre façon de travailler personnellement.

M. Gobé: Alors, est-ce que ça ne pourrait pas s'appliquer ça à d'autres sphères d'activités ou d'autres professions? Prenons un exemple dans la construction ou dans une fonderie ou une aluminerie.

Mme Boyer (Lise): Mon expérience en fonderie et construction étant très limitée, je ne peux pas me permettre de répondre en leur nom. Je ne sais pas à quel genre de problèmes, eux, ils font face. Est-ce que ça leur arrive souvent, par exemple, d'être en face de problèmes comme ça. Je n'en ai pas idée. Alors, j'aimerais mieux m'abstenir.

M. Lafortune (Sylvain): Mais, il faut dire que le BEM, tel qu'il existe en ce moment, ne nous cause pas vraiment de problèmes. On ne s'est pas vraiment penché là-dessus particulièrement, ce qui fait qu'on ne peut pas vraiment commenter très loin à ce sujet-là.

M. Gobé: Vous avez parlé, au niveau du paritarisme, du tribunal de dernière instance, ou l'organisme de dernière instance, qui va devoir trancher. Vous dites que vous trouvez qu'il n'est pas normal que des représentants de l'employeur et des syndicats soient là, pour avoir l'impartialité. Ça rejoint à peu près ce que beaucoup de groupes ont dit, le Protecteur du citoyen, le Barreau, enfin beaucoup de gens, l'article 23 de la Charte des droits et libertés, l'apparence de justice impartiale. Est-ce que vous préféreriez qu'on garde le système actuel avec la CALP, telle qu'elle est maintenant? Est-ce que vous voyez le besoin de changer la CALP du ministère de la Justice, duquel elle dépend actuellement, donc impartiale? De l'abolir? De refaire la

nouvelle Commission du ministre, paritaire, avec laquelle vous n'êtes pas d'accord — le paritarisme — en plus de la mettre sous sa juridiction? Parce que, là, on se retrouve avec un organisme qui dépend de la juridiction du gouvernement. Alors, est-ce que vous...

M. Lafortune (Sylvain): De la façon dont vous posez les questions, vous savez déjà la réponse, je pense. Ha, ha, ha!

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gobé: Mais j'aime ça vous l'entendre dire, pour le bien...

M. Lafortune (Sylvain): Evidemment, non.

M. Gobé: ...des travaux, et vous voir élaborer, bien sûr. Je lance la première note, et vous allez faire les pas de danse subséquents.

M. Lafortune (Sylvain): Le paritarisme pour nous, bien, de la façon dont il est proposé, c'est de réduire la dynamique de notre société à une seule, syndicale-patronale, et je pense que la société est beaucoup plus complexe que ça. Donc, pour nous, les commissaires... Pourquoi ne pas avoir un représentant du milieu de la danse, un représentant des ingénieurs conducteurs de locomotive, etc. La société est beaucoup plus complexe que juste ça et, donc, pour nous, les commissaires devraient être compétents et — comment on dit ça, là? —

• (17 h 10) •

Une voix: Indépendants.

M. Lafortune (Sylvain): ...indépendants et impartiaux, voilà...

M. Gobé: Impartiaux, oui.

M. Lafortune (Sylvain): ...et c'est ça, les critères, finalement. Moi, ça me fatigue beaucoup de voir un patron ou un syndicat... Moi, je veux que mon cas soit jugé de manière juste et impartiale, et c'est tout. Ça ne me dérange pas qui est là.

Mme Boyer (Lise): Je pense qu'on ne veut surtout pas que les cas deviennent des espèces de bouc émissaire, de tribunes d'idées pour des groupes en particulier; surtout pour nous, bon, je l'ai dit tout à l'heure, on n'est pas syndiqués. Nos patrons sont souvent sur la scène avec nous.

M. Lafortune (Sylvain): Littéralement, là. Ha, ha, ha!

Mme Boyer (Lise): Littéralement, oui, oui.

M. Lafortune (Sylvain): Ils dansent avec nous.

Mme Boyer (Lise): Vraiment. Alors, pour nous, c'est une réalité qui est en fait... pas qui ne nous concerne pas, mais qui ne se rattache pas à nous et probablement à beaucoup de gens qui ne sont pas syndiqués. Alors, on ne veut pas qu'il y ait une tribune de plus pour que les syndicats et les patrons se battent; ce n'est pas ça qu'on veut. On veut que notre cas soit étudié de façon intelligente, compétente, claire et impartiale, c'est tout.

M. Gobé: Alors, en terminant mon intervention, avant que peut-être mon collègue puisse vous questionner, j'aimerais vous dire, au nom de l'opposition, que ce qu'on retrouve dans votre mémoire correspond en très, très grande partie à notre position à nous, de ce côté-ci, à ce que nous entendons défendre dans les prochaines semaines, les prochains mois, si on parle de ce projet de loi là. Il peut y avoir quelques nuances, mais sur l'ensemble nous sommes certainement dans la même voie et, comme vous, nous demandons aussi bien sûr que le projet de loi n° 79 soit retiré parce qu'il n'a plus de raison d'être là, pour les délais, entre autres, qui n'existent plus, et en plus il va compliquer la vie des travailleurs au lieu de la faciliter, et peut-être faire des économies mais peut-être aléatoires parce que les économies qui étaient annoncées par le ministre — de 53 000 000 \$ à un moment donné dans un de ses documents — étaient basées sur les chiffres de 1993. Or, si les chiffres ne sont plus bons pour les délais, on comprendra aisément qu'ils ne doivent plus être bons non plus pour les économies. Alors, nous sommes en votre compagnie et nous souhaitons avoir l'occasion... Si vous avez d'autres commentaires à nous faire dans le processus qui continuera après celui-là, n'hésitez pas à nous le faire savoir. Nous verrons à faire suivre vos recommandations, vos demandes ou vos objections.

Alors, je vous remercie, moi. Maintenant, peut-être que mon collègue aimerait poser quelques questions.

Le Président (M. Beaulne): M. le député d'Argenteuil, vous avez la parole.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. Vous avez pu remarquer, mesdames, monsieur, que, si le ministre ne sait pas danser, il sait très bien patiner, parce qu'il est parti d'une mention dans votre document où vous terminez: «Nous demandons donc que le projet de loi n° 79 soit retiré et qu'un nouveau projet de loi soit présenté», et il a trouvé la façon de vous dire que la majorité de vos demandes seraient répondues par le projet n° 79.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Beaudet: Alors, il faut vraiment savoir patiner sinon danser.

Une voix: Ha, ha, ha!

M. Beaudet: J'aimerais juste une petite consultation gratuite. Si jamais vous avez le tendon de l'épaule sectionné, n'allez pas voir un acupuncteur, allez voir un orthopédiste.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Beaudet: Une brève question: Vous avez probablement assisté au mémoire précédent, où on nous parlait d'avoir le patient ou le travailleur accidenté qui va voir son médecin traitant, qui, lui, s'il y a lieu, l'achemine à un consultant, oui ou non, dépendant de la lésion qui est présente, et, s'il y a une contestation, soit par la CSST ou par l'employeur, on va directement à la CLP. Est-ce que vous, même s'il n'y a plus qu'un seul tribunal d'appel — parce que vous semblez vouloir vous familiariser avec les situations d'appel pour être plus à l'aise — cette démarche-là, c'est quelque chose qui vous irait?

Mme Boyer (Lise): D'avoir seulement un tribunal?

M. Beaudet: Vous allez voir votre médecin spécialiste — à la demande de votre médecin traitant — il fait son rapport; il y a une contestation par la CSST ou par l'employeur, on s'en va à la CLP et ça finit là.

Mme Boyer (Lise): Bien, je pense qu'il faut être au courant de quelle est cette contestation-là.

M. Beaudet: Oui, mais, s'il y a une contestation par votre employeur, il dit: Il n'est pas question, tu devrais retourner au travail et ça presse, alors vous montez à la CLP directement.

M. Lafortune (Sylvain): On va parler spécifiquement de notre métier à nous. Nous, on considère qu'on a des particularités très spécifiques et on veut avoir le droit de contester et, donc, on a besoin d'un autre pallier d'appel. On veut pouvoir contester l'opinion de tout le monde.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Beaudet: Vous êtes des contestataires. Vous êtes des contestataires, si je comprends bien.

M. Lafortune (Sylvain): Parce qu'on considère que notre métier a des particularités très spécifiques. Et on a beaucoup de difficultés à faire comprendre ça aux gens. Ça «résume-tu» bien?

Mme Boyer (Lise): Oui. Et je pense que, bon, on veut pouvoir contester tout le monde dans le sens où on est vraiment les mieux placés pour savoir, là. Tant qu'il n'y aura pas un agent de la CSST qui a dansé

pendant 20 ans, je ne sais pas... C'est important pour nous de pouvoir...

M. Beaudet: Je comprends votre point, mais le joueur de violon de l'Orchestre symphonique, qui a une tendinite au coude, il nous dit la même chose: il faudrait que le gars de la CSST se mette à jouer du violon pendant 20 ans.

Mme Boyer (Lise): Bien, peut-être.

M. Beaudet: Oui, mais vous savez bien que ce n'est pas réaliste, là.

Mme Boyer (Lise): Je le sais que ce n'est pas réaliste, mais ce qu'on veut dire, c'est que, quand on se fait contester un traitement pour une blessure, vous comprenez que c'est notre vie qui est en jeu. Puis on va se retrouver à Hippolyte-Lafontaine, dans tous les sens du mot, pour contester, parce que les gens qui se font briser leur carrière parce qu'ils ne peuvent pas avoir les traitements adéquats, parce qu'ils ne peuvent pas retourner au travail, ça se retrouve... Ça va aller jusqu'à la psychose. C'est très important. Donc, on ne peut pas...

Pour nous, oui, peut-être qu'on est exigeants et que ce n'est pas des économies d'avoir deux paliers d'appel.

M. Beaudet: Non, je ne pense pas à ça, moi.

Mme Boyer (Lise): C'est notre vie qu'on joue. Mais c'est parce que je pense que juste le fait de réduire ça à un palier d'appel, comme vous dites... Bon, il y a une contestation; le médecin traitant fait son rapport et youp! on expédie ça en dernier recours. Ce n'est pas nécessairement mieux pour nous que ce qui se fait en ce moment, finalement.

M. Lafortune (Sylvain): D'autant plus, aussi, que toutes ces contestations-là se font finalement sans consulter le patient, le danseur. C'est la CSST qui appelle le médecin. Tout ça, ça se passe entre médecins, puis, nous, finalement on va apprendre qu'il y a une décision qui a été prise. Je ne sais pas comment ça se passe, là. Mais ce qu'on veut, c'est être impliqués dans tous les paliers de contestation.

M. Beaudet: S'il y avait obligation pour le médecin traitant, lorsqu'il reçoit le rapport du spécialiste et qu'il y a une notion de contestation, s'il y avait l'obligation pour le médecin de vous en informer avant d'aller à la CLP, est-ce que c'est quelque chose qui répondrait à vos attentes?

M. Lafortune (Sylvain): Ce serait raisonnable.

Mme Boyer (Lise): Bien, il faudrait même ça. Puis il faudrait avoir le temps nous peut-être d'aller consulter quelqu'un qui va dire: Écoutez, je veux bien

croire que cette opinion-là de ce médecin-là peut être... C'est un médecin, mais ce n'est peut-être pas un spécialiste en danse. Alors, il faut avoir le temps de réagir et évidemment il faut avoir le temps d'être avisés avant d'aller au CLP, c'est sûr.

M. Beaudet: Parce que, moi, là, je ne suis pas touché par les économies, là. Ce n'est pas ça qui m'inquiète. Ce que je recherche, c'est beaucoup plus que le travailleur accidenté ait satisfaction et justice et que ça soit équitable pour lui, que le processus fasse qu'il n'ait pas d'abord à déboursier de sa poche pour aller chercher l'expertise qui ne m'apparaît pas correcte, et puis, une fois qu'il y a l'expertise, bien, que cette expertise-là, si elle est contestée, il y ait un commissaire ou un tribunal — qu'on l'appelle comme on voudra — qui va décider, puis cette décision-là sera finale.

Et évidemment, dans ces décisions-là, il y en a qui vont être favorables puis d'autres qui ne seront pas favorables. Il y en a qui vont se sentir lésés puis d'autres vont se sentir au septième ciel. Bien, là, c'est comme dans la Cour, bon. Je suis sûr que O.J. Simpson n'est pas content du deuxième jugement et qu'il aimait mieux le premier. Bien, c'est ça, la justice, là, bon. On ne peut pas toujours avoir sa satisfaction.

Mais, si on se met à avoir des médecins spécialistes en danse, puis d'autres en musique, puis d'autres en violon, puis d'autres en hockey, puis d'autres en tennis, on ne finira plus.

M. Lafortune (Sylvain): Il y en a des médecins spécialistes en danse, déjà.

Mme Boyer (Lise): Oui, oui, mais c'est ça; c'est normal qu'on soit examinés et évalués par un médecin qui est spécialiste en danse, que le violoniste soit examiné... Ça, c'est normal. Et c'est...

M. Beaudet: Bien, ce n'est pas normal, mais, en tout cas...

Mme Boyer (Lise): Bien, c'est normal...

M. Lafortune (Sylvain): Mais votre question, c'est quoi le problème avec ça?

Mme Boyer (Lise): ...puisqu'il y en a.

M. Beaudet: Non, mais ce que je recherche... Elle a mentionné le fait qu'on cherchait des économies. Ce n'est pas ça qu'on cherche.

Mme Boyer (Lise): Ah non, non, non, non.

M. Beaudet: On cherche le mécanisme qui va vous donner justice.

Mme Boyer (Lise): C'est ça.

• (17 h 20) •

M. Beaudet: Puis on cherche le mécanisme qui va être le plus rapide, qui va faire que les délais ne seront pas indus, puis que vous aurez réponse à votre problème mais justice aussi sur le plan financier. Si vous avez une lésion puis que vous voulez vraiment que vous soyez supportés par la CSST, bien, que vous l'ayez cette compensation-là.

Mme Boyer (Lise): Exactement.

M. Beaudet: Si vous la méritez, bien que vous l'ayez. C'est ça qu'on cherche.

M. Lafortune (Sylvain): On s'entend.

Mme Boyer (Lise): On s'entend très bien.

M. Beaudet: O.K. Alors, si dans le mécanisme que je vous ai parlé tantôt, il y avait une obligation pour le médecin traitant de vous en informer, déjà vous seriez plus satisfaite.

Mme Boyer (Lise): Oui.

Une voix: On ne peut pas dire non à ça.

Mme Mongrain (Parise): Oui, puis s'il se trouvait à quelque part dans le palier d'appel ou n'importe où dans la hiérarchie du système, qu'on puisse vraiment s'adresser et avoir l'expertise d'un médecin spécialiste en danse qui existe déjà — il y en a déjà à peu près 25...

M. Beaudet: Mais ça, vous l'avez dès le départ. Votre médecin traitant va vous envoyer à votre spécialiste.

Mme Mongrain (Parise): Absolument.

M. Beaudet: Mais, là, de l'appel, il n'y en aura plus. C'est lui. Ça me va.

Le Président (M. Beaulne): Alors, Mme Boyer, Mme Mongrain, M. Lafortune, la commission vous remercie d'avoir participé à ces audiences, et, sur ce, je suspends nos travaux jusqu'à 20 heures ce soir.

(Suspension de la séance à 17 h 21)

(Reprise à 20 h 7)

Le Président (M. Beaulne): À l'ordre, s'il vous plaît! Alors, j'inviterais le Dr Arnold Aberman à prendre place à la table de la commission pour nous présenter son mémoire. Vous aurez une demi-heure, 30 minutes, pour nous faire part de vos commentaires, c'est-à-dire une présentation pour un maximum de 10 minutes. Par la suite, les deux formations pourront échanger avec vous.

Alors, je vous demanderais de vous identifier, ainsi que la personne qui vous accompagne, pour les fins de la transcription.

M. Arnold Barry Aberman

M. Aberman (Arnold Barry): Je suis le Dr Arnold Aberman. Je travaille comme médecin. J'ai une formation en médecine familiale. Je travaille à Beauharnois maintenant, depuis 20 ans, dans un CLSC. Une bonne partie de ma pratique comprend des accidents du travail et ceux et celles avec des maladies professionnelles. À mon côté, c'est le Dr Pierre Auger, qui a une formation en hématologie, spécialiste en médecine du travail. Maintenant, je vais lire le mémoire qu'on avait présenté, qu'on va présenter ce soir.

Nous sommes tous et toutes des médecins traitants, généralistes et spécialistes, pratiquant soit en centre hospitalier, soit en CLSC ou encore en clinique ou bureau privé. Certains de nos patients sont des victimes d'accidents et de maladies du travail et nous considérons que ces personnes devraient avoir le droit d'être traitées sur un pied d'égalité avec tous nos autres patients et recevoir, en conséquence, tous les soins nécessaires à une guérison la plus complète possible.

Or, malgré tous nos efforts pour dispenser à ces patients les soins les plus appropriés, nous constatons que le droit élémentaire à des soins de santé adéquats, qui subit déjà des entorses sévères à cause de l'actuel processus d'évaluation médicale ayant cours à la CSST, risque fort d'être encore plus gravement compromis si le projet de loi n° 79 sur la déjudiciarisation à la CSST est adopté.

• (20 h 10) •

Par cette réforme, on nous demande de choisir les médecins dont la CSST se servirait pour contester les conclusions médicales à partir d'une liste des médecins qui agissent pour elle, et ce, à l'intérieur du délai irréaliste de cinq jours. C'est là un rôle que nous refusons de jouer. Nous avons étudié la médecine parce que nous avons la volonté de traiter des gens souffrants, pas pour qu'on nous intègre dans les rouages du processus administratif de la CSST. Quelle relation de confiance pourrions-nous avoir avec nos patients si nous participons au processus de contestation qui a trop souvent pour effet une fin prématurée de leur traitement, une sous-évaluation de leurs séquelles et de trop nombreuses rechutes ou aggravations de leur état?

De plus, la CSST, qui s'ingère déjà de façon injustifiée dans le traitement de nos patients accidentés, voit institutionnaliser, par le projet de loi n° 79, sa pratique maintes fois critiquée à l'effet de contacter directement les médecins traitants afin de les inviter à modifier tantôt leur diagnostic, tantôt leur plan de traitement, tantôt leur évaluation des séquelles d'une lésion professionnelle. Nous ne pouvons approuver une telle orientation qui laisserait l'accidenté sans aucun recours. Enfin, ces tracasseries administratives risquent fort d'avoir pour conséquence d'augmenter le nombre de nos

confrères et consoeurs qui ont déjà renoncé à agir dans les dossiers des victimes d'accidents et de maladies du travail.

En tant que médecins traitants, nous estimons avoir le droit de décider nous-mêmes des soins requis pour la guérison la plus complète possible de nos patients. En tant que médecins traitants, nous estimons être les mieux en mesure de juger de l'état de nos patients. En tant que médecins traitants, nous n'avons aucun intérêt à prolonger indûment les périodes de traitements médicaux ni à prescrire des arrêts de travail inutiles. Nous n'en tirerions aucun profit.

Finalement, nous estimons que le projet de loi place les victimes d'accidents et de maladies du travail dans une position intenable où tout le monde peut contester l'opinion du médecin traitant, sauf le principal intéressé: l'accidenté.

Le projet de loi n° 79 nous apparaît être porteur de grandes injustices et nous demandons qu'il soit retiré afin que le gouvernement puisse présenter une réforme visant plutôt à imposer des limites à l'ingérence de la CSST et des employeurs dans le processus d'évaluation médicale et à abolir le Bureau d'évaluation médicale, qui est critiqué depuis de nombreuses années parce qu'il est un des facteurs majeurs de judiciarisation dont est porteur le régime d'indemnisation des victimes d'accidents et de maladies du travail.

Cette lettre-là a été signée par 13 médecins. C'est fini.

Le Président (M. Beaulne): Merci, M. Aberman. Alors, M. le ministre, je vous invite à interroger nos invités.

M. Rioux: Si je comprends bien, vous vous définissez comme des spécialistes de la médecine du travail. Vous avez présenté votre collègue comme étant un spécialiste de la médecine du travail. Vous contestez l'existence du BEM. Vous contestez même la présence de la CSST dans les mécanismes actuels. Vous allez jusqu'à dire que l'employeur n'a absolument pas d'affaire là-dedans, qu'au fond...

M. Aberman (Arnold Barry): Qu'est-ce qu'on propose?

M. Rioux: Au fond, ce que vous nous proposez, c'est: Laissez-nous ça entre les mains puis on va s'arranger avec ça.

M. Aberman (Arnold Barry): Qu'est-ce que nous proposons, c'est que les accidentés du travail soient traités comme tous les autres patients qui viennent nous voir. La CSST, comme administrateur de la Commission, a un rôle à jouer certainement à la surveillance des fonds qui viennent des employeurs, mais...

M. Rioux: Mais vous n'êtes pas sans savoir que la CSST, il y en a qui sont venus nous dire ça, c'est une

compagnie d'assurances. Pour indemniser, il faut qu'elle se mette le nez quelque part.

M. Aberman (Arnold Barry): Oui, et, quand ils se mettent le nez quelque part, ils contredisent, ils voudraient que le médecin traitant dise: Le médecin traitant, on trouve qu'on n'est pas d'accord avec le diagnostic, on aimerait que ce soit évalué par un autre médecin. Pourquoi ne pas laisser le médecin traitant, comme dans tous les autres cas de nos malades, choisir le spécialiste pour avoir une deuxième opinion pour améliorer le diagnostic, pour améliorer les soins de traitement? Pourquoi les traiter, les accidentés, différemment des autres malades que l'on voit quotidiennement dans nos bureaux? Je pense que la CSST a le droit de poser des questions sur le diagnostic et les traitements que font les médecins traitants auprès des accidentés. Je ne mets pas ça en question. Je mets le processus qui est mis en place pour la surveillance et la contestation des rapports et des diagnostics des médecins traitants. Je trouve que l'on doit traiter les accidentés sur le même pied d'égalité que les autres malades qu'on voit.

M. Rioux: Je voudrais juste comprendre. Dans un régime où l'opinion du médecin traitant lie la CSST, des mécanismes doivent être mis en place, et votre groupe ne propose aucune avenue pour améliorer le régime actuel. Tout ce que vous nous dites, c'est: Laissez-nous le dossier et on va le gérer, nous, on ira chercher les expertises qu'on voudra bien aller chercher.

M. Aberman (Arnold Barry): Oui, oui.

M. Rioux: Mais j'aimerais vous entendre un petit peu plus... J'aimerais vous entendre élaborer un peu plus là-dessus. On ne peut pas non plus dire: Vous avez la voie, la vérité et la vie, on vous laisse aller et se contentera de payer s'il y a des factures.

M. Aberman (Arnold Barry): O.K. Tu nous laisses faire ça pour la Régie de l'assurance-maladie du Québec. Si jamais il y a des plaintes contre un médecin, c'est surveillé par la Corporation. C'est exactement le régime pour la vaste majorité de nos patients. Ils nous laissent aller, c'est la Régie qui paie les médecins et les frais, c'est la Corporation des médecins qui surveille la compétence professionnelle des médecins.

À la Société de l'assurance automobile du Québec, exemple, quand il y a une contestation du médecin de la Société, ils pourraient demander une contre-expertise par leur médecin. Mais tu posais des questions, avant, des employeurs, c'est quoi, le rôle des employeurs. Exemple, le régime de la CSST, c'est la seule place où les cotisants auraient le droit de contester, de s'ingérer dans les affaires du médecin traitant. Dans les autres régimes d'assurance, que ce soit à la SAAQ ou à la RAMQ, les cotisants, ils n'ont pas le droit d'intervenir dans les contestations des médecins traitants. Dans la CSST, tu me poses des questions sur: C'est

quoi, le rôle de l'employeur? Je vois le rôle d'un employeur comme le rôle de tous les cotisants dans les autres régimes.

Pour revenir sur la surveillance des médecins traitants, moi, j'ai confiance que, si ces médecins-là ont passé les études qui durent entre huit, 10 et 12 ans à l'université, avec une surveillance et de la coopération, et ils ont ce chemin ouvert, libre avec les autres malades qu'ils voient quotidiennement, pourquoi ils n'ont pas ce chemin libre et ouvert avec les accidentés du travail? Avec une surveillance de la CSST, ils ont le droit, le devoir de surveillance des fonds des employeurs, mais, s'il y a une contestation à faire: Écoute, Dr Aberman, on n'est pas d'accord avec le diagnostic et le plan de traitement, on veut avoir un deuxième avis. Je n'ai rien contre ça. On va trouver un médecin spécialiste de notre choix qui va examiner le travailleur, confirmer ou infirmer le diagnostic, et on verra par la suite. Mais pourquoi faire cette différence pour les accidentés qu'avec les autres malades qu'on voit, les autres patients qu'on voit tous les jours?

M. Rioux: Bien. J'aimerais que vous nous parliez des expériences que vous avez vécues avec le BEM. Vous en demandez l'abolition.

M. Aberman (Arnold Barry): Oui, oui.

M. Rioux: Qu'est-ce qui ne fonctionne pas au BEM, selon vous?

M. Aberman (Arnold Barry): Selon moi? O.K. Qu'est-ce qui ne fonctionne pas au BEM, c'est que leur objectif n'est pas nécessairement le bien-être des accidentés. Leur objectif fondamental, c'est, selon moi et selon d'autres, des médecins contrôleurs pour la CSST, qui auraient pour objectif seulement de mieux gérer les fonds de la CSST. C'est ça, leur objectif. C'est comme les médecins qui font des expertises pour les compagnies d'assurances, suite à une demande, après qu'un travailleur ou une travailleuse est tombé malade. Il y a un médecin à la compagnie d'assurances qui va surveiller les dépenses encourues par ce travailleur ou cette travailleuse malade.

M. Rioux: Vous n'avez pas...

M. Aberman (Arnold Barry): C'est la même chose au niveau de la CSST. Le BEM est là pour contrôler les fonds, il n'a pas là pour avancer le diagnostic. Ils ne sont pas là pour améliorer les traitements. Ils ne sont pas là pour le bien-être des travailleurs et des travailleuses accidentés, ils sont là purement pour une chose, c'est la surveillance, comme médecins contrôleurs, finalement.

M. Rioux: Vous n'avez pas une très haute opinion de leur éthique professionnelle.

● (20 h 20) ●

M. Aberman (Arnold Barry): Ah non!

M. Rioux: Ils ont le même code de déontologie que vous.

M. Aberman (Arnold Barry): Oui, je sais, mais ce n'est pas une question de déontologie. C'est une question, pour moi, de comment ils voient leur rôle au BEM. Pour moi, quelqu'un qui fait une contre-expertise devrait avoir en tête les mêmes objectifs que le médecin traitant: comment on pourrait améliorer le sort de cet accidenté, qu'il retourne le plus vite, au plus sacrant, au travail dans les meilleures conditions possible. C'est ça qu'on veut.

Mais mon expérience avec le BEM n'est pas là. Mon expérience avec le BEM, ce n'est pas pour dire qu'on va trouver ensemble le moyen pour accélérer la guérison, améliorer les conditions de travail pour permettre une intégration, qu'il n'ait pas de rechute suite à son intégration au travail. Ce n'est pas ça, l'objectif du BEM. L'objectif du BEM, pour moi, depuis 1993, et au niveau de l'arbitrage médical depuis 1985, était toujours de contrôler les fonds pour la CSST.

M. Rioux: Si vous partagez l'avis de votre collègue, étant donné que vous êtes un spécialiste de la médecine du travail, selon lui, la conscience professionnelle de ces gens-là, c'est assez douteux.

M. Auger (Pierre): Non. D'abord, le Dr Aberman s'est présenté comme praticien général. Lui, c'est un médecin qui voit beaucoup d'accidentés du travail; moi, je suis un petit peu plus un spécialiste de la médecine du travail. La spécialité n'existe pas comme telle au Québec. Par contre, elle existe maintenant au niveau du Collège royal du Canada. C'est une spécialité qui est à cheval sur la clinique et sur la prévention, sur l'aspect santé publique. Dans les médecins qui ont signé, on est des médecins qui travaillent dans une clinique où les patients nous sont référés par des médecins, comme le Dr Aberman, pour justement évaluer quel est le rôle du travail et quelles sont les possibilités de retour au travail de ce ou cette travailleuse-là.

Les expériences avec le BEM... Je vais vous donner un exemple; c'est tout le temps comme ça que ça se passe. Vous avez l'histoire classique du bûcheron qui a mal dans le dos, qui a eu un accident, qui a reçu un arbre sur la tête, qui a mal dans le dos, et vous le retirez ou le médecin de famille le retire du travail, l'envoie en physiothérapie, puis là, à un moment donné, ça prend du temps parce qu'il a mal dans le dos, puis c'est long, puis c'est compliqué. À un moment donné, bon, le médecin de la CSST et le BEM, et le BEM, la plupart du temps, va dire: Bon, écoute, tu as mal dans le dos, c'est vrai que tu as eu un accident, mais un accident, ça se guérit en tant de semaines, mais aussi tu fais de l'arthrose. L'arthrose, bien, ça, mon p'tit gars, c'est une condition personnelle; ce n'est pas ton accident, c'est toi qui es fait de même.

Ça fait que là, pas de date, pas d'évaluation et pas de limitation fonctionnelle. Souvent, le BEM va dire: Oui, oui, il y en a, des limitations fonctionnelles, mais ce n'est pas la CSST, ce n'est pas son accident, c'est sa condition personnelle. Alors, là, il arrive deux choses: ou le monsieur est tellement pris avec son mal de dos, il sait très bien qu'en retournant travailler il ne sera pas capable, de toute façon il va se faire mettre de côté par ses collègues parce qu'il n'est pas capable de suivre. Un bûcheron, c'est un travail à la pièce, puis il faut qu'il fonctionne, cet homme-là. S'il ne fonctionne pas, c'est dehors parce qu'il ne rapporte pas. Ou il va dire: C'est très bien, d'abord. Il me dit d'y retourner? Je vais y retourner. Il y retourne, puis il recommence encore, mal dans le dos, rouvre le dossier et on recommence la même histoire, ça recommence, ça recommence.

Alors, quand on dit que le BEM judiciarise, c'est ça. Quand le gars est pris avec son problème de santé et que c'est son milieu de travail qui le fait rechuter, et très souvent... C'est souvent des questions d'école, là-dedans. Il y a une question de code d'éthique, mais il y a aussi une question d'école. Certains médecins vont dire: Écoute, une entorse, ça dure six semaines, ça dure six semaines puis, après ça, c'est bien de valeur si ça te fait encore mal, ce n'est pas ton travail, c'est ta condition personnelle. Il y en a d'autres, qui sont spécialisés en médecine du travail, qui vont vous dire: Bien, écoute, as-tu regardé les facteurs professionnels? As-tu regardé les charges que tu manipules? As-tu regardé les vibrations auxquelles tu es exposé? C'est très clair dans la littérature, ces gens-là ont mal dans le dos plus que la population en général et, si tu le retournes travailler là-dedans, c'est bien de valeur, ça va recommencer.

Et il y retourne et ça recommence. Et là le processus est: Refusé par la CSST, il recommence encore, il est pris dans un étai, il n'a pas le choix, il continue, puis ça coûte, tout ça, très cher. Ça, c'est des exemples qu'on vit régulièrement.

Alors, le médecin de famille, quand il arrive dans une situation comme ça, déjà c'est difficile. J'ai vu, moi, des praticiens dire: Non, non, je ne te prends pas. J'ai même vu des physiatres refuser de prendre des accidentés du travail à cause de tout ce processus-là. Il dit: On commence un traitement, puis, d'un coup, pataf! On se le fait couper! Ce n'est pas intéressant de traiter un patient, il y en a qui refusent complètement. Ceux qui continuent, il faut avoir, je vais te dire, pas du Prozac, mais pas loin.

M. Rioux: M. le Président.

Le Président (M. Beaulne): Oui, M. le ministre, il vous reste deux minutes.

M. Rioux: Alors, je peux laisser à mes collègues le soin de prescrire autre chose.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Rioux: Moi, ça va.

Le Président (M. Beaulne): Ça va? Alors, M. le député de LaFontaine.

M. Rioux: Je laisse mes deux minutes à l'opposition.

M. Gobé: Merci, M. le Président. Messieurs, il nous fait plaisir de vous accueillir ici. Au nom de l'opposition officielle, je tiens à vous dire que nous sommes heureux de votre présentation. Elle est pour nous, étant donné que vous êtes des médecins, dont un, en particulier, plus spécialiste en médecine du travail, un nouvel éclairage qui vient de médecins qui pratiquent sur le terrain. On a eu le Collège des médecins qui s'oppose au projet pour différentes raisons; on a eu des orthopédistes qui, eux, semblent plus favoriser le projet du ministre pour d'autres raisons. Je pense qu'il nous manquait d'avoir des gens qui sont sur le terrain, des praticiens qui le vivent tous les jours. Je crois que c'est certainement un éclairage important que vous allez apporter à l'ensemble des députés de la commission, de quelque côté qu'ils soient.

Il y a une phrase qui m'a beaucoup impressionné. Vous dites: «Le projet de loi n° 79 nous apparaît être porteur de grandes injustices.» Ça, c'est un mot qui est très fort, ça. C'est très fort. Vous n'avez pas dit: C'est un projet de loi qui est contre les travailleurs, contre ceci. «Porteur de grandes injustices». Le Protecteur du citoyen nous a mis en garde aussi contre des points, peut-être du côté plus juridique; le Barreau du Québec nous a mis en garde, le Collège des médecins aussi. Et vous, là, qui n'êtes pas dans ces grands organismes, vous n'êtes pas avec toute cette batterie d'avocats, ces experts qui suivent des mémoires, vous avez pris trois pages, quatre pages. Vous nous dites: Ça nous apparaît être porteur de grandes injustices. C'est quoi, la plus grande injustice... «grandes» au pluriel, c'est quoi, les grandes injustices qui vous apparaissent dans ce projet de loi là?

M. Aberman (Arnold Barry): Une des plus grandes injustices, parce que je trouve qu'il y en a plusieurs, mais une des plus grandes, c'est de briser le rapport qui existe entre le médecin traitant et le patient. C'est qu'on demande au médecin traitant de s'intégrer dans le processus de contestation de son propre patient, de choisir le médecin qui va le contester, lui demander au milieu des contestations, suite aux examens faits par le médecin désigné, de se prononcer sur le diagnostic et le plan de traitement du médecin désigné. En conséquence, si le médecin traitant est d'accord avec le médecin désigné et qu'il change son rapport en conséquence, à ce moment-là la travailleuse ou le travailleur accidenté, le fait qu'il n'a plus le droit de contester son médecin traitant, il n'a pas le droit d'aller en appel contre une décision qui n'était même pas celle du médecin traitant. Ça, ça va créer...

Pour moi, je pratique dans une petite ville à Beauharnois. En conséquence, la plupart de mes patients accidentés du travail sont aussi mes patients que je vois pour les examens annuels, leur famille, leurs enfants, et tout ça. Ce n'est pas comme à Montréal où j'ai l'impression que la vaste majorité des accidentés du travail sont soignés ou à l'urgence ou dans les cliniques privées. Ce n'est pas nécessairement par le médecin traitant. Ceci aurait un impact important sur les médecins qui voient les accidentés aussi dans leur pratique comme s'ils étaient leurs médecins traitants. Ça aurait pour conséquence de briser ce lien de confidentialité, ce lien de respect mutuel entre le médecin traitant et les accidentés du travail. Je trouve que ceci est une des plus grandes injustices, d'intégrer le médecin dans ce processus-là et, par la suite, de ne pas permettre au travailleur accidenté de contester les décisions si elles sont changées par le médecin traitant.

M. Gobé: Merci. Nous avons entendu dire par plusieurs personnes qui sont venues témoigner ici pour nous faire part de leurs opinions que plusieurs médecins traitants ont maintenant beaucoup de réticences ou même refusent de traiter les accidentés du travail. Est-ce que vous avez pu constater cela, vous, dans votre pratique? Puis nous expliquer pourquoi?

• (20 h 30) •

M. Aberman (Arnold Barry): Oui. O.K. Moi, je le mentionne surtout au niveau des omnipraticiens. Dans notre région de Valleyfield, Beauharnois — je couvre cette région-là — de plus en plus les omnipraticiens, les médecins de famille, quand leurs patients les appellent: Écoute, j'ai eu un accident de travail, les omnipraticiens refusent de les voir. Ils cherchent des médecins qui vont les soigner. Ils vont aller à l'urgence.

Il y a beaucoup de monde de Valleyfield qui vient à Beauharnois, où je travaille dans un CLSC, pour nous voir. De plus en plus, on voit les omnipraticiens qui refusent de voir les accidentés du travail, en partie à cause de la paperasse, des différents formulaires qu'ils doivent remplir au cours des traitements, les rapports d'évaluation médicale qu'ils doivent remplir à la fin, toute l'ingérence de la CSST qui appelle continuellement les médecins traitants pour leur demander: Pourquoi tu fais ce traitement-là et pas un autre traitement? Pourquoi ils ne sont pas retournés au travail? Pourquoi ci? Pourquoi ça? On reçoit continuellement des appels, des lettres pour nous demander de justifier qu'est-ce qu'on fait. En conséquence, il y a de plus en plus d'omnipraticiens qui refusent.

En plus, il y a des spécialistes, dans notre coin, qui refusent carrément: C'est un cas de CSST? Non, je ne veux pas de cas de CSST, encore pour les mêmes raisons. Ça veut dire que de plus en plus c'est un milieu restreint, au niveau des omnipraticiens — et je peux parler plus — et aussi des spécialistes qui s'occupent des accidentés du travail.

M. Gobé: Donc, ça devient une médecine en vase clos, un peu.

M. Aberman (Arnold Barry): De plus en plus, oui.

M. Auger (Pierre): Si je peux rajouter, la différence entre la CSST et une compagnie d'assurances... Je n'ai pas encore vu de médecin refuser de voir un patient qui est assuré par une compagnie d'assurances, mais il y a des patients qui sont refusés parce qu'ils sont sur la CSST. Le niveau d'ingérence est pas mal différent entre une compagnie d'assurances ordinaire puis la CSST, même si la compagnie d'assurances a un système pour gérer, justement, les faussaires et les...

M. Gobé: Mais je rajouterai aussi que, si l'État, le gouvernement, la collectivité québécoise a cru bon, dans sa sagesse, faire en sorte que la CSST soit sous la gouverne du gouvernement, donc de l'État, c'est parce que, justement, elle veut qu'en plus, encore, qu'une compagnie d'assurances qui est dans le domaine privée, elle ait un côté social et beaucoup plus attentif aux injustices ou aux plus démunis de notre société. Ce n'est pas une compagnie d'assurances au sens propre du mot, avec sa compétition et sa concurrence. C'est une compagnie d'assurances sociale. D'accord?

M. Auger (Pierre): Oui, sauf que les compagnies d'assurances...

M. Gobé: Le but est d'aider les gens. Le but n'est pas de faire des profits à la fin, là.

M. Auger (Pierre): Sauf que les compagnies d'assurances, elles aussi, ont... Je veux dire, souvent on a l'impression que la CSST cherche le fraudeur, et il y en a, des fraudeurs, il ne faut pas se leurrer là-dessus, mais les compagnies d'assurances aussi ont les fraudeurs, et des moyens fraudeurs. Ce n'est pas parce que vous êtes riche que vous n'êtes pas fraudeur.

M. Gobé: Ah oui.

M. Auger (Pierre): On a des histoires à se faire dresser le peu de cheveux qu'on a sur la tête.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Gobé: D'autant plus que, lorsqu'on légifère, on doit faire des lois en fonction de la très vaste majorité et non pas des minorités, et on peut penser que ceux qui peuvent frauder ou — je n'aime pas le mot «fraudeur» — qui peuvent abuser du système sont plus minoritaires que majoritaires et que nos lois ne doivent pas pénaliser l'ensemble parce qu'il y a un petit groupe très marginal. Elles doivent plutôt chercher à remettre ces gens-là en dehors du système ou dans le droit chemin.

M. Auger (Pierre): Les fraudeurs, il y a moyen de les prendre autrement...

M. Gobé: C'est ça, exactement.

M. Auger (Pierre): ...que par un système de même.

M. Gobé: Écoutez, je pense que, M. le Président, avec votre permission, on va laisser la parole à notre collègue docteur, parce qu'on n'a pas beaucoup de temps. J'aurais d'autres questions, mais...

Le Président (M. Beaulne): Oui. M. le député d'Argenteuil, vous avez la parole, il vous reste quatre minutes.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. Bien, votre rapport me fait penser beaucoup à ce que l'on vit aux États-Unis avec le HMO, où ils sont à la fois assureurs et distributeurs de soins, et là, bien, il y a un problème où le malade doit se faire traiter, et c'est l'infirmière qui appelle et qui dit: Il faut que tu ailles à telle place, à telle heure, telle pilule et pas d'autre chose, parce que c'est ça qu'on demande. On est bien conscient aussi, cet après-midi... Le ministre nous disait qu'il avait été membre de l'Union des artistes. Alors, il peut facilement nous citer de beaux textes, comme «vous êtes la voie, la vérité, la vie», ça fait un petit peu artiste, tu comprends. Mais vous allez aussi comprendre qu'il y a une réalité qui sont les patients. Et je pense que je n'ai pas besoin de vous le démontrer, vous l'avez très bien montré par votre intérêt. Il reste quand même que je suis un petit peu perplexe devant votre réaction quant aux médecins spécialistes ou aux médecins désignés, où vous les taxez de manquer d'éthique. Eux aussi, ils ont un petit peu la même réaction à l'égard des médecins traitants. Qu'est-ce que vous répondez à ça?

M. Aberman (Arnold Barry): C'est quoi, l'objectif qu'on a vis-à-vis du travailleur accidenté? Si on a le même objectif, il n'y aura pas de problème. Quand je réfère aux cas qui ne sont pas des accidentés du travail, quelqu'un avec un mal de tête, je vais l'envoyer voir un neurologue, on a, nous deux, le même objectif: trouver la cause du mal de tête, trouver une solution, trouver un traitement. Avec le médecin désigné, ce n'est pas le même objectif. Avec le médecin désigné de la CSST ou le BEM, on se trouve souvent sur les deux côtés de la clôture, où l'un est là pour défendre les intérêts des travailleurs et travailleuses accidentés, l'autre est là comme médecin contrôleur des fonds de la CSST. Et je pense que c'est pour ça qu'on se voit, à contrecoup souvent, là, en termes de qu'est-ce qu'on fait avec l'accidenté du travail. C'est juste une question d'intérêt.

M. Beaudet: O.K. Deux brèves questions auxquelles vous pourriez répondre, puis, après ça, on va vous laisser aller. À la page 1 ou 2 de votre rapport, vous parlez que vous avez déjà subi «des entorses sévères à cause de l'actuel processus d'évaluation médicale ayant cours à la CSST». Alors, vous nous dites qu'il y a

des entorses sévères. La première question que je vous pose: Est-ce que vous avez vécu personnellement des phénomènes par lesquels la CSST est intervenue directement à vous, pour vous dire: Écoute, qu'est-ce qui se passe? Qu'est-ce que tu fais avec ce malade-là? Bon. Ça, c'est la première question. La deuxième, vous parlez, le paragraphe suivant, que ça vous apparaît irréaliste, un délai de cinq jours. Dans votre esprit, quel délai vous apparaîtrait raisonnable pour que le médecin traitant puisse référer à un spécialiste, puis que le retour du rapport se fasse dans un délai acceptable? Qu'est-ce que vous considéreriez comme viable dans la situation?

M. Aberman (Arnold Barry): Sur la première question, on est continuellement contacté par les médecins, la CSST, où elle essaie d'intervenir dans les dossiers, en termes de suggestions de traitement, de retour au travail précoce, avant la date de consolidation. Ceci arrive régulièrement tous les mois, et ils bloquent un... pas un après-midi, ils m'appellent: Mercredi prochain, je t'appelle concernant quatre patients. Ça arrive tous les mois. Et leur objectif, ce n'est pas nécessairement de creuser le diagnostic, creuser le plan de traitement, mais quand va-t-il retourner, le travailleur ou la travailleuse, au travail? Ceci arrive régulièrement. Et, quand ils ne sont pas satisfaits de nos réponses, ils s'en vont à un médecin désigné, ils s'en vont en expertise au BEM. Ça, ça arrive régulièrement.

Sur la deuxième question, la question des délais, je trouve que, si notre processus de contestation est retenu, c'est-à-dire que tu laisses au médecin traitant la possibilité de choisir le médecin auprès de qui il pourrait faire l'expertise, ceci dépend normalement de la clientèle ou des listes d'attente de spécialistes. Je pense qu'il y a moyen...

M. Beaudet: Trois mois? Deux mois? Un mois?

M. Aberman (Arnold Barry): Bien, tu essaies d'avoir un rendez-vous avec un neurologue, ça peut prendre un ou deux mois; un chirurgien, ça peut prendre une ou deux semaines. Ça dépend des spécialistes, ça dépend de la disponibilité. Mais, s'il y avait un processus où il y aurait des spécialistes qui ne sont pas nécessairement choisis par la CSST, mais qui sont ouverts à examiner, à suivre avec le médecin traitant, à contre-expertiser, si tu veux, les accidentés du travail, il y aurait sûrement un moyen réaliste d'avoir une intervention en dedans de quelques semaines.

M. Beaudet: Quatre semaines.

M. Aberman (Arnold Barry): Bien, je ne sais pas combien de semaines, mais sûrement qu'un délai de quelques semaines, là, ça pourrait être réaliste, en termes de trouver un médecin spécialiste qui va nous permettre d'approfondir le diagnostic, si la CSST juge de remettre en question notre diagnostic et notre plan de traitement.

M. Beaudet: Dans le but de raccourcir ce délai — puis je peux comprendre que, si vous allez voir un neurologue, il va vous dire: C'est deux mois et demi — si la CSST offrait un tarif particulier, plus élevé, est-ce que vous pensez que ça pourrait inciter le médecin — je pose la question, mais j'ai déjà la réponse, je ne devrais peut-être pas la poser — par intégrité... est-ce que vous pensez que le spécialiste verrait ces malades-là plus rapidement et, à ce moment-là, pourrait aider le malade ou le travailleur accidenté à récupérer plus rapidement, à recevoir un traitement plus rapidement, à être déjà engagé dans sa réhabilitation, dans son suivi? Ça l'aiderait. Parce que là, c'est une maladie évolutive, ça, là.

M. Aberman (Arnold Barry): Je pense que ce n'est pas juste une question d'augmenter les frais qui sont offerts aux médecins spécialistes. Ce serait aussi une question de toute la façon comment la CSST intervient dans le dossier des accidentés du travail. S'il y avait de vrais programmes de réadaptation, de réinsertion à un travail approprié, si le spécialiste voyait que son intervention, vraiment, pourrait aider le travailleur accidenté — ce n'est pas juste une question de contrôler les coûts de la CSST — je pense qu'il y aurait de plus en plus de spécialistes qui pourraient intervenir. Mais je pense que ce n'est pas juste une question d'augmenter les frais — au lieu de donner 50 \$, donner 75 \$ — c'est vraiment toute la perception de comment on voit les accidentés...

M. Beaudet: Les tracasseries.

M. Aberman (Arnold Barry): ...et comment on voit l'intervention, et comment on prévoit le retourner au travail dans un état qui lui permette d'intégrer le travail normal.

M. Beaudet: Merci beaucoup.

Le Président (M. Beaulne): Oui, pour une dernière réponse complémentaire.

• (20 h 40) •

M. Auger (Pierre): Juste pour poursuivre dans ce sens-là, c'est que, pour nous autres en médecine du travail, l'accidenté du travail ou la maladie professionnelle devient un peu comme une personne qui devrait déclencher une interrogation sur le milieu du travail aussi. Il y a tout l'aspect traitement du patient, et retourner vers le milieu du travail, et évaluer si effectivement le travail est responsable de la lésion qu'on a et, si oui, bien, à ce moment-là, s'organiser pour que le milieu s'améliore, comme bien d'autres compagnies d'assurances vont faire, par exemple. Les compagnies d'assurances qui s'occupent du feu vont faire le tour d'un garage puis vont dire: Regarde, ça, c'est dangereux pour le feu. Enlève-moi ça, sinon tu ne seras plus assuré.

M. Beaudet: Comme une visite de pompiers.

M. Auger (Pierre): Exact. Un peu le même principe qui n'est pas souvent appliqué. À l'occasion, j'ai eu des dossiers où ça a été bien fait. La CSST est retournée dans le milieu du travail, un ergonomiste a évalué le poste, a évalué le travailleur, puis il a dit: Il est capable de faire à peu près 80 % de sa tâche.

M. Beaudet: Comme ça devrait être fait.

M. Auger (Pierre): Comme ça devrait être fait. Et ça peut être fait. Ce n'est pas des choses du XXII^e siècle. Il y a tout ce qu'il faut pour ça.

Le Président (M. Beaulne): Alors, Dr Aberman, Dr Auger, la commission vous remercie de votre contribution.

J'inviterais maintenant les représentants de Proulx, Ménard et Milliard à se présenter à la table de la commission.

(Consultation)

Le Président (M. Beaulne): Alors, la commission vous souhaite la bienvenue. Vous aurez une heure pour échanger avec les membres de la commission, avec une présentation d'une durée maximale de 20 minutes. Et, avant de débiter votre présentation, je vous demanderais de vous identifier, ainsi que les personnes qui vous accompagnent, pour les besoins de la transcription.

Proulx, Ménard, Milliard, avocats

M. Proulx (Jean-Paul): Alors, M. le Président, M. le ministre, MM. les députés, mon nom est Jean-Paul Proulx. Je suis avocat, puis je pratique depuis 15 ans en matière d'accidents de travail, c'est la majeure partie de ma pratique. Je suis avec des avocates qui travaillent aussi en accidents de travail, dont Lucie Lefebvre, de Montréal, et Daniele Lamy, de Montréal. On est aussi accompagnés du Dr Patrice Montminy, qui est chirurgien-orthopédiste, qui travaille depuis une quinzaine d'années avec les accidentés du travail, aussi, régulièrement.

Notre groupe est un... Nous sommes des gens qui représentons habituellement — je dis bien «habituellement» — des travailleurs non syndiqués. Nous représentons aussi, à l'occasion, des travailleurs syndiqués, mais la très grande partie des gens avec qui on travaille, c'est des travailleurs non syndiqués.

Il est important de vous expliquer dès le départ les motifs de notre intervention. À l'automne, on a pris connaissance du projet de loi déposé par le ministre. On s'est réunis, un groupe d'avocats puis d'avocates qui travaillent dans le domaine, puis on s'est posé la question suivante: C'est quoi, les effets pratiques? Et c'est pour ça qu'on est ici aujourd'hui. On n'est pas là pour des effets académiques ou pour se poser des questions pour savoir qu'est-ce que la Cour suprême pense. Il y a beaucoup de gens, beaucoup plus savants

que nous autres, qui vous l'ont dit. On l'admet au point de départ.

On s'est posé: Quels sont les effets pratiques de ce projet de loi là pour le travailleur ou la travailleuse accidentée? On a vérifié avec certains de nos clients, travailleurs et travailleuses accidentés, leur position par rapport à ces modifications suggérées. On a rencontré aussi — on a fait l'effort de le faire — des médecins spécialisés en médecine du travail, en orthopédie, puis des généralistes, sur le nouveau mode d'évaluation médicale suggéré par le projet de loi. On a essayé de définir une position précise par rapport à chacune des propositions du ministre, puis enfin on a pensé qu'il était nécessaire, peut-être à tort, peut-être pas juste nécessaire de chialer, mais d'essayer d'amener des solutions. C'est ce qu'on a essayé de faire. On a travaillé puis on en a parlé avec du monde, pour, tout simplement, en bout de ligne, rendre le système meilleur.

On avait une prémisse importante, et cette prémisse est le fruit d'une expérience de 10 ans au ras du terrain, avec les travailleurs et les travailleuses accidentés. Pas dans des bureaux, etc., à réfléchir. Au ras du terrain. On croit sincèrement et fermement que l'objectif principal d'un travailleur accidenté, et des peut-être 2 000 que j'ai eus en 10 ans — je n'ai pas vu grand monde qui pensait différemment — c'est de retourner au travail le plus rapidement possible après un accident du travail. Mais ceci, évidemment, on pense que c'est essentiel dans le respect de son intégrité physique et psychique. Je veux dire, on ne le retourne pas de n'importe quelle façon, on le retourne quand il est capable de retourner travailler.

Notre expérience nous amène aussi à penser qu'il est beaucoup plus difficile de retourner quelqu'un qui a été plus de deux ans absent du travail, suite à une lésion professionnelle. On est conscients de ça, on ne peut pas éterniser un accidenté. En tout cas, ça n'amène pas des résultats positifs à moyen terme ou à long terme et, bien souvent, les gens vont se ramasser sur l'aide sociale, c'est l'ensemble de la société qui va payer pour ça. Et c'est pour ça qu'on va faire des propositions et on va faire une critique dans ce sens-là. Notre critique du projet de loi, notre proposition en matière d'évaluation médicale tient compte de cette prémisse qui nous semble fondamentale.

Avant d'aborder chacun des points que l'on retrouve dans notre mémoire, on tient aussi à préciser que notre mémoire et nos propositions visent également à rencontrer les paramètres établis par le ministre, à savoir: réduire les délais, simplifier le processus et humaniser le système. On a eu beaucoup d'interrogations en lisant le projet de loi et on va vous faire état du fruit de nos réactions. Alors, ma collègue Lucie Lefebvre va vous parler de la question de la disparition du palier d'appel.

Mme Lefebvre (Lucie): Pour nous, la question de la disparition du BRP, nous qui représentons les travailleurs non syndiqués, ça a des conséquences

évidemment différentes pour les travailleurs syndiqués, dans le sens où les travailleurs syndiqués sont normalement organisés, sont pris en charge depuis le début, au moment où ils ont l'accident. Donc, tout le processus administratif, pour eux, ça ne pose pas de problème. Mais on oublie souvent que les travailleurs non syndiqués représentent environ 60 % des travailleurs. Les non-syndiqués, comme ils ne sont pas encadrés dans une structure, ignorent la loi. Bien que l'adage dise «nul n'est censé ignorer la loi», ils l'ignorent souvent, et on le rencontre très particulièrement dans nos bureaux, lors des consultations qu'on donne. Donc, il est faux de croire que les travailleurs qui se présentent seuls devant des instances administratives ou devant des tribunaux administratifs peuvent le faire de façon facile.

Du côté pratique aussi, si on regarde toute la documentation que peut recevoir, par exemple, un travailleur à partir du moment où il fait une contestation, si, pour vous, ça ne représente pas quelque chose qui est un problème que vous pouvez soupçonner, ça représente un problème pour un travailleur. À chaque fois qu'il reçoit une documentation, à chaque fois qu'il reçoit un 417, pour lui, c'est un problème grave, il a besoin d'avoir tout de suite une réponse à ça. Et, dans ce sens-là aussi, quand on reporte ça au niveau des instances où il doit se présenter, notamment au bureau de révision, le bureau de révision lui permet... C'est un tribunal qui est moins formaliste, qui est moins judiciaire, qui est plus près des travailleurs, en considération du fait qu'au BRP, généralement, il y a moins de représentation au niveau des médecins spécialistes. On peut se représenter là sans qu'il y ait nécessairement aussi une expertise médicale. On peut amener des notes du médecin traitant, des rapports de physiothérapie, ce genre de notes là et avoir une décision qui est favorable.

Nous, on trouve que c'est un palier utile, parce que, d'une part, c'est la première fois où le travailleur est mis en contact avec le processus judiciaire. Et c'est intéressant pour eux, parce que souvent c'est la première fois où ils peuvent faire valoir leur point de vue. Ils peuvent faire valoir leur point de vue aussi. Parce que souvent le rapport d'accident, pour eux, ils ne connaissent pas tellement la procédure, ils n'ont pas dit tout ce qui était important, ils n'ont pas dit tous les détails, et c'est la première fois, devant le bureau de révision paritaire, où ils peuvent le faire, ce processus-là. Donc, pour le travailleur, le fait d'être entendu par ce tribunal-là, qui, comme je l'ai mentionné au départ, est moins formaliste, est important pour eux autres. On le sait, de toute façon les statistiques sont là. On a constaté qu'à peu près 31 % seulement des décisions du bureau de révision étaient portées en appel devant la CALP et on a constaté aussi, au cours des années, que 37 % des décisions de la CSST étaient modifiées par le BRP. Donc, c'est utile, ça satisfait justement les travailleurs et ça permet aussi d'être entendu correctement.

• (20 h 50) •

Au niveau du coût, aussi, pour le travailleur. Comme je vous le mentionnais, le fait de ne pas avoir

toujours l'obligation d'amener un expert, le fait de ne pas avoir nécessairement l'obligation d'avoir une expertise permet de réduire de beaucoup les coûts, ce qui fait que, pour un travailleur qui n'est pas syndiqué, un travailleur qui se représente devant le bureau de révision, ça permet de ne pas tout sortir l'artillerie qu'on retrouve devant la Commission d'appel et à plus forte raison si on ne retrouve qu'un seul palier d'appel. Parce que si, effectivement, on se retrouve avec un seul palier d'appel, ça va de beaucoup judiciaireiser le processus. On va se retrouver, dans la plus grande majorité des cas, avec des médecins experts, de part et d'autre, avec des expertises, de part et d'autre, ça va être un débat qui va être beaucoup plus juridique et beaucoup moins près des gens.

Pour le travailleur, aussi, ça veut dire un contact moins près, au niveau judiciaire, parce que ça va devenir, pour eux autres, une perte de contact avec le processus judiciaire. C'est peut-être une économie pour la CSST, mais il faut quand même se rappeler que c'est un plan de protection qu'est la CSST pour les travailleurs accidentés.

Donc, en plus de la disparition du palier d'appel, si on veut humaniser le processus, si on veut rencontrer les exigences de la loi, il faut quand même ne pas perdre de vue que le travailleur, avec le bureau de révision, est bien représenté et que, présentement, ça correspond aux attentes que peuvent avoir les travailleurs. Et voilà, c'est ma conclusion.

M. Proulx (Jean-Paul): Sur cette question-là, il me semble aussi important de dire que le ministre veut que le travailleur soit entendu, mais il enlève à la CSST le pouvoir d'entendre les travailleurs. Ça, c'est quand même un point qui me semble important. Pourquoi modifier l'article 172 de la loi pour dire: À l'avenir, vous n'aurez plus le droit d'entendre les parties? Ça veut dire, ça, M. le ministre, ça me semble assez clair, là, que, moi, je pourrais dire à la CSST, qui appellerait un médecin: Aïe! tu n'as plus le droit de faire ça. Vous lui enlevez ce droit-là. Il avait le droit de le faire et vous dites: À l'avenir, vous n'aurez plus le droit d'entendre les parties, vous n'aurez plus le droit d'entrer. Vous pouvez examiner puis regarder, mais vous n'avez plus le droit d'entendre les gens. Je ne sais pas pourquoi vous avez décidé d'enlever ce mot-là, on va peut-être le comprendre un jour, le mot «entendre», mais je pense que ce n'est pas pour rien, puis ça me semble dangereux.

Juste en terminant, M. le ministre, parce que je vous ai déjà entendu dire ça aussi — et ce n'est pas une question de paranoïa, là — les avocats, c'est sûr que ça fait votre affaire, deux audiences. Je tiens à vous dire que ça va être malheureusement bien plus payant pour nous autres d'en avoir juste une parce que, avant, on réglait au bureau de révision, on contestait seulement dans 30 % des cas à la CALP. Maintenant, on va avoir juste une audience. Imaginez toute la préparation qu'on va devoir avoir, la rencontre avec les médecins experts,

la rencontre avec tous les témoins. Là, on ne peut plus prendre de chance, il faut tout amener. Alors, le travailleur qui est tout seul, qui n'est pas structuré puis qui n'est pas organisé, c'est lui qui paie pour tout ça. J'ai un petit peu de difficulté à dire qu'on va simplifier le système et que ça va coûter moins cher aux justiciables en bout de ligne.

Un dernier point sur cette question. Vous avez dit la semaine dernière, j'étais ici — le président de la CSST, en tout cas, semblait vous suggérer, et vous l'avez répété — que la CSST n'allait pas devant le bureau de révision paritaire, ça n'avait pas d'impact, cette question-là, sur les délais, etc. Je ne sais pas dans quelle réalité il vit, M. Shedleur, par rapport à certaines choses. Je dis bien, globalement, il fait son travail, puis je suppose qu'il le fait bien, mais, par rapport à certaines choses, je ne le comprends pas. Moi, j'ai ici — puis, là, ce n'est pas l'exception — une audition devant le bureau de révision paritaire dans 15 jours, la CSST demande une remise, parce qu'elle veut y aller, parce qu'elle est prise devant un autre bureau de révision paritaire. Alors, j'ai de la difficulté quand vous nous avez dit, la semaine passée, quand le groupe de l'UTTAM est passé: La CSST n'intervient pas devant la bureau de révision paritaire. Je ne sais pas où est-ce qu'il a pris ça, M. Shedleur, mais ce n'est pas la réalité que, nous autres, on vit régulièrement. Je pense que c'est important de vous le dire.

Sur la question du paritarisme, maintenant, comme composante essentielle, écoutez, vous avez eu des gens très savants qui sont venus vous voir et qui sont bien mieux placés que nous autres, on vous l'a dit, pour vous le dire. Par contre, et ça, ça me semble essentiel, M. le ministre, comment dire qu'on humanise un système, lorsqu'on va mettre un travailleur devant quatre personnes qui sont juchées en haut de lui, qui vont lui poser des questions, en plus de l'avocat de la CSST, de l'avocat du travailleur et de l'avocat de l'employeur? C'est ça, le nouveau système qui est instauré. Devant la Commission des lésions professionnelles, vous allez jucher quatre personnes en haut, les trois membres plus l'assesseur, qui vont lui poser des questions un après l'autre, et, par la suite, l'avocat du travailleur, l'avocat de l'employeur puis l'avocat de la CSST, tout le monde va pouvoir lui poser des questions. En plus, ça, en termes d'humanisation, moi en tout cas, il n'y a pas un travailleur qui me dit que ça va humaniser le système.

Deuxièmement, lorsqu'il est devant la Commission des lésions professionnelles, puis qu'il a besoin d'une remise parce qu'il y a plusieurs audiences qui sont fixées ou parce que ce n'est pas terminé, il va falloir fixer les agendas de huit personnes. Vous imaginez-vous le temps que ça va prendre, ça? Ça, c'est ce qu'on vit sur le terrain, nous autres, là. On vit ça sur le terrain. Ce n'est peut-être pas ça qui est marqué dans les livres en haut, mais c'est ça qu'on vit à tous les jours — à tous les jours, je charrie — à toutes les semaines, quand on va devant le tribunal.

Il nous reste un troisième point, qui est l'aspect médical, et ma consœur Daniele Lamy va vous parler de notre constatation et de notre proposition.

Mme Lamy (Daniele): Alors, vous avez parlé à plusieurs reprises, dans les différentes discussions qu'il y a eu, qu'on veut déjudiciariser, on veut humaniser le système, mais, quand on regarde la question d'ordre médical, on voit que c'est de la surjudiciarisation qui est proposée et non pas une déjudiciarisation. Le processus actuel, comme celui que vous proposez dans la réforme, maintient le Bureau d'évaluation médicale. Rappelons un seul fait: plus ou moins 70 % des avis du BEM qui sont contestés sont modifiés soit par le bureau de révision, soit par la CALP. C'est quand même un nombre qui est important. Comment peut-on maintenir une instance qui voit ses décisions aussi souvent modifiées et ces modifications sont aussi importantes? On parle de modifications sur l'existence d'atteinte permanente, existence de limitations fonctionnelles qui sont des portes d'entrée à la réadaptation, si on peut s'exprimer ainsi, et qui est quand même une matière très importante.

À notre avis, le BEM, c'est inefficace, ça coûte excessivement cher, tant à la CSST qu'aux travailleurs accidentés. Comme mon confrère vous le disait, notre prémisses de base, c'est toujours de vouloir tenter de retourner les travailleurs accidentés le plus rapidement au travail et, donc, qu'ils puissent avoir leurs soins le plus rapidement, pour qu'ils aient une consolidation plus rapide, pas de chronicité, etc., alors que le BEM, la façon que ça fonctionne maintenant et comme ça fonctionnerait s'il était maintenu, nous amène à allonger et à judiciariser un processus médical qui, pour nous, est assez important. On vous a dit qu'on avait tenté de trouver des solutions. On a consulté des avocats, des travailleurs accidentés, des médecins, tant généralistes que spécialistes, et on pense avoir trouvé — et ce, dit bien humblement — un moyen qui permettrait de régler en partie le problème.

Finalement, on ne peut pas proposer un système idéal, mais nous croyons que notre proposition permet de répondre aux objectifs que vous vous êtes fixés. Nous avons testé cette proposition auprès des représentants, tant de l'employeur que du travailleur, ainsi qu'auprès de plusieurs médecins et, à notre grande surprise, elle a reçu un assentiment qui, de façon générale, fut unanime. Cette proposition, vous la retrouvez à la page 13 du mémoire qu'on vous a soumis par écrit, et je vous la réitère.

Premièrement, la CSST est liée par l'avis du médecin qui a charge du travailleur, comme c'est maintenant. Si la CSST considère, dans l'évaluation du dossier, qu'elle n'est pas d'accord avec le médecin qui a charge du travailleur, elle demande à ce dernier de nommer un spécialiste pour qu'il donne son avis. La CSST devient liée par cet avis et rend une décision en conséquence. Donc, on demande au généraliste d'obtenir un avis, un peu comme ce qui a été dit précédemment ce soir, d'un autre spécialiste. Si le travailleur ou

l'employeur est insatisfait de la nouvelle décision de la CSST, ils peuvent la contester selon le processus d'appel prévu par la loi. Pour limiter dans le temps et arriver aux objectifs que tous semblent vouloir viser, le tribunal d'appel devra convoquer les parties dans les 70 jours de l'appel et rendre une décision finale dans les 30 jours qui suivront l'audience du dossier. La décision rendue par la CSST, suite à l'avis du spécialiste, est exécutoire immédiatement. Cependant, si le tribunal d'appel n'a pas rendu sa décision dans un délai de 100 jours qui suivrait l'appel logé par le travailleur, la CSST reviendrait liée par le médecin qui a charge du travailleur suivant l'évolution du dossier.

Ce système d'évaluation médicale aurait l'avantage de simplifier énormément le processus. On évite le médecin désigné, le BEM, multiplication des expertises, des délais pour les obtenir, etc., et surtout d'accélérer l'ensemble du dossier pour qu'une décision soit prise très rapidement.

Le système devrait aussi prévoir que l'employeur peut contester l'opinion du médecin qui a charge du travailleur. Il le fait en déposant un rapport médical d'un spécialiste qui infirme l'opinion du médecin traitant qui a charge du travailleur. Sur réception de ce rapport, la CSST enclenche le processus d'appel devant les instances. La CSST, par contre, demeurerait liée par l'opinion du médecin qui a charge jusqu'à la décision finale du tribunal d'appel. En cas de contestation, le travailleur pourrait obtenir les soins dont il a besoin pour éviter, comme on peut voir dans certains cas, que, suite à une contestation, deux ans plus tard, quand le travailleur a gain de cause, on lui donne enfin les traitements de physiothérapie auxquels il s'attendait, mais qui ne sont plus efficaces parce qu'ils auraient dû avoir lieu tout de suite après.

• (21 heures) •

Alors, la CSST pense que les questions médicales doivent être traitées par des médecins qui, dans le cadre d'un processus de judiciarisation de l'aspect médical, doivent trancher. Alors, nous, on vous soumet respectueusement que le cadre de notre système droit fait en sorte que, dans notre système, c'est des adjudicateurs qui tranchent et non des médecins, comme tente de le faire valoir la CSST par le BEM. En matière d'indemnisation de victimes d'accidents de la route, c'est comme ça que ça fonctionne. Si on obtient des rapports, c'est les experts qui évaluent, mais c'est les tribunaux qui tranchent et non pas les médecins. Sur cette question-là, je demanderais au docteur Montminy de nous présenter son opinion sur la question.

M. Montminy (Patrice): Dans la minute qu'on me laisse, si je comprends bien. Je suis habitué avec les avocats. Moi, je pratique à titre de chirurgien orthopédiste. Je m'occupe d'accidentés du travail, j'en opère et j'agis à titre de médecin expert. L'opinion que je vous donne est la mienne et celle que j'entends de mes patients. Au départ, le système juridique actuel n'est pas si monstrueux que ça et n'est pas si mauvais que ça.

Globalement, le bureau de révision et la Commission d'appel sont des organismes qui sont habituellement bien perçus par les médecins, par les patients, d'allure générale. On posait la question tout à l'heure: Le BEM? Il est clair que la crédibilité actuelle du BEM est au plus bas. Il a fait l'objet d'une émission de télé récemment, et ce n'était pas la remise des Méritas. C'est clair que c'est très bas. C'est un problème majeur, il ne faut pas l'ignorer.

Le problème de la part des patients, ce qu'on entend, c'est que les gens disent: Moi, j'ai été au BEM, on ne m'a pas écouté. J'ai dit telle et telle chose, je ne le retrouve pas dans le rapport. On ne m'a pas examiné. C'est vrai ou c'est faux? Je ne me prononce pas sur ça. On a été sec avec moi. Et il y a des gens qui ont un caractère plus difficile, d'autres, moins difficile. Ça, c'est dans toutes les professions, ce n'est pas une notion de compétence. Souvent aussi, on entend: Le médecin du BEM n'avait pas mon dossier complet en main. Bien souvent, les documents qui manquent sont des documents qui sont simples, banals, peu importants, mais le patient, lui, il se dit: Comment il a pu trancher s'il n'avait pas mon dossier? Ça, ce n'est pas de la faute du médecin du BEM.

De la part des médecins, ce que vous allez entendre, c'est que des gens vont dire: Écoutez, il y a certaines personnes au BEM — pas tous les médecins du BEM — qui sont retirées de la pratique depuis longtemps. La médecine est un art et une science évolutive. Certaines pathologies se traitaient d'une façon il y a 10 ans, elles se traitent différemment aujourd'hui. On se pose des questions, à l'occasion, à savoir si les gens sont au courant des nouvelles modalités de traitement, des nouvelles découvertes. C'est principalement ce que vous allez entendre des médecins. Il y a aussi la notion de référence. Il y a des pathologies qui relèvent de spécialités pures et qui peuvent être référées à l'occasion, possiblement pour des problèmes d'horaires, à un membre du BEM d'une autre spécialité. À ce moment-là, on n'a pas toujours l'impression que ça a été évalué à sa juste valeur.

Le problème d'éthique, on y reviendra dans les questions si vous le désirez. Il faut absolument que la crédibilité du BEM soit rebâtie ou qu'il soit aboli. Ce n'est pas à moi de vous dire ce qui est le mieux. La rebâtir, ce n'est pas une question de trois ou de quatre jours, il faut la rebâtir auprès des médecins traitants, des médecins spécialistes, des médecins qui sont sur le plancher des vaches qui, eux, vont la rebâtir auprès de leurs patients. Ce n'est pas la CSST qui va pouvoir rebâtir la crédibilité du BEM auprès des patients, c'est le rôle des médecins traitants. Par contre, vous avez un certain travail chez les médecins traitants. Je ne dis pas que c'est impossible, mais ça peut être difficile.

La notion de temps, qui a été amenée dans le projet, n'est pas une notion légale. C'est une notion médicale, c'est démontré. Si on sort un employé du travail, à deux ans, le taux de retour au travail est de zéro, c'est-à-dire que, dans deux ans, il faut régler les

problèmes de papiers et qu'il faut aussi traiter le patient. Tout doit être axé sur ce délai-là. Moi, je vous dirais sommairement: Prenez la méthode que vous voulez, mais il faut que, en dedans de deux ans, au grand maximum, le patient soit retourné travailler, sans ça il n'y retourne pas. Il va être aux crochets de quelqu'un qui relève de la société, que ce soit la CSST, assurance ou le bien-être.

Beaucoup de gens, ils pensent que, pour un travailleur accidenté, le temps c'est de l'argent. Effectivement, il y a une certaine notion d'argent, mais il ne faut pas oublier, et c'est réel, que, pour le travailleur accidenté, le temps, c'est aussi souvent une perte du droit de retour au travail, une crainte du retour au travail qui s'installe. Les gens qu'on traite ne sont pas toujours des cadres supérieurs avec de qualifications énormes. C'est souvent des manoeuvres, et, en deux ans, dans une usine, l'usine peut s'améliorer beaucoup, et l'employé a peur d'y retourner parce qu'il se dit: Je ne serai plus à jour puis je vais avoir l'air fou dans ça. Et il y a aussi une perte du statut social.

Accidenté de la CSST, ça peut être considéré comme un certain statut social pendant un mois. Après un mois ou deux, la majorité des gens voient ça plus comme une tare que comme un statut social. Dans un curriculum vitae, ça ne paraît pas bien. D'ailleurs, les employeurs, avec raison — bien, avec raison... — lorsqu'ils voient des dossiers de CSST et qu'ils ont le choix entre deux employés, ils vont prendre celui qui n'a pas de dossier, ce qui est une décision logique. Ça a été mentionné, certains traitements qui sont privés, qui nécessitent des paiements à part n'ont pas la même efficacité appliqués à deux mois ou à trois ans.

Finalement, pour la notion de proposition médicale qui est faite dans ça, n'oubliez pas que, actuellement, il y a une relation médecin traitant—médecin consultant. Si quelqu'un me réfère un patient parce que je suis médecin spécialiste, il me le réfère parce qu'il croit en mes compétences. S'il me le réfère pour une hernie discale et que je lui dis: Non, ce n'est pas une hernie discale, c'est une séquelle d'entorse lomboire, habituellement, on ne part pas en guerre. Ça va être mon travail de convaincre le médecin traitant et de lui dire: Écoute, regarde le dossier, pour telle ou telle raison... Ça devient presque une leçon d'éducation médicale continue. La prochaine fois qu'il m'en envoie un, ça va être impeccable.

L'autre question à se poser, c'est qu'il ne faudrait pas s'imaginer que tous les patients s'en vont en médecin désigné. Le médecin désigné, ce n'est pas une nouveauté. Ça existe actuellement, ça. La CSST a ce privilège, je l'ai choisi. Dans mon cas ou dans bien des cas, ils ont la gentillesse de nous dire où ils l'envoient, mais ce n'est pas tous les patients qui vont là. Un grand nombre de patients ne sont pas contestés, et ils disent: Bon, oui, c'est là. À un moment donné, effectivement, on a des coups de téléphone — moi, je n'ai absolument rien contre ces coups de téléphone là en autant qu'on me permette de rappeler — qui permettent de simplifier et

d'accélérer les dossiers, de reconsidérer, entre guillemets, et de clarifier beaucoup de cas. C'est un peu ce que j'avais à vous dire, là, rapidement. Merci.

Le Président (M. Beaulne): Merci. Alors, j'invite le ministre à vous poser les questions qu'il juge appropriées. Allez-y, M. le ministre.

M. Rioux: M. le Président, les gens qui sont devant nous, on est très heureux qu'ils soient là. C'est un point de vue qu'on a entendu à quelques reprises, mais c'est bon de se le faire rappeler souvent. Le Bureau d'évaluation médicale, bon, c'est un problème, vous l'avez exposé. Je comprends que l'implication du médecin traitant, vous considérez que c'est une bonne idée, et c'est une proposition que vous faites, et on est d'accord avec ça. Cependant, il y a des dispositions du projet de loi que vous n'acceptez pas, et c'est votre droit le plus strict. Mais, en ce qui a trait au fonctionnement du BEM, peut-être que vous pourriez nous aider là-dedans, dans notre réflexion, parce qu'on n'est pas figés. Les gens sont venus nous dire que le BEM, bon, c'est le musée des horreurs, que c'est un mécanisme affreux qui fonctionne très mal, qui pénalise le travailleur accidenté, que c'est là que sont les débuts de judiciarisation et que, finalement, si on remettait au médecin traitant le soin de gérer le dossier et d'aller chercher les expertises qu'il juge bon d'aller chercher pour étoffer son diagnostic, on réglerait le problème. Moi, j'aimerais savoir de gens d'expérience, surtout vous qui êtes un orthopédiste: La formule que vous proposez à la page 13 de votre mémoire, ce que vous proposez, c'est que, finalement, la CSST, comme compagnie d'assurances, n'ait plus grand-chose à dire?

M. Montminy (Patrice): Absolument pas.

Une voix: Absolument pas.

M. Montminy (Patrice): Est-ce que c'est à moi que vous posez la question?

M. Rioux: Oui, oui, c'est à vous que je pose la question.

M. Montminy (Patrice): Absolument pas. C'est clair que la CSST, prenons-la comme une compagnie d'assurances...

M. Rioux: Je parle du processus médical.

M. Montminy (Patrice): O.K. C'est ça. Elle a à gérer un dossier, elle a le droit de poser des questions, c'est un agent payeur. C'est clair au départ. Tout agent payeur, dans mon esprit, a le droit de poser des questions et doit poser des questions. L'éthique médicale, c'est très bien dans la grande majorité des cas, mais il y a des médecins qui manquent d'éthique, il y a des députés, surtout fédéraux, qui manquent d'éthique, dans

toutes les professions, il y a des problèmes d'éthique. Ça, on l'admet, mais ce n'est pas généralisé...

M. Rioux: C'est bon que vous fassiez la distinction.

M. Montminy (Patrice): ...c'est clair.

Une voix: C'est bon.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Il est déjà politicien.

M. Montminy (Patrice): Mais c'est clair que...

M. Rioux: On va créer un BEM politique.

M. Montminy (Patrice): ...si, moi, je donne un avis et que la CSST n'est pas d'accord avec mon avis, la première chose qu'elle doit faire, c'est d'en parler avec moi, parce que possiblement que, si elle n'est pas d'accord avec mon avis, ce sont des renseignements que je n'ai pas, ou qu'elle n'a pas, ou qu'il nous manque quelque chose. On le fait actuellement, ça. On se parle au téléphone et on le fait. Si ça ne règle pas le problème, la CSST me dit: Écoute, va chercher un deuxième avis, et je vais aller en chercher un deuxième. Moi, je n'ai aucune objection que, à titre de médecin traitant, je choisisse sur une liste où la CSST a mis... Je n'enverrai pas mon patient en acupuncture ou n'importe où pour un deuxième avis. Je vais l'envoyer à partir d'une liste de médecins reconnus, mais je vais l'envoyer à un spécifique. Si je le réfère à celui-là, c'est parce que je crois en sa compétence, que je la connais, et je vais dire d'emblée: Écoute, je vais me plier à son avis.

M. Rioux: Donc, vous êtes d'accord pour que l'information circule entre professionnels...

M. Montminy (Patrice): Bien, c'est bien évident.

M. Rioux: ...de la santé.

M. Montminy (Patrice): C'est possiblement un des problèmes du BEM.

• (21 h 10) •

M. Rioux: Mais, M. Montminy, quand on dit, nous, dans notre projet, que le médecin traitant peut aller chercher l'avis d'un spécialiste de son choix, est-ce que ça ne répond pas, en partie, à vos attentes?

M. Montminy (Patrice): Pourquoi vous mettez trois à partir d'une liste? Qu'est-ce que ça ajoute de plus d'autre que le médecin traitant qui dit: Bien, moi, j'en mets trois, mais j'aurais préféré celui-là ou pas... Je ne vois pas ce que ça ajoute de plus. Vous pouvez les mettre à partir d'une liste. Je comprends que la CSST a

le droit, pour raisons sérieuses et bien évidentes, de dire: Cet individu-là n'a pas sa place là parce qu'il n'a pas la compétence, il n'a pas la spécialité... Ils peuvent avoir leurs critères.

M. Rioux: Selon vous, c'est trop limitatif, trois.

M. Montminy (Patrice): Je ne vois pas pour-quoi la mettre à trois. Vous dites: On veut que tu le réfères à quelqu'un, tu le réfères à quelqu'un. Je prends un médecin traitant, on dit: Tu le réfères à Montminy, et vous mettez un délai. Le patient n'attendra pas huit mois pour voir Montminy. Ça, ça n'a pas d'allure. Ça prend un délai en quelque part. Si, moi, j'accepte d'être sur cette liste-là, ça va être mon travail de faire des créneaux dans ma tâche actuelle pour dire: Bien, je réserve certains espaces pour ça ou je garde des périodes un peu plus flottantes. Ce n'est pas évident dans une pratique médicale, mais ça se fait. Je veux dire, ça se fait dans la pratique d'un ministre, donc ça se fait dans la pratique d'un médecin, là.

Si je refuse d'être sur la liste, un point c'est tout, je ne suis pas sur la liste. Parce que, remarquez bien, il y a bien des listes au Québec, actuellement, desquelles, moi, je ne fais pas partie comme médecin expert parce que j'ai décidé de ne pas aller dessus pour 86 000 raisons, et, si quelqu'un me demandait sur ces listes-là, les gens diraient: Bien non, Montminy, il n'est pas sur la liste. Mais pourquoi en mettre trois?

M. Rioux: M. Montminy, il y a de vos collègues, de vos confrères spécialistes qui sont venus nous faire un plaidoyer assez vibrant pour le maintien du BEM. Eux autres, ils y voient un instrument assez efficace, correct et qui rend de bonnes décisions. Moi, ce que j'aimerais savoir de vous — et ça a été soulevé très souvent, ici, devant cette commission, cette espèce de désintéressement des professionnels de la santé vis-à-vis la médecine du travail ou encore de travailler dans le giron de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, avec les instances qu'on a en place — c'est ceci: Est-ce que, vous, qui avez une expérience quand même assez vaste, ce désintéressement-là, vous l'avez identifié? Si oui, pourquoi il y aurait un désintéressement à ce point, alors qu'il y en a d'autres qui ont un engouement assez évident?

M. Montminy (Patrice): Je vous dirais — je parle pour ma région — que, dans la région de Québec, le désintéressement n'est pas si majeur que ça et pour une raison bien évidente qui a été évoquée tout à l'heure: Je veux dire, on est payés pour faire ces choses-là. Les médecins, comme tout le monde, gagnent leur vie. Il n'y a pas tant de médecins que ça qui ont mis une pancarte à la porte volontairement, en disant: Je ne veux pas voir de patients CSST, un. À Montréal, c'est peut-être différent. À vous de vérifier là-bas.

L'autre élément, c'est qu'il y a une méconnaissance de la loi CSST de la part d'un bon nombre de

médecins, et souvent des questions qui peuvent être posées banalement par un médecin responsable à la CSST qui appelle un médecin peuvent être vues comme un certain harcèlement. Il se fait actuellement beaucoup d'efforts, entre autres chez les médecins spécialistes, chez nos résidents. On les forme pour ça. Il y a déjà eu des réunions avec le groupe ici, avec des médecins, pour leur expliquer comment ça fonctionne, c'est quoi les documents que vous devez remplir. C'est sûr que c'est beaucoup de paperasse, mais je vous dirais: Desjardins n'est pas beaucoup moins de paperasse. Sunlife n'est pas beaucoup moins de paperasse. Laissez-moi vous dire que Desjardins contrôle ses cas au même titre que la CSST les contrôle, là. C'est des organismes payables.

M. Proulx (Jean-Paul): Et ils n'ont pas de BEM, eux autres.

Des voix: Ha, ha, ha!

M. Montminy (Patrice): Ils ne font pas de BEM, eux autres.

M. Proulx (Jean-Paul): Eux autres, ils n'en ont pas.

M. Montminy (Patrice): Eux autres, ils n'en ont pas.

Des voix: Ha, ha, ha!

Une voix: Ils contrôlent pareil.

M. Proulx (Jean-Paul): Pardon?

Une voix: Ils contrôlent pareil.

M. Proulx (Jean-Paul): Ils contrôlent, sauf que, quand ça ne fonctionne pas, et c'est ça qu'on suggère, ça s'en va devant le tribunal et c'est réglé.

M. Rioux: Ils ne sont pas liés par le médecin traitant, eux autres.

M. Proulx (Jean-Paul): Pardon? Oui. Qu'ils soient liés ou pas, M. le ministre, par le médecin traitant, ça ne change pas grand-chose, parce que, à partir du moment où... Notre proposition, c'est qu'ils ont l'avis de médecins spécialistes, ils deviennent liés par eux autres, et, si le médecin spécialiste dit non et que le monsieur est consolidé ou la madame est consolidée et qu'il est capable de retourner au travail, notre proposition, c'est que la CSST arrête de payer. On ne dit pas qu'elle continue à payer. S'ils contestent, le tribunal a 100 jours. En connaissez-vous bien des gens, vous, qui, pour 100 jours, vont dire: Moi, je me fous de ma paie pendant 100 jours de temps? Moi, je n'en connais pas tant que ça.

M. Rioux: M. Montminy, j'aimerais revenir sur toute la question des professionnels qui oeuvrent dans ce secteur-là. J'ai entendu tout à l'heure un médecin généraliste — j'aurais presque le goût de qualifier ça d'énormité — qui disait que les médecins qui siègent au niveau du BEM n'ont pas la conscience professionnelle, n'ont pas l'intérêt, n'ont pas la conscience sociale qui leur permettent d'évaluer justement le sort d'un travailleur, disant que leur intérêt, c'est d'abord l'intérêt de l'employeur et l'intérêt de la CSST, qui est une bête, vous savez, qui a été assez décriée ici, devant cette commission. Est-ce que c'est votre évaluation?

M. Montminy (Patrice): Absolument pas. Des problèmes d'éthique, dans la profession médicale, comme je disais tout à l'heure, il y en a un certain pourcentage. Ils ne sont pas concentrés au BEM, ce n'est pas vrai. Les gens qui sont au BEM ont vraiment l'impression de faire un bon travail. Pour eux, un des problèmes du BEM, c'est que l'exposition au patient est courte. Il n'y a pas de communication avec le médecin traitant. Les dossiers qui se rendent là contiennent certaines données, mais pas forcément toutes les données. Mais on ne me fera pas dire, moi — et je n'y crois pas — qu'un médecin du BEM va volontairement taper sur un travailleur. Je veux dire, s'il n'y a plus de travailleurs, il n'a plus de job, là. Je veux dire, il n'a aucune raison. Il n'y a aucun gain pour lui à taper sur un travailleur.

Il y a certains médecins qui sont ce que, moi, j'appelle des purs et durs, c'est-à-dire des médecins de l'ancienne école, des gens de 60 ans et plus qui ont vécu l'époque pas d'assurance-maladie, dure, puis on travaillait, puis mal au dos, et tout. Mais, que voulez-vous, ils sont comme ça. Ça n'enlève pas la compétence. Ça va avec le caractère, et ce sont des gens qui sont plus exigeants. Et, je veux dire, vous avez vu passer un pur et dur qui a dit: Moi, quand j'ai mal au dos, je vais travailler. Bon. Travailler au BEM, ce n'est peut-être pas travailler chez Reed Paper. Je veux dire, je ne suis pas sûr que ça vienne affecter son opinion de façon franche. Il se prononce sur des choses où il n'a pas à aller aussi loin que ça sur ça. Mais ce n'est pas une question d'éthique, là. Je veux dire, s'il y a des problèmes d'éthique, ils sont à part de ça. Ce sont des gens... Le BEM n'est pas assez... Ils ont une partie du dossier, ils le voient ponctuellement et ils tranchent.

Le mécanisme qui vous est proposé là, c'est de dire: Écoutez, allons avec un médecin désigné si la CSST juge qu'il y a un conflit, qu'il y a un problème. Ce médecin désigné là est un spécialiste approuvé par le médecin traitant, donc dans un domaine de spécialité. Moi, je suis spécialisé dans le dos, c'est sûr qu'on ne m'enverra pas un patient pour une tendinite de l'épaule pour un examen de ce niveau-là. On va l'envoyer à un de mes confrères, et on va possiblement m'envoyer des dos, ce qui est ma spécialité, et ça va aller comme ça. Et, si ça accroche, il reste toujours le recours. On garde quand même le recours de l'employeur. L'employeur,

c'est l'agent-payeur, quand même, en partie, dans ça. L'employeur peut aller chercher son expertise, la contestation et aller simplement au bureau de révision, ce qui sera tranché là.

M. Rioux: Merci.

Le Président (M. Beaulne): M. le député d'Arthabaska.

M. Baril (Arthabaska): Oui. Vous venez de mentionner un bout qui est sans doute réaliste, mais qui me fait un peu sursauter, parce qu'on a parlé beaucoup des médecins du BEM, hein? Vous avez dit: Ceux des médecins du BEM, il y en a d'une autre génération. Il y a des purs puis des durs. Mais, quand on regarde les statistiques, c'est ceux-là, batêche, qui reçoivent le plus de clients. Il y a un problème.

Mme Lamy (Daniele): C'est ça, le problème.

M. Baril (Arthabaska): Il y a un problème.

Mme Lamy (Daniele): C'est ça.

M. Baril (Arthabaska): Là, je ne l'ai pas devant moi, la liste, mais, si j'allais à mon bureau...

M. Montminy (Patrice): Je suis revenu. J'ai fait une mention tantôt...

M. Baril (Arthabaska): Bien!

Une voix: Il n'écoute pas. Il n'écoute pas.

M. Baril (Arthabaska): Hein?

M. Montminy (Patrice): C'est ce qu'on appelle le «club des millionnaires».

M. Baril (Arthabaska): J'écoute, moi.

M. Montminy (Patrice): J'ai mentionné tout à l'heure qu'un des problèmes que les médecins mentionnaient par rapport au BEM... C'est-à-dire, écoutez, on n'est pas toujours sûr que celui qui l'a évalué avait la compétence pour l'évaluer, parce que la compétence n'est pas égale. Ce n'est pas parce qu'on a un cours en sciences politiques qu'on peut être forcément député ou politicien. Il y a des pointes de spécialité dans ça, et on est de plus en plus spécialisé. Il y a des choses qui évoluent. La médecine, heureusement, évolue, et, depuis 10 ans, il y a des traitements qui ont changé. L'individu, au BEM, peut donner une décision qui est parfaitement conforme avec ses connaissances à lui, qui est parfaitement conforme avec la conduite qu'on avait il y a 10 ans, mais qui n'est plus conforme avec la conduite qu'on a aujourd'hui. On la conteste, on va au bureau de révision où les gens du BEM ne viennent pas défendre leur

position, non plus. Ils ne sont pas demandés. Quand c'est tranché, c'est tranché, et ils s'en vont. Là, on tombe avec des médecins experts et on renverse ou on perd, mais là on tombe en argumentation du niveau actuel.

M. Proulx (Jean-Paul): Qu'est-ce que ça apporte de plus, le BEM? Qu'est-ce qu'il apporte de plus? Quand on dit que 70 % des décisions du BEM, des avis du BEM sont contestés, sont modifiés, on ne peut pas justifier un organisme comme ça, M. le ministre, c'est impossible. Moi, je m'en fous de savoir si c'est des gens gentils, pas gentils, bien élevés, mal élevés, je constate qu'ils en voient 20 puis 25 dans la journée. Donc, je constate qu'ils ne prennent pas le temps. Le dossier est mal étudié, les faits sont mal étoffés, sont mal décrits dans la décision. Donc, ça arrive avec un avis qui est mauvais. Sinon pourquoi 70 % des avis qui sont contestés sont modifiés? Ça ne se comprend pas. La seule affaire que ça fait, ça prend du temps. Vous voulez couper le temps, pourquoi ne pas le couper, puisque, de toute façon, les gens qui sont insatisfaits vont probablement aller en appel? Alors, ils iront tout de suite en appel.

• (21 h 20) •

M. Rioux: C'est pour ça qu'il faut améliorer le BEM, je l'ai dit et je le répète.

M. Proulx (Jean-Paul): Bien, votre ancien premier ministre disait qu'il ne fallait pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Bien, moi, des fois, je suis d'accord avec ça. Quand ça va vraiment très mal, là, je pense qu'il faut le tasser. Ce n'est pas 25 %, ce n'est pas 30 % puis ce n'est pas 40 % des décisions, c'est 70 %. Êtes-vous capable de justifier ça, vous, 70 %? Moi, je pense que ça ne se justifie pas. Essayez donc d'expliquer ça à vos commettants dans votre comté que, vous, vous favorisez un système...

M. Rioux: Laissez faire ça, c'est ma job. Vous, c'est...

M. Proulx (Jean-Paul): Oui, mais, nous autres, on est pris avec, par exemple, après.

M. Rioux: ...de défendre vos intérêts ce soir, là?

M. Proulx (Jean-Paul): Pas mes intérêts, les intérêts des travailleurs accidentés. C'est un peu différent.

M. Rioux: Ma job dans mon comté, je vais m'occuper de ça.

Mme Lamy (Daniele): Mais l'autre problème aussi, c'est que les médecins qui sont nommés sur le BEM, ils ne sont pas, eux, en formation continue. C'est des médecins qui sont souvent à la retraite, qui ont agi il y a plusieurs années et qui ne vont pas en formation, qui

ne s'intéressent pas à l'évolution de la pratique, à l'évolution des traitements, à l'évolution du diagnostic et qui, moi, je le dis, ont des préjugés défavorables face à un travailleur qui réclame à la CSST, parce que c'est ce qu'on voit, c'est ce qu'on lit.

Moi, je ne suis pas médecin et je ne peux pas parler de l'éthique, mais, quand je lis un avis du BEM et que ce qui est écrit là, c'est la couleur de ses mains ou l'épaisseur de sa peau, alors que je veux savoir s'il a mal au dos ou s'il n'a pas mal au dos, pour moi, ce n'est pas de la compétence, ça. C'est de l'incompétence, et ça, j'en lis tous les jours et je peux avoir le nom des médecins qui sont toujours référés et vous dicter verbalement ce qu'il y aura sur le rapport.

M. Rioux: C'est des complices ça, là?

Mme Lamy (Daniele): Ce n'est pas des complices, c'est qu'ils n'analysent pas le dossier.

M. Rioux: Bien, ce que vous dites, ça ressemble à ça.

Mme Lamy (Daniele): Ils n'analysent pas le dossier.

M. Rioux: Ils n'analysent pas le dossier?

Mme Lamy (Daniele): Non, ils ne le lisent pas. Ils regardent le travailleur et ils n'analysent pas le dossier. Si le travailleur dit qu'il est en physiothérapie puis que les notes de physio ne sont pas là, ils ne les demandent pas. Souvent, tu vois un avis du BEM, et c'est écrit: Je n'avais pas le rapport radiologique. Il ne l'a pas demandé avant de donner son avis. Il dit juste qu'il ne l'avait pas et il consolide sans atteinte et sans limitation fonctionnelle.

Un cas que j'ai vu. Il y a un gars, il lui disait qu'il n'avait pas de hernie discale. Il n'avait pas la résonance magnétique. Il ne l'avait pas. Mon gars, c'était un plaignard: consolidé sans atteinte, sans limitation fonctionnelle. Il retourne au travail trois heures: rechute. Quelques mois plus tard, finalement — lui, il continuait à voir son médecin traitant. Le médecin lui avait dit qu'il l'opérerait. CSST ou pas, il s'est fait opérer — quand on est arrivé avec le protocole, la CSST a accepté une rechute, récurrence, aggravation. Mais le gars, lui, pendant ce temps-là, il n'a pas reçu son indemnisation pour une période continue parce que le BEM n'avait pas voulu regarder le dossier. Et ça, c'est quotidien. Et les travailleurs arrivent dans nos bureaux: Il ne m'a pas examiné. Alors, vous parliez du musée des horreurs, je suis d'accord avec vous.

M. Rioux: Vous partagez cet avis-là, M. Montminy?

M. Montminy (Patrice): En partie. Comme je vous mentionnais, il y a un élément de spécialité et de

niveau, et le BEM, il faut... Théoriquement, si on prend le rôle du BEM, c'est un rôle d'arbitre. Si c'est un rôle d'arbitre, ça doit être quelqu'un qui a une formation impressionnante parce qu'il va devoir arbitrer des situations, donc avoir les connaissances d'un peu tout le monde. Je dois vous avouer que, dans la région de Québec, depuis un certain temps, j'ai vu certaines décisions du BEM que je trouvais très bien, et ce n'était pas la phraséologie habituelle — on a tous nos façons de faire nos phrases — et, en arrivant dans le bas je disais: Oups! tiens, une nouvelle acquisition au BEM. Par contre, effectivement, c'était un médecin qui était en pratique active, qui est fonctionnel, et tout, et je me suis dit: Bon, ça va, là.

Dans la région de Montréal, ça me semble être un peu plus problématique. Je ne pense pas que le BEM devrait être un fonds de retraite, et, dans certains cas, je me demande s'il n'est pas un fonds de retraite. Comme je vous dis, ça n'enlève pas la valeur des individus de façon isolée, pure, mais on les place dans un rôle d'arbitrage absolu, théoriquement, où ils ont à trancher contre certains des meilleurs spécialistes que cette province-là comporte, là, qui émettent des avis puis qui sont très à jour. Je ne suis pas sûr qu'ils aient les connaissances, qu'on leur demande de les avoir, qu'on s'assure qu'ils les maintiennent — parce que ça ne vient pas tout seul, ce n'est pas évident — et, comme je vous dis, je ne pense pas qu'ils tranchent. Il y a une éthique d'approche — je ne suis pas toujours d'accord avec les avocats avec qui je travaille, remarquez bien, c'est ce qui est normal — mais, quand je parle d'éthique médicale, je ne pense pas moi-même que volontairement un médecin du BEM dise: Ce travailleur-là, je m'en vais l'écraser. Ça, je ne pense pas, mais possiblement que, dans son niveau de compétence, il dit: Bien, voyons, une affaire comme ça, on ne s'occupe de ça. C'est banal, ça ne fait jamais mal, ces choses-là.

M. Rioux: Mais, M. Montminy, ce dont parle madame, il y a au moins un laxisme épouvantable dans ces...

M. Montminy (Patrice): Bien, écoutez, des docteurs qui n'aiment pas les accidentés du travail, ça, je dois vous dire que je peux vous en trouver un gros club. Ce n'est pas dur à trouver. Habituellement, ils n'aiment pas non plus les accidentés de la route. Et, moi, je donne des conférences sur différents sujets et ce que je dis à ces gens-là, c'est: Si vous ne les aimez pas, ayez le cœur de ne pas les traiter et de ne pas facturer à la CSST. Mais ça ne marche pas tout le temps.

M. Rioux: Je m'excuse si j'ai pris un peu de temps.

Le Président (M. Beaulne): Non, ça va. Ça va.

Mme Lefebvre (Lucie): Ce que je pense aussi, c'est qu'on demande, dans le fond, au médecin du BEM

d'être un expert. Donc, il doit tenir compte des opinions des autres médecins, précédemment, qu'il doit infirmer ou regarder le rapport. Sauf que, dans les rapports des médecins du BEM, on ne retrouve jamais de discussion pourquoi ils infirment, pourquoi ils sont en désaccord, pourquoi ils ne sont pas d'accord qu'il y ait des traitements pour ce travailleur-là. On retrouve un long historique, on va retrouver, un peu comme le disait ma consœur, s'il a les mains jaunes, les mains cagneuses, s'il a les ongles sales et beaucoup de considérations de ce type-là, mais on trouve très peu d'argumentation médicale au soutien de leurs prétentions et de leurs opinions, et ça, c'est un problème grave.

Le Président (M. Beaulne): Merci. Alors, M. le député de LaFontaine.

M. Baril (Arthabaska): M. le Président, je n'avais pas fini, là.

Le Président (M. Beaulne): Oui, mais, malheureusement, le temps qui vous était imparti est terminé.

M. Baril (Arthabaska): J'aurais aimé l'approfondir, hein?

Le Président (M. Beaulne): Bien, peut-être que les collègues pourront reprendre la question. Allez-y, M. le député de LaFontaine.

M. Gobé: Merci, M. le Président. Au nom des membres de l'opposition, il me fait plaisir de vous accueillir ici, en cette commission parlementaire et je dois dire que, étant donné que vous êtes le dernier groupe à passer devant nous — vous êtes le trente-huitième — c'est un peu comme le feu d'artifice, là. Alors, vous êtes venus à quatre, et force est de constater, à la lecture de votre mémoire comme à la lumière des commentaires que vous faites, qu'il y a là un grave problème en ce qui concerne le processus médical à la CSST et que le projet de loi du ministre ne règle rien, au contraire.

Je déplore que le ministre se laisse emporter et dise: Vous défendez vos intérêts, et laissez-moi dans mon comté, et tout ça. Vous ne défendez pas vos intérêts, vous venez de nous dire ce que, sur 38 groupes, à peu près 34 et demi ou 33 nous ont dit. Alors, ce ne sont pas vos intérêts. Vous nous faites valoir un point de vue qui est le vôtre, mais qui regroupe l'expérience et le vécu de beaucoup d'autres groupes avant vous, y compris le Collège des médecins, parce que rappelons-nous que le Collège des médecins a jugé utile de mettre en place un code d'éthique et de publier même — je ne l'aurais pas ici peut-être — un petit fascicule avec un certain nombre de règles et de normes, quasiment un code d'éthique pour les médecins spécialistes en ce qui concerne les accidentés du travail, les expertises médicales en tout cas.

Alors, ce que vous dites, c'est tout à fait logique, et je déplore que le ministre, encore, essaie de

discréditer un peu ce que vous dites en le ramenant à des intérêts personnels. Ce ne sont pas des intérêts personnels. Puis il l'a dit à plusieurs reprises. Chaque fois qu'il y a un groupe... Peut-être un sourire, mais il n'était pas là, le député. Il était peut-être ailleurs. Chaque fois qu'il y a un groupe qui est arrivé avec des points de vue comme celui-là, il a essayé de le discréditer en disant: Vous défendez vos intérêts. Vous êtes de la culture CSN. Vous êtes de la culture de ci ou de ça. Ce n'est pas vrai. Le monde qui est venu ici, il n'a pas de culture. Il ne fait pas de CSN, il ne fait pas d'intérêts personnels. Ce sont des gens qui sont chaque jour concernés dans leur travail, dans leurs activités professionnelles ou syndicales par des cas de CSST, par des problèmes des citoyens et des gens, et, quand ils ont vu qu'il y avait une annonce dans le journal qu'ils pouvaient venir en commission parlementaire faire valoir leur point, ils ont décidé de prendre le temps bénévolement, à leurs frais, pour écrire des mémoires pour faire valoir leur point de vue. Alors, ce n'est pas vrai qu'ils défendent des intérêts personnels. Ils défendent ce qu'ils croient être la manière de bien fonctionner dans leur domaine de fonctionnement. Ça peut faire sourire, mais, en tout cas, moi, ça ne me fait pas sourire.

M. Proulx (Jean-Paul): M. le député, je peux juste vous dire que je trouve ça un petit peu drôle de me faire dire ça parce qu'une bonne partie de notre clientèle vient des bureaux de députés.

M. Gobé: Exactement. Absolument.

M. Proulx (Jean-Paul): Alors, si c'est les bureaux de députés qui nous les envoient, c'est peut-être qu'ils pensent qu'on ne fait pas une si mauvaise job puis qu'on ne pense pas juste à nos intérêts. Et je dirais même de certains députés qu'on voit ici aujourd'hui.

M. Gobé: Absolument. Et je suis d'accord avec vous. Notre collègue, la députée de Saint-François, a dit au tout début de la commission... Il y avait des gens de sa circonscription qui étaient là, et elle a dit: Je vous connais parce que, moi, je vous envoie des cas. Moi-même, dans ma circonscription, j'en suis tout à fait content, et ce ne sont pas vos intérêts personnels. Vous faites un bon travail, et je ne pense pas qu'on doit ramener ça à ça.

• (21 h 30) •

Moi, ce qui me plaît beaucoup dans ce que vous dites, c'est lorsque vous présentez le BEM. Ça a créé problème. On a compris qu'il y avait un problème là depuis le tout début, et puis le problème est profond parce que c'est le lien de confiance. Ce qu'on découvre à cette commission, c'est que les accidentés n'ont pas confiance en la CSST. Ils ont l'impression qu'ils sont là pour se faire avoir, qu'ils sont là pour se faire contester, pour se faire confronter. On retrouve même ça dans le rapport Durand, cette culture de confrontation. Puis, de

l'autre côté, on a vu des groupes d'employeurs qui nous disent: Nous autres, ça nous prend des gens sur les commissions, puis il faut checker ça parce qu'on a l'impression, nous aussi, qu'on se fait avoir.

Alors, qu'est-ce qu'on découvre? C'est que, au niveau de la CSST, le lien de confiance n'est plus là. Ça n'a rien à voir avec le ministre. Ce serait un autre que lui, puis probablement que ce serait peut-être la même chose. C'est Shedleur qui amène les projets, ce n'est pas lui, là. C'est un projet de loi de 1994, en plus, qui a été comme connecté dans ce temps-là. Lui, il s'en fait le porte-parole maintenant parce qu'ils l'ont nommé là, mais ce n'est pas forcément une grande réforme qu'il veut amener. Bon. C'est le lien de confiance. Et, moi, ce que je pense qui est important, c'est de rétablir le lien de confiance. Vous, vous faites une proposition qui semble intéressante, à la lumière de vos expériences, à la page 16. C'est vrai qu'il faut le rétablir. Puis est-ce que vous êtes d'accord avec moi que, si on ne rétablit pas le lien de confiance des travailleurs envers la CSST et des employeurs aussi, on ne fait pas une bonne réforme, puis qu'on ne peut pas se rendre nulle part, et qu'on travaille dans le vide, et que c'est simplement cosmétique ou pour d'autres raisons qu'on fait ça?

M. Proulx (Jean-Paul): Ma position est que c'est évident qu'il doit y avoir un lien de confiance. Est-ce que le lien de confiance est complètement rompu? Je n'aurais pas cette prétention-là de vous dire que le lien de confiance est complètement rompu entre la CSST et les travailleurs. C'est clair que le système d'évaluation médicale à la CSST, oui, il est rompu. Ça, je ne peux pas dire le contraire. On amène une proposition, écoutez, qui n'amène même pas de coûts supplémentaires à la CSST, au contraire, qui fait sauver beaucoup d'argent. Ça fait sauver beaucoup d'argent parce que ça va se faire rapidement. Le système, on veut qu'il soit rapide et on propose un système rapide. Le ministre, il nous dit: On veut que ce soit rapide mais, en même temps, il propose «over», une surjudiciarisation de l'évaluation médicale. Alors, ce qu'on vous dit, c'est très clair, et, dans ce cadre-là, on a de la difficulté à comprendre comment la confiance va être rétablie entre les accidentés et le système d'évaluation médicale à la CSST. Écoutez, vous savez tous que la CSST, c'est un gros balancier. Ça se promène d'un bord puis ça s'en va de l'autre bord. C'est rarement de notre bord puis ça ne va pas très loin de notre bord, mais ça s'en va plus souvent de l'autre bord. En tout cas, c'est notre position. Évidemment, on représente les intérêts des travailleurs et on essaie de les représenter le mieux possible.

Ceci étant dit, pour que la confiance revienne, il faut qu'il y ait un système où le travailleur va savoir rapidement ce qui lui arrive et comment on va régler son problème. Il n'a pas intérêt, le travailleur, à attendre deux ans pour se faire dire que, oui, il a besoin d'un traitement ou se faire dire que, non, il n'a pas besoin de traitement. Il aime autant le savoir tout de suite qu'il n'a pas besoin de traitement, il va pouvoir s'en aller sur

l'assurance-salaire puis il va pouvoir se faire payer pendant ce temps-là s'il a la chance d'avoir une assurance-salaire. Il ne se fera pas dire: Non, attends que la CSST rende une décision finale. Alors, ce qu'on veut, c'est que ça se fasse rapidement. On amène une minime contribution là-dessus pour que ça se fasse plus rapidement. Malheureusement, le ministre semble tenir au BEM. Qu'est-ce que vous voulez? On va vivre avec la proposition du ministre. Comme je vous dis, pour répondre à la question de tantôt, nos intérêts personnels vont être bien mieux avec la réforme proposée par le ministre, parce que laissez-moi vous dire qu'on va devoir mettre du temps pour arriver devant le tribunal. Mais ce n'est pas les justiciables qui gagnent au bout de ça. C'était juste pour vous dire ça.

M. Gobé: Là-dessus, nous partageons, de ce côté-ci, votre opinion, d'autant plus que le Protecteur du citoyen et le Barreau sont venus nous le dire. Force est de constater que la réforme qui est amenée ne correspond ni au niveau de l'évaluation médicale, ni au niveau de l'impartialité, ni au niveau de la justice au sens pur. En ce qui concerne le fameux comité paritaire du ministre, sur lequel M. Dufour, président du CPQ, veut nommer lui-même ses représentants, sinon il n'accepte pas le projet de loi, il préfère le statu quo — c'est ce qu'il est venu nous dire ici — vous, est-ce que vous trouvez que cette position est dans l'intérêt d'une bonne justice, que les groupes nomment eux-mêmes leurs assesseurs ou leurs co-commissaires sur un tribunal ou un organisme de dernier recours comme celui qui s'appellerait la CLP ou préféreriez-vous que, à ce moment-là, nous gardions la CALP et qu'elle dépende encore du ministère de la Justice et non pas, comme la CLP, du ministre du Travail?

Mme Lamy (Daniele): Alors, notre position là-dessus, c'est que, moi, je pense qu'on devrait maintenir la CALP et ne pas faire un tribunal de dernière instance paritaire, et surtout pas que les instances paritaires puissent nommer leurs membres. Je pense qu'il faut comprendre ce que c'est que le travailleur va chercher lors d'une contestation, hein? C'est son intégrité physique, c'est son salaire. C'est des montants d'argent qui sont en jeu, c'est des droits qui sont en jeu et c'est très important. En matière d'assurance, on demande à la Cour supérieure, qui est impartiale dans le domaine, de rendre une décision. On vous dit: On est pour une justice administrative, mais il faut qu'elle soit indépendante et il faut qu'il n'y ait pas d'apparence de conflit d'intérêts.

Et j'ai eu l'occasion de lire le mémoire du Barreau là-dessus, un extrait du mémoire du Protecteur du citoyen et je suis tout à fait d'accord avec la proposition qu'il faut maintenir un tribunal d'appel indépendant, sous une juridiction qui est indépendante comme celle-là. Sauver la CALP ou pas? Moi, ce que je vous dis, c'est que, sous l'ancienne loi, la LAT, on avait la CAS. Ça prenait deux ans pour passer à la CAS. On a créé un nouveau tribunal, ça a pris quelques années à le roder,

et il fonctionne bien. Maintenant, c'est un an, les délais, à peu près. Tous les mécanismes qui sont en place sont efficaces. C'est un tribunal qui est très informatisé. On peut y obtenir rapidement les copies, rapidement les informations. En créer un autre, ça va créer d'autres ratés. On va recommencer ce qu'on a fait en 1985.

À mon sens, je ne suis pas gestionnaire de tribunaux d'appel, mais il y a juste une façon qu'il n'y ait pas des longs délais: c'est du monde pour entendre les causes, parce qu'il y en aura toujours autant de causes, qu'on appelle ça comme vous voulez. À la CAS, c'était long parce que les commissaires ne pouvaient pas entendre plus de causes qu'ils étaient capables d'en entendre. À la CALP, il y a eu un processus d'accélération des délais. Pourquoi? Parce qu'il y a eu la nomination de nouveaux commissaires et qu'il y a eu aussi le processus de conciliation qui a réglé des dossiers, donc moins de dossiers à entendre. Qu'on forme un nouveau tribunal, ce n'est pas parce qu'on le forme nouvellement puis qu'on le met paritaire que ça va aller plus vite. Au contraire, ça va être plus long. Puis, si on ne nomme pas assez d'équipes de cinq, bien, ça va prendre autant de temps que ça prenait avant. Et l'équipe de cinq...

Les causes médicales sont de plus en plus médicalisées — de plus en plus d'experts; la CSST est de plus en plus présente — et vont prendre de plus en plus de temps à être entendues. Les causes, chaque partie amène un ou deux experts. La CSST se trimbale avec ses agents d'indem, ses agents de réadaptation et ses médecins experts. Pourquoi, au nouveau tribunal, elle ne le ferait pas, hein? Bien, ça, c'est long. C'est ça qui est long aussi, c'est d'entendre les parties, et, moi, je pense que les parties doivent être entendues et qu'on prenne le temps de les entendre. Si le bureau de révision, c'est rapide, c'est qu'il y a peu d'experts, hein? Puis les auditions rallongent au bureau de révision. Pourquoi? Parce que la CSST se présente de plus en plus souvent avec preuve et témoins. Donc, c'est ça qui est long, c'est le processus. Essayer de le raccourcir en enlevant les paliers d'appel, ça ne règlera rien parce que c'est le processus qui est ainsi fait. Et maintenir deux paliers d'appel, à mon avis, compte tenu des enjeux qui sont en litige dans de tels domaines, c'est important.

M. Gobé: Bien, je pense que, moi, je vais terminer parce que mon collègue a des questions à vous poser. Mais vous avez raison que le nouveau tribunal de la CALP est très informatisé. Ça a permis d'avoir les rôles, hein? Et on voit que la région de Montréal, c'est 10,3 mois et puis que la région de Québec, c'est 11,6 mois. Et je pense que le scandale, là-dedans, c'est de voir qu'on passe un projet de loi en invoquant des délais de 1993, qui sont de cinq ans à trois ans, que ça a fait l'objet d'une publication officielle de la part du ministre au mois de janvier, qui a été envoyée à tout le monde, 15 000 \$, 20 000 \$ dépensés comme ça, là, pour de la propagande et des faits inexacts et que, lorsqu'on a sorti le rôle informatisé, on s'est fait traiter de menteurs — le président de

la CSST, le souffleur numéro un du ministre, qui n'est pas là ce soir, d'ailleurs, qui a mis son adjoint — et c'est ça, le scandale.

Moi, je suis content d'entendre ce que vous avez dit là. Je pense que vous amenez encore, pour les députés, les bonnes raisons de rejeter ce projet de loi là et de le faire changer. Alors, je vous remercie beaucoup, moi, au nom de l'opposition. Ce n'est pas fini, mon collègue a des questions à vous poser, mais, vu que je ne vous parlerai plus, je vous remercie et je tiens à vous féliciter pour la qualité du travail que vous avez amené et l'éclairage que vous nous donnez. Merci beaucoup.

Le Président (M. Beaulne): M. le député d'Argenteuil.

M. Beaudet: Merci, M. le Président. Bien, moi aussi, je tiens à vous féliciter de votre mémoire. Malheureusement, vous êtes le dernier groupe que l'on entend, et, si vous aviez été là le premier, ça aurait sûrement apporté un autre éclairage au ministre parce que les autres se seraient ouverts probablement plus grandement dans leurs plaintes à l'égard du BEM, que le ministre semble vouloir défendre contre tous vents et marées. Je demeure très inquiet, là, par les témoignages que le Dr Montminy nous a partagés quant au fonctionnement du BEM, qui semble être une retraite dorée pour certains médecins qui se sont éloignés progressivement de la pratique pour toutes sortes de raisons, l'âge, la fatigue, des douleurs, bon, les gardes, et on pourrait en ajouter.

• (21 h 40) •

Je trouve ça aussi regrettable que M. Shedleur ne soit pas là ce soir parce qu'il aurait sûrement bénéficié, étant là personnellement, des commentaires que vous avez apportés, d'autant plus que, quand vous nous parlez des médecins au BEM qui devraient être des experts, bien, dans mon livre à moi, ayant déjà été, dans ma vie antérieure, chirurgien, un expert, c'est ce qu'il y a de mieux, pas à la retraite de ce qui s'en va en avant du train, mais en avant du train. C'est l'engin, les experts. C'est eux qui dictent la conduite à suivre, le traitement à appliquer. Pourtant, aujourd'hui, vous nous dites que plusieurs parmi eux sont loin d'être à l'avant-garde de toutes les dernières techniques et technologies de diagnostic et de traitement. Et je dois vous partager que ça me laisse perplexe et très inquiet. Je n'aurais pas souhaité ce genre d'aménagement pour notre profession ce soir, je dois vous le dire. Je vous le dis avec beaucoup d'émotion parce que j'ai pratiqué la médecine pendant 25 ans avec beaucoup de joie, de plaisir et d'engagement, et, quand je vois ce que vous me dites ce soir pour certains d'entre eux, bien, ça me touche profondément, et je ne peux que le regretter.

Le groupe précédent nous a partagé certaines inquiétudes quant aux appels qu'il reçoit régulièrement, venant de la CSST, appels qu'on nous disait difficiles à retourner, et pourtant vous nous partagez un témoignage différent. Oui, on vous appelle, mais vous pouvez

rappeler. J'aimerais, lorsque je vais terminer, que vous nous adressiez un peu là-dessus.

Et, quant à votre proposition à la page 13, je la trouve très éclairante parce qu'elle rejoint en grande partie celle que nous avons reçue de la FHIQ cet après-midi, si ce n'est que vous semblez vouloir maintenir, Mme Lamy, la CALP telle qu'elle est actuellement, avec une situation d'appel qui, peut-être, est nécessaire, sauf que, dans le cas de la Commission des lésions professionnelles telle que proposée dans le projet, évidemment, il n'y a plus d'appel. C'est terminal. Mais, dans la CALP, il n'y a pas d'appel non plus. C'est une commission d'appel, mais elle est à l'appel aux organismes précédents. Mais elle-même n'a plus d'appel. C'est terminal, c'est final, et c'est pour ça que votre proposition rejoint de très près ce que nous avons eu cet après-midi. Et je ne sais pas si vous étiez là cet après-midi, quand on disait...

Mme Lamy (Daniele): J'étais devant la Commission d'appel.

M. Beaudet: ...justement que le médecin traitant pouvait faire appel à un spécialiste et que, advenant une contre-expertise de demandée par la CSST, il avait le choix de demander une autre expertise, et cette décision-là était finale. Et, si ça ne faisait pas l'affaire soit de l'employeur ou de la CSST, on s'en allait à la CLP. Bon. Est-ce que vous seriez capables d'élaborer un petit peu là-dessus, vous deux, pour le temps qu'il nous reste?

M. Montminy (Patrice): Si vous voulez, je peux peut-être. La notion des appels, ce qu'il faut comprendre, c'est que, lorsque je dis que j'exige d'avoir le droit de rappeler, c'est que je me permets moi-même d'appeler dans des dossiers sans qu'on m'appelle. Je me dis: Si le médecin a le droit de m'appeler, moi, j'ai le droit de communiquer avec le médecin et de lui dire: Pourquoi tu as refusé ce dossier-là? Il me donne ses raisons, je lui donne mes raisons s'il lui manque des renseignements, et, je vais vous dire, on en a déjà reconsidéré des dossiers comme ça en disant: Oups! je n'avais pas ce renseignement-là, faxe-le-moi. Et ça, pour moi, c'est essentiel. Ce sont des choses complexes. De toute façon, s'il ne m'appelle pas, il va faire comme il faisait préalablement, il va m'envoyer une demande écrite à laquelle je vais devoir répondre. Je n'ai pas le temps d'y répondre. Ils vont m'accuser et dire que la loi exige 10 jours, puis je vais leur dire: Poursuivez-moi, parce que je n'ai pas le temps de répondre à vos papiers.

C'est la raison pour laquelle ils se sont mis à nous appeler, ce qui est beaucoup plus facile. Et ça permet de régler des problèmes, mais ni pour ni contre, là, de dire: Pourquoi l'avez-vous refusé? Pour telle raison. O.K. Je n'avais pas ce renseignement-là. Bon, c'est justifié. Moi, je me revire vers mon patient et je lui dis: Ecoute, c'est refusé pour telle raison. As-tu quelque chose à dire? Si tu as une preuve à soumettre, on va la leur envoyer. Si tu n'en as pas, comprends leur

refus, ils sont menés par une loi. On n'est quand même pas... Moi, je suis pro-travailleur, mais je ne suis pas anti-loi. Je veux dire, je suis pro-travailleur si le travailleur a raison. S'il a tort, je vais me charger de lui faire comprendre qu'il a tort et pourquoi, pas simplement de lui dire.

Dernière petite chose à propos du BEM: si jamais vous voulez le modifier et le mettre vraiment efficace, rendez les responsables de leurs décisions. C'est-à-dire que le médecin du BEM peut être appelé en cour pour venir, devant la Commission d'appel, dire: Pourquoi vous avez dit ça docteur? Elle est où, votre littérature? Laissez-moi vous dire que les rapports vont être pas mal plus étoffés puis que, possiblement, il va y avoir moins de monde sur le BEM. Je te laisse...

Mme Lamy (Daniele): Sur les droits à l'appel, nous, dans notre mémoire, on demandait le maintien de deux paliers d'appel parce que, nous, on fait la distinction, comme l'avaient fait d'autres groupes aussi, entre un bureau de révision comme il existe maintenant et une commission d'appel comme la CALP. Si le bureau de révision existe, si, comme le dit mon confrère, il rend service au travailleur, c'est qu'il permet, dans un cadre non légaliste, dans une deuxième instance, au travailleur de s'exprimer. Souvent, c'est la première fois qu'on demande au travailleur puis qu'il dit verbalement comment a eu lieu l'accident et le nom de tous ses médecins. Parce que, lui, si on lui demande, le travailleur de la construction, cinquième année b faible, de décrire son accident: Je suis tombé et je me suis fait mal, c'est ça qu'il va écrire. C'est ça qui est arrivé.

Le médecin de la CSST, lui, veut savoir comment il est tombé, sur quoi il est tombé. Est-ce que le mécanisme accidentel peut avoir causé la lésion qui a été diagnostiquée par le médecin? C'est ça que la CSST va se poser. Le travailleur ne peut pas répondre à ça. Par contre, dans le cadre du bureau de révision, le bureau de révision lui permet d'exprimer ce point de vue là, mais, comme on le disait, à moindre coût, et, s'il est insatisfait de cette décision-là ou si l'employeur amène une expertise, il aura toujours une deuxième chance. Oui, maintenir deux paliers d'appel parce que les enjeux sont importants. Ce n'est pas n'importe quoi qu'on va défendre, là.

M. Beaudet: Je vous remercie beaucoup d'avoir partagé ces témoignages avec nous. Ça nous éclaire beaucoup.

Mémoires déposés

Le Président (M. Beaulne): Alors, mesdames, messieurs, la commission vous remercie, et nous allons procéder maintenant aux remarques finales.

Avant de procéder aux remarques finales, j'aimerais déposer les mémoires des organismes suivants qui n'ont pas été entendus, mais qui déposent leur mémoire officiellement à la commission: L'Association des médecins du réseau public en santé au travail du Québec,

l'Association des médecins du travail du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec et l'Association des infirmières et infirmiers en santé du travail du Québec.

Alors, sur ce, il nous reste 12 minutes, et c'est bien peu de temps pour conclure cette journée d'auditions, mais chacun des porte-parole — le ministre pour le gouvernement et le député de LaFontaine pour l'opposition — dispose de six minutes pour nous livrer ses remarques finales.

Remarques finales

M. Matthias Rioux

M. Rioux: M. le Président, MM., Mmes les membres de la commission, mesdames et messieurs, au terme de ce débat qui nous a réunis quand même pendant plusieurs heures, je tiens à faire le point sur quelques questions qui, pour moi, sont de toute première importance. Je répète que la première chose qui me tient à coeur dans toute cette démarche, c'est le travailleur et la travailleuse accidenté. On est là pour ça. C'est pour eux autres qu'on a discuté pendant de longues heures et qu'on a entendu des mémoires. D'ailleurs, je voudrais remercier tous les groupes qui ont soumis des mémoires à la commission et qui sont venus défendre, devant cette commission, leur point de vue. À la lumière des commentaires pertinents qui nous ont été faits, je tiens à vous assurer, M. le Président, que je n'hésiterai pas à revoir certains aspects du projet de loi et que tout cet exercice nous a quand même permis de réfléchir sur les enjeux qui sont les nôtres.

• (21 h 50) •

Mais, avant toute chose, je voudrais faire une mise au point en ce qui a trait à la réduction des délais. Vous savez que le premier objectif de la réforme proposée, c'est de trouver des solutions durables pour accélérer le processus de révision et d'appel des décisions rendues par la CSST. Cet objectif, comme l'ensemble du projet de loi, demeure d'actualité. C'est vrai, puis je le reconnais, que le délai total pour obtenir une décision finale a diminué au cours des derniers mois, mais, à mon sens, il demeure encore trop élevé. Pour un travailleur accidenté, plus de deux ans avant de savoir à quoi s'en tenir c'est trop long, c'est irrespectueux et ça peut mettre en péril ce qui, à mon avis, est sacré, son droit de retour au travail. Ce qui est fondamental dans ce qui nous occupe, ce n'est pas de savoir si le délai d'appel à la CALP est de huit, 12 ou 18 mois, alors qu'on sait que l'ensemble du processus — BEM, bureau de révision, CALP — excède les 2,4 ans en 1996.

On les a les tableaux, on les a fait sortir. On les a, les statistiques. Tout le charriage qui a été fait à la commission autour de ça, on a compris que ça sentait les sources à plein nez. L'enjeu du projet de loi n° 79 consiste à remplacer les nombreuses étapes du processus de révision et de décision à la CSST par une structure

plus souple afin de permettre au travailleur de savoir à quoi s'en tenir et d'être situé sur sa situation. C'est vrai, comme certains l'ont dit, que certains cas ont été traités dans sept, huit mois, mais il faut être capable de lire à travers les statistiques et de constater qu'il y en a qui ont pris 37 mois en 1996. C'est ça, la réalité, c'est ça qui est inacceptable et c'est ça qu'on va devoir changer. Moi, je n'ai pas d'autre intérêt que ça. C'est de faire en sorte que le travailleur obtienne gain de cause dans les meilleurs délais, en dedans d'un an, de préférence, mais il faut savoir compter, par exemple.

En Ontario et en Colombie-Britannique... J'aimerais qu'on parle un tout petit peu du régime qui existe dans d'autres provinces canadiennes au sujet du médecin. Sachez que c'est l'opinion du médecin des commissions des accidents du travail qui prime. Ici, au Québec, c'est une décision qu'on a prise, il y a quelques années, que c'est l'opinion du médecin traitant qui est importante. Non seulement faut-il maintenir ça, il faut l'améliorer. Si le BEM fait problème, on va l'améliorer ou on va le changer. Seuls les cerveaux obtus s'ancrent dans des positions qui sont indéfendables.

Il y en a qui sont venus mordre à belles dents dans la CSST, dans le BEM, dans les professionnels de la santé. Je sais bien que, si j'avais été médecin, ce soir, je n'aurais pas été très heureux, j'aurais été un petit peu comme mon collègue d'en face. D'apprendre en public que les professionnels de la santé sont des gens sans conscience professionnelle, sans éthique, sans aucun respect de leur code de déontologie parce qu'ils oeuvrent à l'intérieur d'un mécanisme ou d'une structure qui s'appelle le BEM ou la CSST, c'est inacceptable. Inacceptable. Qu'est-ce qu'on fait dans les facultés universitaires pour former ce monde-là si, par surcroît, comme spécialistes, on ne peut même pas avoir confiance en eux? On est dans un processus médical, on n'est pas dans un processus judiciaire. On est dans un processus, d'abord et avant tout, médical où on examine un patient et on le guérit pour qu'il retourne travailler au plus sacrant. C'est ça qui est important.

Je voudrais qu'au sortir de cette commission parlementaire on puisse vivre de façon plus intense la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, adoptée en 1985. Je ne veux pas m'étendre davantage, mais je voudrais terminer mes propos en vous faisant remarquer que j'ai dit à quelques reprises, au cours de cette commission parlementaire, qu'il n'y a rien de parfait dans n'importe quel système. Tout ce qu'on mettra en place sera forcément perfectible parce qu'on retrouve des humains à l'intérieur de ça. Mais l'employeur a ses droits, les travailleurs ont leurs droits, je pense que le médecin traitant est très important dans le système, il a un mot à dire qui est prépondérant, et la CSST a été créée et mise en place pour gérer le système. On n'ira pas jeter le bébé avec l'eau du bain. Ça, c'est certain. Vous pouvez, là-dessus, me faire confiance.

Il y en a qui ont dit qu'il y avait un déséquilibre épouvantable dans le système, que le processus était long

de façon exagérée. J'ai pris bonne note de tout ça. Je crois que nous avons un petit exercice à faire de notre côté, ici, l'opposition également sans doute, et, moi, je me propose, au cours des prochains jours, de réfléchir aux amendements que j'apporterai à ce projet de loi. Ceux qui ont demandé son retrait rêvent en couleur. Ceux qui veulent déjudiciariser, je suis d'accord avec eux. Ceux qui veulent améliorer le système, réduire les délais, je suis d'accord avec eux, mais je persiste à croire que ce qui est fondamental, c'est que la personne qui a la malchance d'avoir été accidentée du travail puisse être soignée et retournée à son travail le plus rapidement possible. Puis ce qu'il faut aussi, c'est un système où la qualité de tous les gestes qui sont posés fait partie de la philosophie qui doit nous habiter. La qualité du geste professionnel qui est posé par les médecins ou les avocats qui sont dans le système, les personnes qui gravitent autour du système également, les employés de la CSST, ceux qui ont à gérer le système, qui a été considérablement amélioré ces dernières années.

La CSST était un organisme qui n'était pas montrable il y a quatre ans. Aujourd'hui, quand même, on peut dire que c'est un organisme qui fonctionne relativement bien. Ce n'est pas un chef-d'oeuvre de la création, ce n'est pas ça. Mais, on a un régime qui est perfectible, on va le perfectionner avec la loi n° 79, on va apporter les amendements qu'il faut. Quant au délai de cinq jours dont on a parlé à plusieurs reprises, on va réexaminer ça, et ce que j'espère, c'est que, lorsqu'on arrivera avec les amendements, on puisse faire front commun avec l'opposition et qu'on vote ça à l'unanimité de l'Assemblée nationale. Ça, ça pourrait être un grand moment pour les travailleurs du Québec.

Le Président (M. Beaulne): Merci, M. le ministre. M. le porte-parole de l'opposition officielle.

M. Jean-Claude Gobé

M. Gobé: Merci, M. le Président. Alors, mesdames et messieurs, chers collègues, ce soir, nous mettons fin aux travaux de cette commission. Ça fait maintenant près de trois semaines que nous nous réunissons, pas forcément tous les jours, mais régulièrement, et que nous entendons des citoyens, des citoyennes, des médecins, des avocats, des travailleurs, des syndiqués, des patrons venir devant nous nous expliquer leur point de vue et leur position sur le projet de loi n° 79.

S'il y a trois semaines que nous en discutons en commission, je rappellerai que tout cela a commencé au mois de décembre, quand le ministre du Travail, qui déposait son projet de loi, disait: «J'estime, M. le Président, que les employeurs du Québec, qui attendent ce projet de loi depuis longtemps, et la FTQ, qui représente 180 000 membres, ça commence à être représentatif, et, s'il n'y a pas un consensus global qui commence à se dégager, en tout cas, une opinion qui m'indique, moi, personnellement, que ce projet de loi là, on ne retardera pas son adoption, comme le souhaite l'opposition, on va

l'adopter avant Noël.» Pourquoi je vous dis ça? Parce que j'y retrouve les raisons fondamentales. Quand le ministre parle en Chambre à 1 h 45 du matin, il dit ce qu'il pense: «J'estime, M. le Président, que les employeurs du Québec, qui attendent ce projet de loi depuis longtemps...» Voilà ce qui le motivait lorsqu'il parlait.

• (22 heures) •

Mais, nous, nous pensons, de ce côté-ci de l'opposition, que, s'il est légitime pour les employeurs de vouloir améliorer ou faire en sorte que la CSST, pour laquelle ils paient, fonctionne bien, il est aussi légitime pour les travailleurs que justice leur soit rendue et qu'ils soient traités comme des êtres humains et non pas comme de simples clients qu'on essaie de presser pour sauver les dépenses, pour compresser les coûts. Parce qu'on retrouve aussi dans le projet du ministre un document qui date de 1994, qui vient de la vice-présidence finances de la CSST et qui démontrait à l'époque — document qui m'a été remis — qu'on pourrait faire 47 000 000 \$ d'économies en coupant certaines structures de la CSST. Alors, ce n'est pas un rapport qui nous vient du côté social de la CSST, mais du vice-président finances. Et là le chat sort du sac.

Le ministre a, par la suite, invoqué les délais. Il fallait trouver quelque chose. Donc, il a pris des chiffres de délais qui datent de 1993. Il a même été jusqu'à émettre un bulletin, un document, que vous avez tous reçu peut-être à vos bureaux — nous l'avons reçu — intitulé *Ministère du Travail et CSST ensemble*, dans lequel il disait: En 1993, les délais étaient de cinq ans à trois ans. Il faut régler ça. Donc, on présente le projet de loi n° 79. Mais la vraie vérité, c'est qu'il a essayé d'abriter les raisons pour lesquelles il passe ce projet de loi là. C'est un projet qui date de 1994 que, nous, de l'opposition officielle, n'avons pas voulu passer à l'époque. Nous aurions pu le passer avant les élections. Nous nous y sommes refusés après consultation du caucus libéral, car nous pensions qu'il n'était pas temps, à la veille d'une élection, de passer un projet de loi important comme ça, même pour des raisons économiques, financières. Nous pensions qu'il devait y avoir consultation plus large auprès des travailleurs.

Lui, il a décidé de le passer. Pourquoi il le passe? Parce que certainement que ce ministre en mal de reconnaissance de ses actions essaie de trouver des projets ou des changements dans les domaines pour lesquels il a reçu juridiction afin de démontrer qu'il s'occupe de ce qu'il fait, contrairement à ce que les journaux écrivent, qu'il ne fait rien, qu'il regarde passer le train des fermetures d'usines. Alors, il a dit: Bien, tiens, il y a un projet de loi qui dort dans un tiroir, là, je vais le sortir, puis, vu que c'est les libéraux qui l'avaient amené dans le temps, probablement qu'ils vont l'adopter. C'est pour ça qu'il disait: Moi, personnellement, ce projet de loi là, on ne retardera pas son adoption, comme le souhaite l'opposition, on va l'adopter avant Noël. Il voulait passer à l'histoire. Ça faisait aussi certainement l'affaire de son gouvernement qui aurait pu dire suite au Sommet: Vous avez vu, on a changé la

CSST, on l'a réformée. Le seul changement qu'ils ont fait à date, c'est que, par un projet de loi sous bâillon, après discussion aux commissions parlementaires du projet de loi n° 74 et adoption par l'ensemble des députés, ils l'ont modifié en une nuit à l'encontre de l'ensemble des députés qui avaient voté pour. Ils l'ont mis dans un bâillon pour aller soustraire les frais d'inspection de 14 000 000 \$ qui étaient défrayés par le ministère de ce monsieur pour les faire payer par les employeurs de la CSST, ceux qui paient la CSST. On a pelleté 14 000 000 \$. Ça a été dénoncé unanimement, de la CSN au Conseil du patronat.

Voilà le genre de réforme qu'il fait. C'est de la même veine, c'est du même tabac, et nous ne pouvons y souscrire. Nous ne pouvions à l'époque, nous avions des questions sérieuses. Depuis que vous êtes venus témoigner devant nous, depuis ces trois semaines, une quarantaine de groupes, notre perception, notre conviction s'est renforcée. Nous constatons que c'est un projet de loi qui est déphasé dans le temps. Les délais ne sont plus les mêmes. Il a beau essayer d'invoquer des délais, c'est officiel. Nous avons le rôle. Les délais, c'est de 10 mois et c'est de neuf mois. Et c'est les anciens cas où il y a plus de causes qui datent, là, qu'il faut absolument épurer. Quand ces causes-là seront épurées, ce sera encore plus court. Puis, en plus, c'est des délais, comme l'indiquait mon collègue le Dr Beaudet, le député d'Argenteuil, qui sont incompressibles pour donner une justice et un bon management de tous ces cas, de toutes ces causes. On ne peut pas réduire à l'infini, là. Il y a des maladies, il y a des accidents professionnels ou accidents de travail qui sont évolutifs, puis ça prend des délais d'expertise, certaines choses. Donc, son projet est déphasé. Les retards ne sont plus là.

En ce qui concerne, maintenant, l'amélioration sur le paritarisme, il a été démontré sans équivoque par l'ensemble des intervenants sérieux en matière juridique et judiciaire... Les autres sont sérieux aussi, mais moins spécialistes en matière juridique, et là je parle du Barreau puis je parle en particulier — il y a en a d'autres aussi — du Protecteur du citoyen qui nous ont indiqué sans équivoque et clairement que cette partie du projet de loi porterait atteinte au droit des Québécois et des Québécoises travailleurs accidentés d'avoir une justice juste et impartiale et que, en vertu de l'article 23 de la Charte québécoise des droits et libertés du Québec, on a aussi droit à la perception de l'impartialité de la justice, ce qui n'est pas là-dedans.

Alors, on pourrait parler du processus médical, le BEM. Oui, c'est le musée de horreurs. Pas parce que les médecins sont incompetents, c'est parce que la cadence ou le rythme auquel ils doivent travailler, certainement, les amène à aller rapidement, mais aussi parce que certains individus, comme dans toutes les corporations, tous les groupes, peut-être, voient là comme un fonds de pension ou sont des purs et durs, comme on nous l'a mentionné tout à l'heure, qui ont une conception du travailleur, ou de l'accidenté du travail, ou de la médecine qui vient des années passées. Mais on se retrouve

par hasard avec ces gens-là qui font la majorité des expertises et qui sont généralement négatives envers les travailleurs. Oui, au BEM, il y a un problème. Oui, c'est le musée des horreurs. Oui, les gens n'ont plus confiance. Les Québécois, les travailleurs et travailleuses n'ont plus confiance, quand ils sont accidentés, dans le BEM, ils n'ont plus confiance dans la CSST, et c'est là peut-être toute la base des problèmes que nous rencontrons.

Il n'y a rien dans le projet de loi qui corrige ça, au contraire. On se serait attendu à ce que le ministre prenne des actions pour restaurer la confiance des travailleurs et des patrons aussi. On ne le retrouve pas. Alors, pour toutes ces raisons — les délais n'existent plus, le projet de loi est déphasé; la confiance n'est plus là dans l'évaluation médicale; son tribunal paritaire n'inspire confiance ni aux autorités juridiques comme le Barreau, ni à des groupes d'avocats, ni non plus au Protecteur du citoyen — pour ces raisons en particulier — et il y en aura d'autres, mais principalement — au nom de l'opposition officielle, nous demandons le retrait du projet de loi et nous avertissons le ministre que, s'il amène le projet de loi malgré tout en commission parlementaire, article par article, il devra faire face à l'opposition qui fera en sorte que le projet de loi là ne s'avance pas tel qu'il est libellé actuellement, à moins que les groupes qui sont venus nous rencontrer nous fassent savoir que les revendications légitimes qu'ils ont fait valoir sont remplies dans le projet de loi.

C'est là notre opposition et c'est là ce que nous disons au ministre. Comme nous l'avons dit avant Noël, le projet de loi ne passera pas s'il n'y a pas des audiences publiques. Nous voulons entendre des groupes. Nous en avons entendu, nous savons ce qu'ils vous ont dit. J'espère que vous l'avez compris parce qu'il faudra que ça se reflète dans tout projet que vous amènerez. En attendant, pour celui-là, tel qu'il est maintenant, nous demandons son retrait et nous ne collaborerons pas à son adoption.

En terminant, je tiens à remercier les députés qui ont participé: mon collègue, le Dr Régent Beaudet, le député d'Argenteuil; notre collègue le député de Bourassa, Yvon Charbonneau, qui, malheureusement, est malade aujourd'hui; ainsi que la députée de Saint-François, Mme Gagnon-Tremblay. Je tiens à remercier les députés du gouvernement. Il y a, parmi ces députés, des gens qui ont pris leur travail avec sérieux, qui sont conscients aussi des problèmes que peuvent rencontrer les travailleurs et des vices qu'il y a dans ce projet de loi là. Ils nous l'ont fait savoir, et nous souhaitons que, lorsque le moment va être venu de faire valoir le poids et la recommandation de la commission, eh bien, ils puissent encore collaborer avec nous. Notre but n'est pas de faire en sorte que le ministre ne puisse pas améliorer la CSST, ne puisse pas faciliter l'organisation de cet organisme. Notre but est de faire en sorte que les travailleurs soient traités humainement, que les employeurs soient satisfaits de la manière dont ça se passe et que ça fonctionne bien.

Alors, il nous reste une chose maintenant, c'est de demander, vu que vous êtes venus devant cette commission, vous tous qui aviez un ordre de la Chambre de le faire pour nous, les députés, de vous écouter, que la commission se réunisse, que nous puissions nous réunir entre députés des deux côtés pour essayer de voir, à la lumière de vos recommandations, ce que nous pouvons faire avec cela pour faire en sorte de soumettre à M. le ministre ce que nous, comme membres de cette commission qui avons pris la peine de vous écouter, et vous, qui avez pris la peine d'écrire et de venir nous parler... que nous puissions faire notre rôle pour lequel nous sommes élus, c'est-à-dire notre rôle de législateur.

Alors, je demande donc maintenant que la commission puisse — pas ce soir, mais dans les prochaines semaines, les prochains jours — se réunir en toute bonne foi et, comme ça se fait en général, sans publicité, parce que c'est une séance de travail où ça travaille à l'intérieur, pour analyser tout ça et voir s'il y a moyen de faire des consensus et des recommandations au ministre dans le meilleur intérêt des travailleurs, de la CSST et de l'administration publique au Québec. Alors, merci à tout le monde, et, moi, je suis très satisfait de ce que j'ai entendu et très satisfait d'avoir pu faire mon travail ainsi que mes collègues députés élus en cette Chambre pour ça.

• (22 h 10) •

Le Président (M. Beaulne): Merci, M. le député. Alors, à mon tour, je vais remercier tous les groupes qui ont participé à ces sept jours d'audience de même que les députés collègues de la commission, du gouvernement et de l'opposition, en souhaitant que la suite des événements se déroule pour le plus grand bénéfice des travailleurs et de la société québécoise. Sur ce, j'ajourne les travaux de la commission sine die.

(Fin de la séance à 22 h 11)