ASSEMBLÉE NATIONALE

PREMIÈRE SESSION — TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

Journal des débats

de la Commission permanente
de l'économie et du travail

Le mercredi 22 février 2006 — Vol. 38 N° 108

Consultations particulières dans le cadre de l'examen
du rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale
et du document d'actualisation de ce rapport (1)

Président de l'Assemblée nationale:
M. Michel Bissonnet

QUÉBEC

Abonnement annuel (TPS et TVQ en sus):

Débats de l'Assemblée	145,00 $
Débats des commissions parlementaires	500,00 $
Pour une commission en particulier:	
Commission de l'administration publique	75,00 $
Commission des affaires sociales	75,00 $
Commission de l'agriculture, des pêcheries et de l'alimentation	25,00 $
Commission de l'aménagement du territoire	100,00 $
Commission de l'Assemblée nationale	5,00 $
Commission de la culture	25,00 $
Commission de l'économie et du travail	100,00 $
Commission de l'éducation	75,00 $
Commission des finances publiques	75,00 $
Commission des institutions	100,00 $
Commission des transports et de l'environnement	100,00 $
Index (une session, Assemblée et commissions)	15,00 $

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
1020, rue des Parlementaires, bureau RC.85
Québec, Qc
G1A 1A3

Téléphone: (418) 643-2754
Télécopieur: (418) 643-8826

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

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec
ISSN 0823-0102

Commission permanente de l'économie et du travail

Le mercredi 22 février 2006 — Vol. 38 N° 108

Table des matières

Remarques préliminaires 1
M. Pierre Descoteaux 1
M. Marjolain Dufour 1
Mme Danielle Doyer 2

Auditions 3
Fondation pour l'aide aux travailleuses et aux travailleurs accidentés (FATA) 3
Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ) 15
Conseil du patronat du Québec (CPQ) 24
Confédération des syndicats nationaux (CSN) 35
Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) 44

Autres intervenants

M. Normand Jutras, président

M. Claude Bachand
M. Norbert Morin

* M. Jacques Morissette, FATA
* M. Denis Lévesque, idem
* M. Henri Massé, FTQ
* M. Jean Dussault, idem
* M. Richard Goyette, idem
* M. Pierre Dupuis, idem
* M. Robert Borduas, CPQ
* M. Louis Sainte-Marie, idem
* Mme Pascale Gauthier, idem
* M. Roger Valois, CSN
* M. Robert Guimond, idem
* M. Yves Sicotte, idem
* M. Yves Dugré, FMSQ
* M. Louis Morazain, idem
* M. Pierre Lavallée, idem

* Témoins interrogés par les membres de la commission

Le mercredi 22 février 2006 — Vol. 38 N° 108

Consultations particulières dans le cadre de l'examen du rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale et du document d'actualisation de ce rapport (1)

(Neuf heures trente-cinq minutes)

Le Président (M. Jutras): Étant donné que nous avons quorum, nous allons commencer, sans plus tarder, nos travaux, et je déclare la séance de la Commission de l'économie et du travail ouverte.

Je rappelle le mandat de la commission: l'article 68 de la Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives donne le mandat à la commission compétente — dans le cas présent, la Commission de l'économie et du travail — d'examiner le rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale. Après avoir entendu les représentants du Bureau d'évaluation médicale le 19 octobre 2005, les membres de la commission ont convenu de poursuivre cet examen en entendant des groupes intéressés et concernés par la question.

Alors, est-ce que, Mme la secrétaire, vous avez des remplacements à annoncer?

La Secrétaire: Non, M. le Président.

Le Président (M. Jutras): Je demanderais aussi à toutes les personnes dans la salle, s'il y en a qui ont un téléphone cellulaire en leur possession, de bien vouloir le fermer.

Je donne l'horaire de la journée. Alors, nous allons commencer en premier, en entendant les remarques préliminaires du groupe parlementaire formant le gouvernement; par après, là, 20 minutes plus tard, les remarques préliminaires des députés de l'opposition; et par la suite les remarques préliminaires du député indépendant. Vers les 10 h 15, nous entendrons la Fondation pour l'aide aux travailleuses et aux travailleurs accidentés pour suspendre nos travaux à 11 h 15, les reprendre à 14 heures, et là nous entendrons la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec; à 15 heures, le Conseil du patronat du Québec; à 16 heures, la Confédération des syndicats nationaux; à 17 heures, la Fédération des médecins spécialistes du Québec. À 18 heures, nous ajournerons pour continuer demain, là, le 23 février, jeudi.

Remarques préliminaires

Alors, je demanderais donc au groupe parlementaire formant le gouvernement de bien vouloir nous faire part de leurs remarques préliminaires, et par la suite nous entendrons les remarques préliminaires des députés de l'opposition officielle.

Alors, madame, messieurs, la parole est à vous.

M. Pierre Descoteaux

M. Descoteaux: Merci, M. le Président. Donc, écoutez, après une brève discussion avec notre collègue de René-Lévesque, effectivement je crois que nos remarques préliminaires seront relativement brèves.

Comme vous disiez, M. le Président, au 19 octobre, lorsque la commission a pris connaissance du rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale, donc du BEM, au même moment surgissaient de nombreuses critiques à l'endroit du bureau en question. Les critiques se sont retrouvées évidemment dans les médias et les critiques se sont aussi retrouvées lors de l'audition du rapport comme tel. La décision de notre commission a été, à ce moment-là, face à ces critiques-là et pour des raisons non seulement évidentes aussi, mais pour des raisons que je crois assez sérieuses... Les critiques, bon, il y avait des commentaires positifs, bien entendu, et ça va de soi, mais les critiques allaient de délais trop longs au fait que même notre collègue de Charlesbourg, si je ne me trompe pas, avait évoqué la question de la dignité humaine lorsqu'on parlait des rapports humains existant entre les médecins experts et les travailleurs et travailleuses. Mon optique de la situation et de la problématique, c'est de faire table rase, si vous voulez, de tout ce qui peut être idée préconçue, de tout ce qui peut être impression, et c'est pour ça, jusqu'à un certain point, qu'il y a eu unanimité au niveau de notre commission pour entendre les groupes et vraiment faire la lumière sur cette question-là de l'évaluation, du rapport d'évaluation du BEM.

Donc, à toutes fins pratiques, je crois que c'est difficile pour nous de faire de longs exposés au niveau d'une déclaration d'ouverture, parce que le but justement de nos rencontres aujourd'hui et demain sur le BEM, c'est de faire la lumière et d'avoir les commentaires de tous les intervenants qui sont intéressés, d'une façon directe ou indirecte, au BEM et qui peuvent justement jeter une lumière sur la situation.

Donc, à toutes fins utiles, en ce qui me concerne — peut-être mes collègues veulent rajouter quelque chose — mais en ce qui me concerne, l'important, aujourd'hui et demain, ce sera d'entendre les groupes intéressés afin qu'ils puissent nous faire part de leur lumière sur le Bureau d'évaluation médicale. Merci, M. le Président.

● *(9 h 40)* ●

Le Président (M. Jutras): Alors, merci, M. le député de Groulx. Est-ce que, du côté ministériel, il y a d'autres remarques? Non? Ça va?

Alors, maintenant, du côté de l'opposition, alors, M. le député de René-Lévesque.

M. Marjolain Dufour

M. Dufour: Oui, merci, M. le Président.

Alors, peut-être dans le même sens que mon collègue député de Groulx, peut-être juste faire une mise en contexte du travail que la commission a fait depuis l'automne dernier.

Alors, nous avons rencontré, bien entendu, les gens du Bureau d'évaluation médicale au niveau de leur rapport, le 19 octobre, qui était présenté par le Dr Michel Dupont

et qui était accompagné du sous-ministre adjoint, M. Daniel Charbonneau. Suite à cette rencontre-là, beaucoup de questionnement s'est fait au niveau des députés. On s'est rencontrés ensuite en interne de notre Commission économie et travail, pour, je dirais, travailler sur deux axes: un premier axe qui fait en sorte que... Nous, comme députés, on n'a pas les connaissances de ceux qui plaident à tous les jours puis qui sont dans le système de la santé et sécurité au travail, alors on s'est même fait donner... le premier axe qu'on s'était donné, c'est de se faire donner un genre de formation pour être capables de comprendre le processus à partir de l'accident, de la lésion professionnelle à aller jusqu'à la Commission des lésions professionnelles.

Le deuxième axe dont nous avions pris position était effectivement de rencontrer des groupes pour avoir l'heure juste sur les dossiers. Mon collègue de Groulx parlait tout à l'heure du député de Charlesbourg qui disait que c'était un aspect de dignité. Alors, effectivement, il y a un respect puis il y a un aspect de dignité humaine dans ces dossiers-là. Dieu sait que, même avant la commission parlementaire pour entendre le Bureau d'évaluation médicale, selon son rapport il y avait des annonces des travailleurs accidentés vivant un cauchemar, il y a le ministre qui avait pris position sur le fait qu'il n'était pas question d'abolir le BEM. J'avais émis quelques commentaires aussi. Alors qu'il est clair qu'on rencontre certaines catégories, certains organismes aujourd'hui pour tenter de faire la lumière sur tout ce qui se passe sur le cheminement des dossiers au niveau des lésions professionnelles, et on sera capables, à la lumière des informations qui vont nous être soumises, être capables de prendre position, comme Commission économie et travail, soit à faire des recommandations au ministre et pour voir à ce que l'aspect dignité et que le Bureau d'évaluation médicale...

Puis il est important, et je vous le lis. Puis je tiens à souligner, en passant, le merveilleux travail de Mme Michèle Rioux, qui nous aide au niveau de la Commission économie et travail. Alors, le but ultime au niveau de la loi n° 79, ça consistait à «remplacer les nombreuses étapes du processus de révision et de décision de la CSST par une structure plus souple afin de permettre au travailleur de savoir à quoi s'en tenir et d'être fixé, le plus rapidement possible, sur sa situation. La nécessité de simplifier le régime, de l'humaniser et d'accélérer le processus d'appel des décisions de la CSST était au centre des préoccupations. En bref, il s'agissait de déjudiciariser le régime québécois de santé et de sécurité au travail. On parlait du rôle du BEM en la matière, qui semblait alors susciter un débat très émotif et très important pour ceux qui le connaissaient. Selon des chiffres cités en commission parlementaire, en février 1997, quatre fois sur cinq, le BEM était en désaccord sur l'existence ou le pourcentage d'une atteinte permanente et, trois fois sur quatre, le BEM était en désaccord sur l'existence ou de l'évaluation des limitations fonctionnelles d'une personne, évaluation réalisée par le médecin traitant du travailleur».

Alors, il y a eu des commentaires qui ont été émis effectivement, en 1997, et il y avait des recommandations. Il y avait un rappel des critiques faites sur le Bureau d'évaluation médicale en commission parlementaire, en 1997: «Lors de ces dites audiences, les principaux reproches formulés à l'égard du BEM portaient sur trois éléments: le manque d'éthique au niveau de certains propos déplacés, les examens médicaux trop courts et la douleur causée lors de l'examen médical.»

Alors, bien entendu, au fur et à mesure que nous entendrons les groupes aujourd'hui, on sera capables de se faire une thèse, comme commission, et être capables de fournir les recommandations nécessaires au ministre.

Alors, je m'arrête ici, M. le Président, pour le moment, et on verra au niveau des remarques finales, lors de la fin de ces audiences. Merci beaucoup.

Le Président (M. Jutras): Alors, oui, Mme la députée de Matapédia.

Mme Danielle Doyer

Mme Doyer: Oui. Très court, M. le Président, parce que mon collègue a fait le tour de la situation, mais je m'en voudrais de ne pas faire une courte intervention pour souligner que le travail qu'on va faire ce matin, M. le Président, avec 12 ans d'expérience de vie parlementaire, je peux vous dire que c'est pour moi un des moments les plus intéressants parce que c'est de façon partisane que nous avons fait le travail, à venir jusqu'à maintenant, avec les collègues du parti au pouvoir. Et nous, de ce côté-ci...

Une voix: Non partisane.

Mme Doyer: J'ai-tu dit «partisane»?

Une voix: Oui.

Mme Doyer: Non partisane, non partisane. C'est la beauté d'un exercice comme celui-là qu'on est en train de faire, c'est-à-dire de travailler de façon vraiment non partisane pour aller au fond des choses par rapport à des dossiers que nous avons souvent, avec des personnes qui viennent nous voir, comme députés, et qui nous semblent très mal pris.

Et pour moi, là, c'est d'aller voir à ce que les droits qu'ont ces personnes-là à qui est arrivé un accident de travail ou quelque situation négative que ce soit... et qu'ils aient l'assurance et que nous ayons, comme société, au Québec, l'assurance qu'elles ont eu le meilleur traitement possible de leur dossier dans un délai le plus court possible, pour faire en sorte qu'on soit rassurés, tout le monde, autant nous, les députés, que le Bureau d'évaluation médicale, que les médecins spécialistes, qui souvent se font interpeller justement dans les médias pour dire: Est-ce que vous avez agi au mieux de vos connaissances?, et que dans le fond, au Québec, on soit fiers de s'être donnés, je dirais, une façon de traiter ces cas-là la meilleure possible.

Moi, c'est dans ce sens-là qu'on fait ce travail-là ce matin. Et je vous remercie, M. le Président. C'est ce que j'avais à dire.

Le Président (M. Jutras): Alors, merci, Mme la députée. Est-ce que les gens de la Fondation pour l'aide aux travailleuses et travailleurs accidentés sont arrivés? Je crois que non. On ne peut pas dire qu'ils sont en retard parce que de toute façon ils devaient être entendus à 10 h 15. Il n'est que 9 h 45.

Alors, nous allons donc suspendre nos travaux pour les reprendre, là, à 10 h 15, l'heure prévue pour entendre la Fondation pour l'aide aux travailleuses et aux travailleurs accidentés.

(Suspension de la séance à 9 h 46)

(Reprise à 10 h 15)

Le Président (M. Jutras): ...reprendre nos travaux.

Auditions

Et nous entendrons la Fondation pour l'aide aux travailleuses et aux travailleurs accidentés. Alors, les personnes qui représentent la fondation ont déjà pris place. Bienvenue à la Commission de l'économie et du travail. Je vous rappelle les règles: vous avez 20 minutes pour la présentation de votre mémoire; par la suite, il y aura un échange de 20 minutes avec les députés ministériels et par après un échange de 20 minutes avec les députés de l'opposition.

Alors, je demanderais au principal porte-parole de s'identifier, présenter les personnes qui vous accompagnent et par la suite nous faire la présentation de votre mémoire.

Fondation pour l'aide aux travailleuses et aux travailleurs accidentés (FATA)

M. Morissette (Jacques): Alors, bonjour, mon nom est Jacques Morissette. Je suis président du conseil d'administration de la FATA. Je suis accompagné de M. Denis Lévesque, qui est coordonnateur de la FATA, et de Mme Annie Noël, qui s'occupe du bureau de Québec. Alors, sans plus tarder, vous avez reçu, tout le monde, probablement le mémoire qu'on vous présente ce matin. Je vais vous en faire la lecture. 20 minutes, c'est court, on va essayer d'être dans les temps.

Nous avons pris connaissance du rapport du Bureau d'évaluation médicale déposé en 2001 ainsi que celui présenté par le directeur du BEM lors de la séance de la Commission de l'économie et du travail tenue le 19 octobre 2005 et des échanges qui ont suivi cette présentation. À plusieurs égards, la lecture de ce document nous surprend, car les résultats qui y sont rapportés se démarquent de façon importante de ceux que nous avons constatés depuis 1998. En premier lieu, nous vous présenterons nos... statistiques que nous mettrons en lien avec celles du BEM. Par la suite, nous discuterons du rôle et de l'implication du BEM sur le traitement des dossiers des victimes de lésions professionnelles telles que nous rencontrons.

Alors, la Fondation pour l'aide aux travailleurs et travailleuses accidentés est un organisme sans but lucratif qui vient en aide aux accidentés du travail depuis 1982. L'aide apportée par la FATA prend différentes formes telles que des services d'information, de consultation et de défense. Chaque année, nous recevons près de 10 000 demandes d'information et, depuis 1982, nous avons représenté près de 16 000 victimes de lésions professionnelles devant les différentes instances de la CSST ou devant les... administratifs. Nous avons deux bureaux, un à Montréal et l'autre à Québec, et notre clientèle se compose, en majeure partie, de non syndiqués souvent démunis financièrement.

Les statistiques de la FATA de 1999 à 2004. Entre 1999 et 2004, la FATA a représenté près de 2 600 victimes de lésions professionnelles devant la Commission des lésions professionnelles. Parmi celles-ci, 1 066 personnes contestaient une décision faisant suite à une évaluation du BEM. Le rapport présenté par le directeur du BEM a démontré un accroissement important des demandes d'évaluation acheminées au BEM. En annexe, nous apprenions que les demandes d'évaluation étaient passées de 7 788 en 1998 à 13 377 en 2004. Cet accroissement s'est également répercuté au niveau des victimes que nous représentons. Ainsi, en 1999, 31,8 % de ceux que nous représentions avaient contesté une décision faisant suite au BEM, et, en 2004, ce chiffre s'est élevé de façon significative à 45,5 %. Rappelons ici que la FATA représente essentiellement des travailleurs non syndiqués qui travaillent habituellement pour des employeurs classés généralement dans la catégorie des petites et moyennes entreprises.

Avant 1998, ces employeurs dont les cotisations à la CSST étaient déterminées en fonction de leur unité intervenaient peu dans le traitement des dossiers des victimes de lésions professionnelles, laissant plutôt cette prérogative à la CSST compte tenu du peu d'impact sur leurs cotisations. Depuis l'adoption du projet de loi n° 75, en 1998, autorisant la formation de mutuelles de prévention, plusieurs de ces employeurs ont adhéré à une mutuelle de prévention afin d'économiser au niveau de leurs cotisations au régime. Disposant de ressources imposantes tant au plan médical que légal, les mutuelles de prévention interviennent très activement, dès le début, tant à l'étape de l'acceptation de la lésion, du processus de l'évaluation médicale et du droit à la réadaptation. L'objectif recherché est évidemment de réduire les coûts de réparation des lésions afin de limiter ultimement les cotisations des employeurs qui sont membres des mutuelles de prévention. Il va sans dire que leur intervention se traduit par un accroissement important des demandes acheminées au BEM et conduit à une judiciarisation du règlement des lésions. Leur intervention est d'autant plus déshonorante que ces mutuelles de prévention regroupent des petites et moyennes entreprises faisant ainsi face à des employés généralement non syndiqués ne disposant pas de moyens suffisants pour se défendre adéquatement.

Face à cette opposition et par manque de moyens ou d'informations, un nombre considérable d'accidentés refuseront de se défendre et opteront plutôt pour l'assurance-emploi, leur assurance collective, lorsque présente, ou alors retourneront tout simplement au travail en endurant leur mal, en espérant que leurs malaises s'atténueront avec le temps.

● *(10 h 20)* ●

Contrairement aux interventions de la CSST, l'intervention des employeurs et des mutuelles initie, de plus en plus rapidement, un processus de contestation de l'évaluation médicale. Il n'est plus rare maintenant que l'employeur ou la mutuelle contestent dès le départ l'opinion du médecin traitant sur le diagnostic à retenir, la date de consolidation, la nécessité des traitements surtout lorsque la lésion semble importante et les séquelles, inévitables. Cette stratégie vise à banaliser l'importance d'un accident en mettant plutôt l'accent sur la présence

des conditions préexistantes, limiter la durée de l'indemnisation des victimes de lésions professionnelles ou encore à nier la présence de pathologies les plus susceptibles d'engendrer des séquelles. Par ailleurs, ceci multiplie le nombre de contre-expertises et rend plus difficile la défense des accidentés.

Ainsi, si ce phénomène se rencontrait dans 17 % des dossiers d'accidentés que nous représentions en 1999, il s'est accru de façon importante à 25,6 % des cas en 2004. Il progresse de manière constante, année après année. Lors de la présentation de leur rapport, les représentants du BEM ont tenté de démontrer que leurs évaluations étaient généralement bien acceptées, seulement 9 % de celles-ci étant contestées devant la CLP. Ici, il ne faudrait pas conclure qu'une victime est heureuse du rapport produit par le BEM par le seul fait qu'elle ne conteste pas la CLP. Faut-il rappeler que plusieurs accidentés ne disposent tout simplement pas des ressources que nécessiterait un tel affrontement? Par ailleurs, il faut signaler que l'analyse du directeur du BEM ne prend pas en considération la multitude de litiges réglés par conciliation, un mode de règlement grandement privilégié à la CLP. Or, meilleur sera le dossier de la victime, meilleures seront les chances d'obtenir un règlement par conciliation. Dans ce contexte, le taux de confirmation de 60 % énoncé par le BEM nous apparaît surestimé. Nos données démontrent tout simplement l'inverse.

Ainsi, dans notre pratique, au lieu de connaître un taux de confirmation de 60 % tel que le mentionne le rapport du BEM, nous réussissions à faire modifier les décisions du BEM dans une proportion de 58,3 % en 1998 à 63,2 % en 2004. Ces données démontrent certainement des lacunes importantes de ce mode d'évaluation et devraient encourager les accidentés à contester leur évaluation du BEM, qui leur est défavorable à la CLP. Nous avons d'ailleurs constaté qu'un grand nombre d'accidentés du travail ne réalisent pas qu'il s'agit de décisions qui ne sont pas finales et qui sont contestables.

Les membres du BEM sont appelés à se prononcer sur cinq aspects de la lésion professionnelle: le diagnostic, la date de conso, la nature, la nécessité ou la suffisance des soins ou des traitements, l'existence d'atteinte permanente, l'intégrité physique et psychique, psychologique de la personne et finalement sur l'existence de l'évaluation de limitations... La détermination de ces aspects aura par la suite des conséquences graves pour la personne accidentée. Pour les accidentés, l'intervention du BEM est souvent lourde de conséquences. Au plan médical, la consolidation entraîne souvent la fin des traitements, le plafonnement précoce du processus de guérison et même dans certains cas une régression de leur état de santé.

L'évaluation de l'atteinte permanente et des limitations professionnelles est également lourde de conséquences, car c'est à cette étape que seront déterminées les séquelles et les activités que la personne pourra faire sans danger pour sa santé. C'est ici que seront déterminées les balises qui serviront à déterminer le plan de réadaptation et la capacité de travail de la personne. Une mauvaise évaluation de ces éléments augmente grandement le risque de la survenance d'une récidive, rechute ou aggravation. L'analyse de nos données indique que 24,4 % des accidentés qui contestent une décision faisant suite au BEM contestent également le refus d'une récidive, rechute ou aggravation le plus souvent suite à un échec de leur retour au travail. Il va sans dire ici que, suite à une évaluation du BEM consolidant une lésion avec peu de séquelles, la CSST refuse généralement d'accepter cette lésion sans la présence d'éléments objectifs d'aggravation. Cette évaluation entraînerait également un échec du plan du réadaptation.

Ainsi, selon nos données, 10 % des contestations à la CLP et portant sur un rapport du BEM sont accompagnées de contestations du plan de réadaptation. Au niveau professionnel, une mauvaise évaluation occasionne trop souvent un échec à la réintégration au travail ou à la mise en place de mesures de réadaptation non adaptées à la condition des travailleuses et conséquemment un appauvrissement important. Par ailleurs, un autre aspect trop souvent négligé sera l'impact de tout ce processus, au niveau psychologique, pour ces personnes, qui sont déjà fragilisées par les pertes de leurs capacités physiques.

Lors de sa présentation, le directeur du BEM nous a affirmé que peu de victimes de lésions professionnelles se plaignaient du déroulement de l'évaluation, du comportement des médecins évaluateurs et du temps qui leur était consacré. Un grand nombre de témoignages que nous recevons des accidentés nous démontrent plutôt l'ampleur de l'insatisfaction face au BEM. Nous ne comptons plus le nombre d'accidentés qui nous répètent constamment la même histoire, c'est-à-dire qu'ils ont été examinés de façon très sommaire, pendant une dizaine de minutes ou même, dans certains cas, pas du tout, qu'ils avaient l'impression d'avoir été questionnés avec le dessein à peine dissimulé de vouloir miner leur crédibilité ou du peu de considération qui leur était accordée, ne se sentant rien de plus qu'un numéro dans une machine. Un climat de confrontation nous est également fréquemment rapporté, le médecin mettant en doute les douleurs alléguées de l'accidenté, forçant la personne à aller au-delà de ses capacités, occasionnant même parfois une régression de son état.

En somme, pour beaucoup d'accidentés, l'examen par le spécialiste membre du BEM, son rapport à la décision qui en fait suite constituent une épreuve pour leur dignité. Tout au long de ce processus, leur crédibilité est de plus mise en doute. D'aucune utilité au niveau thérapeutique, cette institution est vue comme un moyen de contrôle ou, pire encore, comme un outil servant à renforcer l'opinion du médecin désigné par la CSST, l'employeur ou la mutuelle de prévention, et ce, afin de sortir les accidentés du système. La banalisation de cette insatisfaction face à l'intervention des médecins experts du BEM par les représentants du BEM nous semble exagérée mais ne peut aucunement être comparée avec un mécontentement que certains patients expriment contre leurs médecins traitants.

Lors de la commission parlementaire portant sur le projet de loi n° 35, tout comme d'autres intervenants, nous avions souligné le déséquilibre structurel inhérent au système actuel. En effet, devant le tribunal, une victime de lésions professionnelles doit faire face à deux autres parties, la CSST, son employeur ou la mutuelle de prévention qui le représente. Ces parties habituellement représentées par un professionnel spécialisé en matière d'indemnisation disposent de moyens substantiels pour supporter leur prétention. À l'opposé, la victime de lésions professionnelles est souvent seule, fragilisée, connaît mal ses droits et les procédures et dispose de moyens

très limités. Par ailleurs, au niveau de la procédure médicale, ce déséquilibre des forces s'observe bien avant que la question médicale devienne judiciarisée, avant même que la demande d'évaluation du BEM ne soit formulée. Ainsi, lorsque le dossier d'une victime de lésions professionnelles est acheminé au BEM, la position des parties n'est pas également représentée.

En effet, le dossier soumis au BEM contient obligatoirement un rapport émis par le médecin désigné par la CSST ou par l'employeur, la mutuelle dans plusieurs cas. Il s'agit ici d'une expertise médicale de plusieurs pages, bien documentée, faite à la suite d'un examen clinique ou d'une étude de dossier médical. La position du médecin expert qui va à l'encontre du médecin traitant est évidemment bien détaillée. Bien entendu, ce médecin désigné est un spécialiste, et de surcroît il connaît habituellement très bien les rouages et les spécificités de notre système d'indemnisation. À l'opposé, la position du médecin traitant, un généraliste, qui a plus souvent qu'autrement une connaissance bien limitée de la Loi des accidents de travail et qui intervient trop souvent contre son gré, sera représentée par des rapports d'évolution sommaires dans lesquels on ne retrouve essentiellement que le diagnostic et la date prévisible de consolidation ou, si nous sommes à la fin de la procédure d'évaluation médicale, un rapport d'évaluation médicale un peu plus détaillé. Toutefois, dans les deux cas et contrairement à l'expertise, il s'agit fondamentalement de rapports descriptifs ne contenant aucune justification.

Par la suite, ce déséquilibre ne fait que s'accentuer lorsque le médecin du BEM retient les conclusions du médecin désigné par la CSST, l'employeur ou la mutuelle de prévention qui le représente, car alors l'employeur ou la CSST dispose de deux expertises médicales provenant de l'employeur ou de la CSST, et celle du BEM. Pour sa part, la victime de lésions professionnelles ne dispose que des rapports sommaires émis par son médecin et qui ne contiennent, rappelons-le, aucun argumentaire justifiant son opinion. La travailleuse ou le travailleur accidenté n'aura d'autre choix que de faire faire une expertise à gros frais pour enfin se retrouver devant le tribunal, dans une situation de deux contre un. À ces coûts il faut également ajouter des frais pour obtenir des tests lorsque le BEM consolide la lésion alors que l'investigation médicale n'est pas complétée.

Lors de l'adoption de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles en 1985, le législateur avait choisi, afin de s'assurer du meilleur traitement possible d'une victime, de privilégier l'opinion du médecin traitant et de mettre ainsi de côté l'opinion des médecins experts, que l'on surnommait alors des «médecins de papier». L'accroissement des demandes d'évaluation que l'on note entre 1998 et 2004 remet en question cet acquis. Le BEM est devenu aujourd'hui le mode privilégié pour évaluer les lésions entraînant des séquelles importantes. La CSST a beau prétendre qu'il s'agit d'une intervention marginale, que seulement 13 000 contestations sont acheminées au BEM, alors qu'elle reçoit plusieurs millions de rapports contestables, tous les intervenants vous diront que plus la lésion est importante, plus les probabilités seront grandes pour que le BEM en soit saisi.

Lors de la séance de la Commission de l'économie et du travail du 19 octobre 2005, le directeur du BEM a également souligné que le nombre important d'évaluations effectuées par certains médecins experts est explicable par la pénurie des spécialistes dans le domaine. Selon lui, la raison de ces pénuries serait reliée aux honoraires non compétitifs face à ceux versés par la Société de l'assurance automobile du Québec, la Régie des rentes ou les employeurs. Il suggérait ainsi de résoudre le problème en augmentant les honoraires des médecins qui désirent pratiquer au BEM. Nous croyons que le véritable problème se situe davantage au niveau des honoraires que vers certains employeurs ou certaines mutuelles et nous constatons que les personnes les plus atteintes par l'augmentation de ces enchères seront avant tout les victimes des lésions professionnelles.

● *(10 h 30)* ●

Comment une victime de lésions professionnelles pourra, alors qu'elle subit un appauvrissement important consécutif à ses lésions, se payer une expertise médicale afin de se défendre adéquatement devant la CLP?

En conclusion, les données présentées par le BEM démontrent un accroissement important des demandes d'évaluation qui sont passées de 7 788 en 1998 à 13 377 en 2004. Le recours de plus en plus fréquent de ce mode d'évaluation a toutefois eu pour effet de judiciariser un nombre important de dossiers d'accidentés du travail. Alors que moins du tiers des victimes que nous représentions en 1999 contestaient l'évaluation du BEM, cette proportion est passée à près de la moitié en 2004. Les chiffres démontrent également que cet accroissement est en majeure partie dû à l'intervention des employeurs. En ce qui nous concerne, nous croyons tout d'abord que cette augmentation est liée à l'avènement des mutuelles de prévention qui prennent en charge les réclamations d'accident faites chez les employeurs qu'elles regroupent. Ces mutuelles de prévention, qui disposent de moyens substantiels tant au plan légal que médical, interviennent très activement tout au long du processus d'indemnisation et par conséquent initient un nombre appréciable de demandes au BEM. Par ailleurs, cet accroissement s'explique également par le fait que le BEM est de plus en plus souvent appelé à intervenir plusieurs fois dans le même dossier.

Quant aux résultats des contestations des décisions suite au rapport du BEM à la CLP, nos données démontrent qu'elles sont infirmées dans des proportions beaucoup plus importantes que celles qui sont présentées lors de l'analyse du directeur du BEM. En effet, nous faisions renverser 63,2 % des décisions suite au BEM, et ce taux de gains progresse année après année.

Pour les victimes des lésions professionnelles, le BEM constitue une épreuve supplémentaire, qui dans certains cas sera lourde de conséquences. La consolidation prématurée de la lésion ou la sous-estimation des séquelles, en plus de priver la personne des soins dont elle a besoin, augmente les risques de chronicisation de leurs lésions et entraînera souvent un échec à la réintégration au travail. Dans près du quart des accidentés que nous rencontrons, elle a entraîné une nouvelle réclamation pour rechute ou aggravation et, dans d'autres cas, la détermination de mesures de réadaptation mal adaptées à la condition de la personne. Dans un contexte où la personne est fragilisée par ses pertes de capacités physiques et financières, visant beaucoup d'insécurité face à son avenir, elle doit affronter cette épreuve pour sa dignité, où sa crédibilité est souvent mise en doute dans un climat de confrontation, il n'est donc pas rare que s'ajoutent également des

problèmes psychologiques. Nous avons vu que le système actuel est entaché de déséquilibres grandement préjudiciables pour les victimes de lésions professionnelles et qu'il serait du devoir du législateur de corriger cette injustice. Ce déséquilibre ne se rencontre pas seulement au tribunal, mais prend naissance dès qu'une autre partie décide de contester l'opinion du médecin de l'accidenté et se poursuivra tout au long du processus de contestation.

Au niveau des redressements, nous croyons qu'il serait nécessaire de se conformer davantage à l'esprit de la loi et de respecter l'opinion du médecin traitant. Des mesures devraient être prises afin de limiter l'intervention des employeurs et des mutuelles de prévention, qui sont une des sources de l'important accroissement des demandes au BEM. Nous croyons que la contestation de la procédure d'évaluation médicale devrait être un mode d'évaluation utilisé exceptionnellement et devrait être une prérogative strictement réservée à la CSST. La Loi des accidents de travail et des maladies professionnelles a attribué un rôle important au médecin traitant. L'utilisation de plus en plus fréquente du BEM va à l'encontre de ce principe. Quant à la suggestion d'augmenter les honoraires des médecins évaluateurs du BEM, nous croyons qu'elle ne ferait qu'augmenter la surenchère, qui cause déjà un grave préjudice aux accidentés.

Finalement, le constat que nous faisons démontre plus que jamais la nécessité de créer un fonds de défense pour les victimes de lésions professionnelles. Faut-il vous rappeler que sur cette question le Québec fait bande à part? En effet, huit provinces canadiennes, dont l'Ontario et la Colombie-Britannique, financent entièrement les services de conseillers spécialisés, ce qu'on appelle dans leur province des «workers' advisers», qui défendent les accidentés du travail.

Et, en terminant, c'est ce qu'on avait à vous soumettre de la part de la FATA. S'il y a des questions, bien on est là pour y répondre.

Le Président (M. Jutras): Alors, merci, M. Morissette, pour votre présentation. Alors, je cède maintenant la parole aux députés ministériels. Qui veut intervenir en premier?

Alors, M. le député de Groulx, à vous la parole.

M. Descoteaux: Merci, M. le Président. Mme Noël, M. Morissette, M. Lévesque, merci de votre présence devant la commission. Vous êtes arrivés à l'heure pile pour qu'on puisse vous entendre, mais vous avez manqué peut-être les échanges que nous avons eus de part et d'autre, préalablement, quant aux déclarations d'ouverture. Et vraiment je crois que le travail que la Commission de l'économie et du travail s'est donné, c'est d'aller chercher, de façon la plus objective — notre collègue de Matapédia parlait «de façon non partisane» — toute l'information pour faire la lumière sur la question du BEM.

En fait, il y a eu des critiques au niveau du BEM, et même le BEM lui-même, le Bureau d'évaluation médicale, admettait, là, certaines problématiques. Et je pense que la meilleure façon d'aller au bout d'un problème, c'est de mettre cartes sur table.

Par exemple, au niveau du rapport comme tel, on parlait d'amélioration des relations humaines, des rapports humains entre le médecin expert et l'accidenté. Donc, nécessairement, si on parle d'amélioration de ce rapport-là, c'est parce qu'il y a quelque chose à améliorer. Si vous permettez, j'aime toujours aller directement aux conclusions, puisque c'est là qu'on retrouve généralement le noeud du problème, et je pense que vous avez mis en bonne partie le doigt sur la problématique. Vous parlez d'un déséquilibre, vous, entre justement les employeurs ou la CSST versus le travailleur accidenté, déséquilibre qui se fait au niveau des moyens, déséquilibre qui peut se faire aussi au niveau des experts ou des praticiens, à savoir: du côté du travailleur, on se retrouve avec un médecin généraliste généralement qui voit le travailleur accidenté, qui a l'opportunité de l'examiner, ce qui n'est pas toujours le cas chez les experts — mais abstraction faite de ça — versus des médecins experts — un ou deux médecins experts ou même plus des fois — qui vont rédiger leur rapport. Et vous nous suggérez, vous dites, à ce moment-là, au niveau de ce déséquilibre-là, vous parlez d'une correction législative.

Moi, j'aimerais bien ça vous entendre élaborer, pas mal plus longuement, sur cette façon de corriger un déséquilibre si je prends pour acquis qu'il y en a un, déséquilibre, effectivement. Il ne faut pas oublier qu'autant le salarié a des droits, autant le travailleur accidenté a des droits, autant un employeur ou une mutuelle va dire: Bien, nous aussi, on a des droits, on a des droits de faire toute la lumière sur nos prétentions.

Pourriez-vous nous donner plus de lumière justement sur la façon dont vous voyez qu'on pourrait, par législation, corriger le déséquilibre?

M. Morissette (Jacques): Avant de donner la parole à mon collègue Denis Lévesque, j'aimerais vous rappeler que je suis convaincu que, dans plusieurs de vos bureaux, vous recevez des accidentés du travail qui se plaignent de cette situation-là du BEM, alors ce n'est pas des choses qu'on invente.

Maintenant, quand on parle du déséquilibre, je ne sais pas si vous connaissez du monde qui est déjà allé plaider, là, mais, quand vous arrivez, le travailleur ou la travailleuse accidentés qui arrive devant un nombre important de personnes avec un bagage, souvent représentées par des avocats puis un médecin expert... Moi, j'ai plaidé devant la CSST qui intervenait au dossier, l'employeur qui intervenait au dossier puis le tribunal qui était en avant, alors ça fait pas mal de monde, ça impressionne un peu le travailleur qui vient témoigner puis qui s'écrase devant ça. Alors, quand on parle de déséquilibre, c'est de ça. Alors, aujourd'hui, on a la CSST d'un bord, l'employeur de l'autre bord. Ils sont deux, puis le travailleur est tout seul ou avec son représentant. Puis là, quand vous allez voir le médecin généraliste — souvent, quand on se blesse, on va à l'hôpital, on va à l'urgence, vous savez. Je n'ai pas besoin de vous dire c'est quoi, l'occupation des urgences, je pense que tout le monde est débordé partout — alors le médecin voit le travailleur, il fait bien sûr l'attestation médicale sommaire, il pose un diagnostic puis souvent il va le référer à un spécialiste qu'il ne verra peut-être pas dans la même journée. Et entre-temps le travailleur va être convoqué à une expertise médicale soit par la mutuelle, soit par l'employeur ou soit par la CSST.

Eux autres, ils ont des médecins experts qui sont disponibles de même, alors que le médecin traitant, lui, il ne peut pas référer. Il envoie à un rendez-vous, puis il

faut attendre pour passer au rendez-vous. Il va prescrire peut-être de la physio en attendant, ou des traitements, là, pour atténuer, ou de la médication pour atténuer les douleurs. Et c'est là qu'est le déséquilibre, c'est face à ça. Mon collègue peut vous en rajouter.

M. Descoteaux: Avant que vous répondiez, si vous permettez, M. le Président, je prenais pour acquis que le déséquilibre existait bel et bien. Donc, vous renforcez la position, mais je l'accepte, cette position-là, pour fins d'argumentation. Où je voulais vous entendre, puis je comprends que c'est M. Lévesque qui va nous éclairer à cet effet-là, c'est au niveau de la correction législative dont vous nous parlez.

Comment corriger cette situation-là? Donc, c'est de ce côté-là que j'aimerais qu'on aille.

M. Lévesque (Denis): Évidemment, quand on regarde au niveau du déséquilibre au niveau médical, on a parlé tantôt que l'employeur, lui, il était vraiment bien organisé, et les mutuelles, la même chose, ils avaient leurs spécialistes. Par contre, le travailleur, lui, quand il a juste le médecin traitant, on comprend qu'il ne peut... Même, il y a plusieurs médecins traitants qui ne veulent pas nécessairement. Ils n'ont pas eu le choix, là. Ils sont rentrés dans le dossier, sans avoir eu le choix de ça, parce qu'ils peuvent difficilement refuser une personne à leur clinique.

● *(10 h 40)* ●

Donc, ils sont pris avec ce client-là. C'est un accidenté du travail. Donc, ils vont faire les rapports, ils vont faire souvent le minimum. De leur côté, est-ce que leur rapport est argumenté? Non. C'est totalement descriptif. Quand on regarde les petits rapports, je ne sais pas si vous en avez déjà vu, mais on voit ça: c'est un petit carré sur un tiers de feuille, et on ne voit à peu près que le diagnostic. Et puis en haut, là, on a une petite case pour dire quand est-ce que ça va être consolidé, quand est-ce que la lésion va être consolidée. Alors, on ne voit pratiquement rien. Est-ce qu'il dit comment s'est passé l'accident? Non. Est-ce qu'il pense qu'il peut y avoir aggravation? Non. Souvent, par rapport à ça, il faut essayer d'aller chercher le dossier médical pour voir c'est quoi, c'était quoi, l'examen, qu'est-ce qu'il a fait, c'est quoi, ses pronostics, c'est quoi, les diagnostics possibles. Donc ça, c'est la première difficulté au niveau du médecin traitant.

Donc, face à ça, on comprend qu'on a à peu près le minimum qu'on peut avoir. Si on oppose à ça un médecin expert de l'autre côté qui, lui, il ne va pas juste arriver, il ne va pas faire seulement un petit rapport d'un tiers de page en signalant seulement le diagnostic, lui, il va faire un argumentaire, il va développer toutes les raisons, il va faire un historique, puis donc il va élaborer, il va vraiment élaborer, là, la défense, qui est souvent une défense qui est souvent restrictive.

Donc, quand on parle de modifications au niveau législatif, bien on pense que ces médecins-là ne devraient pas intervenir dans les dossiers puis laisser au médecin traitant la place qui était prévue au départ. Donc, le médecin traitant fait une analyse, qui est vraiment descriptive, c'est correct. Puis, s'il y a un problème éventuellement, de façon exceptionnelle, bien là la CSST pourra intervenir. Mais donner le droit à l'employeur d'intervenir à tous les niveaux alors qu'il dispose de moyens aussi importants, aussi déséquilibrés par rapport à ceux que possèdent le travailleur, bien là c'est d'une injustice totale.

Donc, par rapport aux droits des employeurs, on comprend que les employeurs ont le droit de contester, ils ont le droit de contester l'accident, ils ont le droit de contester la maladie professionnelle, mais, quand c'est une question, là, de voir par la suite comment la lésion va se dérouler, bien on pense qu'ils ne devraient pas le faire, que ça, c'est une prérogative de la CSST et c'est à la CSST de gérer ça, pas à l'employeur, pas à la mutuelle, parce qu'ils vont arriver avec des moyens qui sont... Écoutez, là, quand vous voyez des employeurs qui sont prêts à payer 3 000 $, 4 000 $, 5 000 $ puis même des fois plus à un médecin expert pour qu'il vienne témoigner, bien là comment voulez-vous qu'un accidenté de l'autre côté, lui, vienne contrebalancer ça? C'est vraiment très difficile.

M. Descoteaux: M. le Président...

Une voix: Oui.

M. Descoteaux: ...est-ce qu'on pourrait, de façon législative, réglementaire ou autre, là, imposer au médecin traitant de modifier son approche dans un cas d'accidenté comme ça? Est-ce qu'on pourrait lui signifier ou exiger de lui des démarches additionnelles qui démontreraient plus au niveau peut-être du diagnostic, au niveau de la consolidation à venir, en tout cas.

Est-ce qu'il y aurait des choses à faire à ce niveau-là qui feraient en sorte que le rapport initial du médecin traitant pourrait être considéré de façon, là, moins contestable, si vous voulez?

M. Morissette (Jacques): En tout cas, moi, ce que je peux vous dire par rapport à ça, c'est: mettons de côté les accidents de travail. Vous allez consulter un médecin parce que vous avez des malaises à quelque part; il va poser un diagnostic la première visite. Mais, s'il n'est pas sûr, il va vous référer à un spécialiste puis il va attendre le rapport du spécialiste pour vous prescrire une démarche, pour vous traiter. Si vous avez un cancer, bien là il va l'apprendre puis il va s'assurer, avant de vous le dire, de voir si c'est bien tel cancer.

Alors, c'est la même chose au niveau des accidents de travail. Vous vous présentez chez le médecin. Vous vous êtes fracturé un bras. Il va prendre connaissance que vous avez une fracture; soit qu'il va faire un plâtre ou il va l'immobiliser puis il va marquer sur son rapport: Fracture de la main gauche. Et là, s'il y a des complications par la suite, si ça prend mal, il va référer à un spécialiste, il va vous envoyer voir un orthopédiste. Mais ça, là, ça ne se fait pas dans la même journée.

On aimerait ça que les travailleurs qui sont accidentés voient le médecin traitant puis, s'ils ont besoin d'un spécialiste, qu'ils le voient deux heures après ou trois heures après, dans la même journée, mais ça ne se fait pas. Il y a juste les employeurs qui, eux autres, ont des spécialistes, qu'ils les appellent, puis ils ont leur rendez-vous le lendemain matin. Je ne comprends pas ça, moi, mais je comprends, parce qu'ils sont payés pour, c'est une juste une question d'argent, là.

M. Descoteaux: Donc, on pourrait améliorer la situation si justement on pouvait avoir un réseau ou un

système accélérés au niveau de la première visite médicale ou du diagnostic initial où tout de suite un spécialiste pour le travailleur accidenté pourrait être consulté, par exemple, avant ou en même temps que le spécialiste de l'employeur.

Le Président (M. Jutras): M. Lévesque, oui.

M. Lévesque (Denis): ...deux commentaires. Le premier, c'est par rapport à l'accessibilité des médecins traitants. Il faut bien comprendre qu'une personne qui est accidentée, qui se rend à une clinique, bon, évidemment, aux cliniques, là, il n'y a aucune affiche qui dit: Nous ne prenons pas d'accidenté ici, mais en pratique on le sait très bien, qu'il y a beaucoup de médecins qui n'en veulent pas, des accidentés du travail. Ils n'en veulent pas parce que c'est trop compliqué. Ils n'en veulent pas parce qu'ils vont avoir des problèmes à la CSST. Ils n'en veulent pas parce qu'ils vont être obligés de rendre des comptes au maintien de l'employeur. Après ça, qu'ils vont être obligés de justifier n'importe quel traitement.

Donc, ils n'en veulent pas, de ça. Donc, si on impose une contrainte supplémentaire aux médecins traitants, bien il va y en avoir encore moins.

L'autre chose aussi, c'est que dans la loi il existe présentement une disposition qui est l'article 205.1, où, suite à un rapport du médecin de l'employeur, la CSST prend le rapport du médecin de l'employeur, et l'envoie au médecin traitant, et lui demande: Envoie-moi un avis complémentaire. Vous devriez voir le nombre de dossiers dans lesquels ces avis-là ne sont tout simplement pas complétés. Alors, c'est une feuille blanche. On se retrouve après ça, devant le BEM, avec un avis où le médecin traitant aurait la possibilité de justifier ses traitements. Mais il y en a souvent, c'est une page blanche, et, quand c'est justifié, bien c'est quoi? Trois lignes: Je ne suis pas d'accord avec le rapport du BEM, avec le médecin traitant... pas avec le médecin traitant, excusez, avec le médecin de l'employeur: Je ne suis pas d'accord avec cette évaluation. C'est toute une justification, ça, quand on arrive au tribunal.

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

M. Bachand: ...M. le Président. Bienvenue, messieurs, à la Commission de l'économie et du travail. Une petite question sur la problématique CSST, BEM. Parlez-moi un petit peu plus de la mutuelle de prévention. Très rapidement.

Vous voyez apparaître ça comme quelque chose d'important, comme quelque chose de contraignant pour l'accidenté. Expliquez-moi un peu son rôle.

M. Lévesque (Denis): Oui, parce que, nous autres, on représente surtout des non syndiqués. Donc, on ne parle pas de grandes entreprises qui sont syndiquées puis qui ont un syndicat, qui peuvent contrebalancer ou qui ont des moyens pour défendre leurs accidentés. Nous autres, on défend surtout des non syndiqués. Donc, c'est des petites et moyennes entreprises, et, depuis 1998, ces petites et moyennes entreprises là sont devenues membres de mutuelles.

Avant, là, comme on le mentionnait dans le mémoire, avant ces entreprises-là, lorsqu'il y avait des accidents dans ces entreprises-là, bien ces employeurs-là, ils laissaient la gestion des accidents à la CSST. Donc, c'est la CSST qui gérait ces accidents-là. Par la suite, bien, quand ils deviennent membres d'une mutuelle, bien la mutuelle, elle, c'est elle qui va les prendre en charge, et laissez-moi vous dire qu'ils les prennent en charge, les accidents.

M. Bachand: Donc, vous, vous me dites, compte tenu qu'avant... Est-ce qu'il y avait plus, à votre avis, d'équité lorsque c'était la CSST pour les PME, lorsqu'il y a eu la formation de mutuelles? Est-ce que vous avez un peu de statistiques là-dessus ou, à l'oeil, vous voyez que...

M. Lévesque (Denis): Non, moi, je n'ai pas de statistique comme telle pour savoir combien. Non, je n'en ai pas, sauf que ce qu'on voit, c'est qu'écoutez, là, c'est incroyable de voir le nombre d'employeurs qui sont représentés par des mutuelles. Et, quand on voit ça... parce qu'il y a toutes sortes de choses qui se passent dans nos dossiers.

Par exemple, on a vu dans certains cas où l'employeur était d'accord avec l'accident, totalement d'accord. Il avait aidé le travailleur à faire sa réclamation et puis bien, lui, il était totalement d'accord avec ça. Souvent, il avait même été témoin de l'accident, et la mutuelle, parce qu'il venait d'adhérer à une mutuelle, la mutuelle reprenait ça, contestait l'accident.

● *(10 h 50)* ●

M. Bachand: À l'intérieur de votre conclusion, vous parlez, là, de la création d'un fonds de défense pour les victimes, ce qui serait un peu... Vous, à votre avis ça viendrait rétablir l'équilibre qui existe, en fait le déséquilibre qui existe actuellement entre la CSST, le BEM puis l'ensemble de ceux qui interviennent pour la partie patronale ou la contestation du rapport médical du médecin traitant.

Vous, vous pensez que la création d'un fonds de prévention, ça pourrait venir en aide. Puis expliquez-moi comment fonctionnerait ce fonds-là.

M. Lévesque (Denis): ...chose, là, quand on regarde un accidenté, un accidenté qui est non syndiqué, bon, il a un accident de travail, qui va le conseiller?

Bon. Il y en a qui connaissent la FATA, ils vont nous téléphoner, mais il y en a beaucoup qui ne la connaissent pas, qui ne savent pas quoi faire. Ils vont souvent aller consulter, par exemple, un avocat au coin de la rue, puis il va dire: «Bien, moi, je peux bien te défendre, mais ça va te coûter 3 000 $, 4 000 $ ou 5 000 $» ou même des fois plus. Ils n'ont pas le moyen de payer ça et là ils ont besoin de personnes pour les conseiller, ils ont vraiment besoin de gens. Quand ces gens-là reçoivent une décision, par exemple, de la CSST qui dit que, suite à la décision du BEM... puis là en tout cas ils font toute la décision, il y a beaucoup de travailleurs qui, quand ils reçoivent ça, ils sont convaincus qu'ils ne peuvent pas contester cette décision-là, qui communiquent avec nous autres six mois, un an plus tard, parce qu'ils disent: Regardez, moi, je n'ai pas contesté l'évaluation du BEM à ce moment-là, parce que je n'avais pas les moyens de le faire, parce que je ne savais pas qu'on pouvait les contester, je ne savais pas quoi faire pour le contester. Je ne l'ai pas fait, mais là aujourd'hui, là, je suis rendu sur l'aide sociale. Qu'est-ce que je fais?

M. Bachand: M. le président, dites-moi d'où viendrait ce fonds-là et comment il serait constitué, à votre avis, parce que, dans les détails, ce n'est pas explicite dans le mémoire.

M. Lévesque (Denis): On ne l'a pas explicité, mais, quand on regarde, par exemple, ce qui se passe dans les autres provinces, partout, là, en Ontario — je pense qu'il y a juste une province maritime, je ne me souviens plus laquelle, qui n'a pas un tel fonds — bien c'est la CSST, donc c'est les employeurs qui financent ce fonds-là. Donc, on les appelle les «workers' advisers».

Les gens qui ont des accidents de travail vont consulter les «workers' advisers» donc, et là les travailleurs vont être en mesure de décider quoi faire. Au niveau de la défense, ça ne leur coûtera pas une fortune parce que c'est des services qui sont offerts par l'État... qui sont payés par l'État, plutôt — pas offerts par l'État mais payés par l'État — et ils vont pouvoir défendre leurs droits de façon pas mal plus adéquate.

M. Bachand: Bon. Ça veut dire que le même mécanisme existe, hein, le mécanisme du BEM, Bureau d'évaluation médicale, à l'extérieur, dans les autres provinces où il y a un fonds, puis ça existe aussi. Mais là vous me dites qu'à l'intérieur c'est l'employeur qui paie en fait cette espèce de fonds de prévoyance là...

M. Lévesque (Denis): Dans les autres...

M. Bachand: ...ou ce fonds de prévention là.

M. Lévesque (Denis): Bien, dans les autres provinces, c'est la CSST qui paie, qui donne des montants aux «workers' advisers».

M. Bachand: C'est la CSST.

M. Lévesque (Denis): Bien, c'est la CSST...

Une voix: ...

M. Bachand: Qui est payée par?

M. Lévesque (Denis): Mais c'est parce que la CSST, c'est financé par les employeurs. Donc, ça ne vient pas du gouvernement, ça vient de la CSST.

M. Bachand: Bon. Sur la mécanique, ça va. Sur la dynamique qui s'est installée, est-ce que vous avez eu des commentaires là-dessus? Parce que, là, vous faites une dynamique, là, qui explique très bien que, bon, l'employeur, lui, il conteste même à l'avance les décisions qui vont être apparues par le médecin traitant. Vous en parlez un petit peu dans votre mémoire.

Quelle dynamique ça a créée? Parce que, là, l'employeur, c'est quand même lui qui va payer ce fonds de prévoyance là. Donc, avant de contester, ça doit créer une dynamique différente. Est-ce que vous avez observé ça sur le terrain, à l'intérieur des expériences qui se font ailleurs?

M. Lévesque (Denis): Moi, je ne peux pas vraiment vous dire qu'est-ce qui se passe dans les autres provinces. Ce que je sais, c'est que, dans plusieurs provinces, de toute façon les employeurs n'ont pas — ou les mutuelles, je ne sais pas s'il y en a; mais les employeurs n'ont pas — le droit de contester au niveau médical.

Dans les autres provinces, dans plusieurs provinces, ils ont le droit de contester l'accident, la maladie professionnelle, mais, une fois que la lésion est acceptée, c'est à ce moment-là à la CSST de la province, c'est la CSST qui prend en charge la gestion du médical.

M. Bachand: C'est beau.

Une voix: ...

Le Président (M. Jutras): Merci. Oui.

M. Morissette (Jacques): ...pas sûr que le BEM existe dans les autres provinces.

M. Bachand: Bien, c'est ce que j'allais vous demander, là.

Une voix: Oui, c'est ça.

Le Président (M. Jutras): Vous n'êtes pas sûr, vous dites?

Une voix: Non.

Le Président (M. Jutras): D'accord.

M. Morissette (Jacques): Je pense que ça n'existe pas, là, mais, je veux dire, je ne suis pas sûr que ça existe. J'ai plutôt connaissance que ce mécanisme-là de BEM n'existe pas dans les autres provinces.

Le Président (M. Jutras): Ça va. Alors, nous allons procéder maintenant à l'échange avec les députés de l'opposition.

Alors, M. le député de René-Lévesque.

M. Dufour: Oui. Merci, M. le Président. Alors, on va prendre les informations nécessaires, M. Morissette, concernant ce qui se passe ailleurs. Alors, je tiens à vous souhaiter la bienvenue.

Et, sur ce que vous disiez tout à l'heure, M. Lévesque, sur le fait qu'il y a des démunis et des non syndiqués qui font affaire avec vous, effectivement, des fois, ils viennent au bureau du député pour savoir quel alignement ils vont prendre, alors est-ce qu'ils peuvent avoir l'aide juridique. S'ils ne peuvent pas, bien on a les numéros de ceux qui font de la défense des accidentés puis on les réfère. Alors, effectivement, ça arrive à certaines occasions au bureau d'un député.

Je vous entendais, M. Lévesque, parler tout à l'heure d'un papier. Je suis intrigué, là. Le papier, c'est l'attestation, là, comme de quoi il y a eu un accident, c'est du carbone en trois copies, là, tu es arrêté un mois ou moins ou un mois et plus, il y a des cases là-dedans. Si je ne me trompe pas, c'est l'attestation médicale. Là où je suis surpris, c'est qu'on dit que la loi actuelle n'est pas interprétée de la bonne façon, par rapport aux médecins traitants, mais là où est-ce que vous m'avez un peu allumé des lumières, c'est que vous dites que même

des médecins où est-ce que le monde vont faire affaire avec eux soit dans des cliniques d'urgence ou des cliniques ordinaires, ils ne veulent même pas prendre le dossier en charge. Vous nous dites même que, quand ils le prennent en charge par rapport au suivi, au niveau des avis complémentaires, c'est vide de sens puis c'est des pages blanches. Alors, comment peut-on prendre la décision de donner en charge ça aux médecins traitants quand les médecins traitants ne veulent même pas les prendre en charge à la première instance au niveau de la lésion?

Alors, je voudrais que vous m'expliquiez c'en est rendu où ou à quel point du pourquoi les médecins ne veulent pas prendre ce monde-là en charge? Puis, dans votre document — remarquez que j'ai presque tous lu les mémoires — il est même dit que, face à cette opposition et le manque de moyens et d'informations, il y a un nombre considérable d'accidentés qui refuseront de se défendre et qui vont opter plutôt pour l'assurance-emploi ou les assurances collectives des travailleurs, qui font en sorte que leurs assurances collectives, elles ont une pointe, qu'il y a une montée extraordinaire au niveau des assurances. Alors, je voudrais comprendre ça, là, parce que, nous, on va avoir, comme législateurs, bien entendu, à prendre des décisions. Mais je veux avoir le portrait de ce que vous avez mentionné.

M. Morissette (Jacques): Moi, je peux essayer de reprendre mon explication de tantôt. Puis j'ai mis ça de côté, les accidents de travail, j'ai dit: N'importe quel membre de nous autres qui se blesse aujourd'hui, qui s'en va voir le médecin, qu'on a un malaise quelconque, on se rend à une clinique ou à l'urgence de l'hôpital, le premier médecin qui vous voit va poser un diagnostic, O.K.? Et, s'il n'est pas sûr de son coup, il va vous référer à un spécialiste, O.K.? C'est la même chose au niveau des accidents de travail, sauf que la complication qu'on a... puis il y a personne d'autre, là... le médecin du gouvernement qui va appeler votre médecin traitant si vous avez eu un malaise, pour voir si c'est bien sûr que c'est vous, puis si c'est bien sûr que vous avez eu un malaise, puis quel malaise vous avez eu.

Tandis qu'au niveau des accidents de travail, qu'est-ce qui se produit? La personne se présente à la clinique, voit le médecin. Le médecin dit: Il y a une entorse du poignet gauche. Il réfère à un spécialiste, un ORL, puis là il remplit ça sur sa petite feuille de chou puis il coche: Ne peut pas travailler présentement, en arrêt de travail indéterminé. Puis il envoie ça tout simplement, puis c'est ça qui pose le diagnostic. Le premier diagnostic, c'est ça. Et là le travailleur, il attend son rendez-vous. Et entre-temps l'employeur, il voit que son travailleur est blessé ou la mutuelle ou la CSST convoque le travailleur à une expertise médicale pour voir un spécialiste puis là qui va le voir assez rapidement. Puis lui il va constater puis il va déjà poser les premiers gestes. Et là la CSST va écrire au médecin traitant: Pouvez-vous nous faire un rapport complémentaire? Aïe, demandez à un médecin. Je ne sais pas, vous demanderez ça au Dr Couillard, là, s'il a le temps de s'amuser avec ça, lui, des rapports complémentaires qui viennent de la CSST. Il va dire: Aïe, pas de temps à répondre à ça, c'est de la bureaucratie. Puis là, s'il répond puis s'il ne répond pas assez, ils vont lui écrire encore. Puis là le BEM va apparaître puis là le BEM va rendre une décision. Puis là on va envoyer la décision du BEM puis là on va demander au médecin traitant: Qu'est-ce que tu en penses, de la décision du BEM?

C'est un peu archaïque comme position puis c'est farfelu, là. Là, c'est de prendre les travailleurs pour des imbéciles, je pense, puis les médecins traitants aussi. Puis le médecin traitant, là, je pense que, si on suit les actualités, je pense que les médecins sont débordés partout. Il en manque, d'abord. Pensez-vous qu'il a le temps de prendre 15 minutes ou 20 minutes pour remplir un rapport complémentaire à la CSST? C'est ce que M. Lévesque disait tantôt, c'est des pages blanches qu'on trouve. Ils ne s'occupent pas de ça, ils n'ont pas de temps à perdre avec ça. Ils ne savent pas les conséquences que le travailleur va subir à cause de ça, ils ne prennent pas le temps, ils n'ont pas le temps de voir ça. Il y a d'autres patients qui attendent en ligne, à la porte, pour se faire soigner. Je ne sais pas si ça répond à votre question, là.

M. Dufour: Pas tout à fait, mais je vais accentuer puis je vais approfondir. C'est parce que la question que je me posais — puis je comprends, là, que c'est David contre Goliath, là, quand vous parlez de l'employeur, de la CSST, des mutuelles; ça, je le comprends, je suis un peu du même avis que le collègue député de Groulx — là où est-ce que j'ai un questionnement: Est-ce que c'est réel sur le plancher qu'il y a des médecins qui ne veulent pas prendre en charge des accidentés du travail?

Est-ce que vous me le confirmez ici, aujourd'hui?

● *(11 heures)* ●

M. Morissette (Jacques): ...le confirme, oui. Il y a des cliniques, tu dis que c'est un accident de travail: Bien, va voir un autre médecin ailleurs.

M. Dufour: En complémentaire, c'est sur ce que vous venez de dire tout à l'heure, parce qu'ils ne veulent pas faire de bureaucratie.

M. Morissette (Jacques): Voilà.

M. Dufour: C'est un peu ça.

M. Morissette (Jacques): C'est ça. Ils ne veulent pas se faire achaler.

M. Dufour: Est-ce que je synthétise assez bien?

M. Morissette (Jacques): Ils ne veulent pas se faire achaler.

M. Dufour: O.K. Est-ce qu'il y a un pourcentage de ceux avec qui vous faites affaire... Est-ce qu'il y a un pourcentage, que vous pouvez évaluer, de médecins traitants qui refusent de prendre en charge des accidentés?

Le Président (M. Jutras): ...

M. Lévesque (Denis): Oui. Alors, première chose, quand on regarde, avoir des statistiques sur le nombre de médecins qui refusent de traiter des accidentés, là, je pense que ce serait quand même assez difficile parce que ces médecins-là pourraient être accusés de discrimination

et pourraient avoir donc des conséquences mêmes légales contre eux.

Donc, évidemment, ils vont le faire en disant: Bien, moi, je ne peux pas te prendre, je ne peux pas te prendre parce que je suis déjà assez de monde comme ça, je ne peux pas en prendre d'autres. Ils vont trouver toutes sortes de trucs, là. Ou, quand ils vont le prendre, ils vont le prendre, mais, quand on va voir le dossier, il va être tellement sommaire que des fois on a peut-être intérêt de changer de médecin parce qu'on va savoir qu'à un moment donné ça va nous retomber dans la face. Bon.

Là, par rapport au médecin traitant, aussi par rapport au médecin qui a charge, nous autres, ce qu'on attend d'eux autres, c'est des rapports descriptifs, qu'est-ce qu'elle a, c'est quoi, le diagnostic. On s'attend d'avoir ça. Et, si on demande plus que ça, bien là ce n'est plus le médecin qui a charge, là. On demande d'avoir un médecin expert, là, dans la question de CSST et qui va après ça, dans son argumentation, expliquer pourquoi il y a une relation entre le diagnostic puis l'accident de travail qui est arrivé il y a deux ans auparavant. On ne lui demande pas ça. On ne peut pas lui demander ce genre de chose là. À un médecin traitant, on lui demande: Il faut que ce soit descriptif. Mais par contre c'est sûr que, quand on s'en va devant le tribunal, cette description-là, bien elle est loin d'être suffisante, et là il va falloir aller voir un autre médecin expert qui va prendre les données descriptives du médecin, les données objectives du médecin qui a charge. Il va regarder tout ça puis après ça, lui, il va faire ses relations, puis il va expliquer, puis il va faire un peu ce que l'employeur fait dès le départ, lui, par contre.

L'autre chose peut-être juste. Quand vous avez mentionné tantôt qu'il y a beaucoup d'accidentés qui décident d'opter plutôt pour l'assurance chômage, d'être sur l'aide sociale ou... pas l'aide sociale, l'assurance chômage ou l'assurance collective, mais à défaut aussi l'aide sociale s'ils n'ont pas le choix, mais, écoutez, il y a même des employeurs qui disent: Regarde, là, si tu fais ta réclamation à l'assurance collective, tu n'auras pas de trouble, mais fais-la à la CSST puis tu vas voir que tu vas passer un mauvais quart d'heure donc, tu vas voir que tu vas être coupé parce que, moi, je vais t'envoyer voir mon médecin tout de suite. Puis ils font du chantage avec ça. Bon.

Évidemment, là aussi, je n'ai pas de statistique, hein? Mais ça, c'est des choses qui se retrouvent, là. Moi, je vous dirais, là, qu'on en voit à tous les mois.

M. Dufour: Alors, vous... M. le Président?

Le Président (M. Jutras): Oui.

M. Dufour: Alors, effectivement, vous n'avez pas de statistique ni de preuve non plus parce que ça se fait entre deux individus, donc l'employeur à l'employé. C'est ce qui vous est rapporté.

M. Lévesque (Denis): Oui.

M. Dufour: Mais, sur le terrain, c'est ce qui vous est rapporté et c'est ce qui se vit.

M. Lévesque (Denis): Oui.

M. Dufour: À la page 3 de votre mémoire, premier paragraphe, à la fin vous dites: «Depuis l'adoption du projet de loi n° 75 en 1998 autorisant la formation de mutuelles de prévention, plusieurs de ces employeurs ont adhéré...» Mais on parle de petites et moyennes entreprises qui ont adhéré à cela aussi. Ils adhèrent à une mutuelle de prévention afin d'économiser au niveau de leurs cotisations au régime. Alors, est-il exact de dire, si je comprends bien entre les lignes, c'est que le fait de contester, de faire affaire avec des mutuelles, de consolider et de renvoyer l'employé le plus rapidement possible au travail, c'est que l'employeur, il est moins imputable au niveau des cotisations qu'il a à payer à la CSST?

Alors, c'est une game, c'est un peu David contre Goliath que vous essayez de nous dire depuis tout à l'heure. Est-ce que ce que j'avance là est exact?

M. Lévesque (Denis): Oui. Donc, les employeurs, là, pourquoi ils décident de devenir membres d'une mutuelle? Bien, parce qu'il y a des économies à faire, puis les économies viennent du fait qu'ils font peut-être de la prévention. Mais, moi, je les connais beaucoup plus pour essayer de diminuer les coûts de réparation. On devrait les appeler comme ça d'ailleurs, là, plutôt que des mutuelles de prévention.

Donc, ils vont diminuer les coûts de réparation quand ils ont des accidents, puis éventuellement, bien, compte tenu que les employeurs vont payer en fonction du coût des membres de la mutuelle, bien, si les membres de la mutuelle, ils paient moins cher ou ils ont moins d'accidents, ou que les accidents durent moins longtemps, ils sont moins indemnisés, bien c'est l'employeur qui va économiser au bout de la ligne.

Une voix: Ça va?

M. Dufour: Merci, M. le Président. Danielle, tu as-tu une question?

Mme Doyer: Oui. J'ai une question et surtout des interrogations, parce que, quand je regarde, bon, un article qu'on a ici, puis je me questionne, ce qui est cité dans l'article, qui date du 18 octobre 2005, du *Journal de Montréal*, on dit: «L'an dernier, 1 602 évaluations du Bureau d'évaluation médicale ont été contestées — là, donc ça parlait de 2004. De ce nombre, 829 ont été renversées par la Commission des lésions professionnelles.» Et, moi, je sais que la Commission des lésions professionnelles présente dans chacune de nos régions, maintenant, avec des conciliateurs qui font en sorte dans le fond de défendre les cas, je dirais, les plus difficiles — à mon idée, là, si je me trompe, vous me le direz...

Quelle est l'instance? Parce que, là, on a le Bureau d'évaluation médicale, on a des cas qui sont contestés, contestables et contestés, mettons. De ces cas-là, la moitié sont renversés par la CLP en termes d'évaluation du BEM. Et quelle est l'instance, ou l'entre-deux, ou la structure qu'on pourrait aller chercher qui ferait en sorte que... pour les cas les plus litigieux? Parce que, moi, je mets ça en lien avec des choses, des sondages qu'on est venu nous donner — et, s'ils sont faux, bien, coudon, on nous a menti, je vais le dire comme je le pense — de taux de satisfaction quand même assez élevé au niveau du BEM, au niveau des différentes instances. Par exemple, la CSST,

il y a davantage de satisfaction des gens qui passent par là, en accident de travail. Le BEM aussi, hein? C'était quand même très élevé au niveau des taux de satisfaction de la clientèle.

Donc, pour moi, comme parlementaire, les personnes qu'on échappe dans le système et que, moi, j'en ai eu, là, j'en ai eu dont ça avait été contesté, ils les avaient retournés au travail, ils se sont aggravés, ils ont eu des blessures qui se sont aggravées. Ils ont gagné leur cause, mais des fois, là, ça prend deux ans, trois ans, quatre ans, cinq ans, et ce laps de temps-là pour un certain nombre de personnes c'est difficile humainement parlant. Et, moi, c'est ce monde-là, là, je pense, duquel on se préoccupe beaucoup ce matin et qui souvent ne sont pas syndiqués ou des syndicats de boutique, je vais le dire comme ça, mais ce n'est pas les gros syndicats qui arrivent justement devant les gens et qui sont accotés, là, de chaque côté pour se défendre aussi. Alors, c'est quoi qui pourrait exister dans le système? Puis en même temps je sais que c'est étoffé et touffu, ce que je dis là, ce matin, mais, les spécialistes, on n'en a pas tant que ça.

Vous parlez de médecins traitants. Moi, dans ma circonscription, je regrette, j'ai beaucoup de personnes qui n'ont pas accès à des médecins traitants de façon régulière. Donc, ils s'en vont à l'urgence. Ils sont blessés — Norcast ou une de mes entreprises — se coupent, se font couper un bras. J'en ai qui ont eu des bras sectionnés. Moi, j'ai une industrie forestière dans ma circonscription. Et, quand c'est contesté, comment on fait? Qu'est-ce qu'on ajoute?

M. Lévesque (Denis): Qu'est-ce qu'on ajoute? Bon. Écoutez, bien, première chose...

Mme Doyer: Par rapport au BEM, là où il y a de l'insatisfaction. Pour améliorer les choses, pour les personnes, là, qu'on échappe dans ce système-là. La FATA, c'est ça. Écoutez, je vous connais, moi, ça fait longtemps. J'ai côtoyé la FATA à Gaspé, dans le temps de Michel Chartrand. Roch Banville, il vient de ma circonscription, Saint-Octave-de-Métis, Sept-Îles, tout ça, hein? On le connaît, Roch Banville, qui est décédé.

On connaît la situation, les problématiques, tout ça, mais qu'est-ce qu'on fait?

M. Lévesque (Denis): Bien, moi, je pense que, comme on a discuté tantôt, la première chose, c'est que le BEM, là, ou l'arbitrage médical, ça devrait être une mesure exceptionnelle, d'exception utilisée dans des cas vraiment litigieux, pas dans des cas, parce que... À 13 000 cas, je ne sais pas, moi, je ne connais pas la statistique d'accidents graves, là, par année, qui entraînent une atteinte permanente puis des limitations fonctionnelles importantes, mais ça ne doit pas être loin de là, 13 000. En tout cas, mais ce n'est pas... Aujourd'hui, c'est rendu un mode vraiment privilégié d'évaluation des séquelles et c'est évident que, quand un médecin...

● *(11 h 10)* ●

Prenez les deux, là. Prenez le médecin qui a charge, qui suit la personne depuis, admettons, un an, deux ans. Admettons que c'est une lésion qui est assez grave. Mettons qu'il l'a suivie pendant deux ans, il connaît très bien le cas. Bon. Quand il fait une évaluation, bien, moi, je ne pense pas qu'elle est biaisée, son évaluation. C'est un professionnel. Il va arriver puis il va faire une évaluation qui va être la plus objective possible. Il ne prend pas partie nécessairement pour défendre, non, il fait une évaluation objective, et, dans la loi, on a prévu donner une place pour ça.

Quand on intervient avec un médecin expert du BEM, lui, qu'est-ce qu'il fait? Il fait son évaluation, il prend les papiers, il prend les papiers, il prend le dossier de la personne, il regarde ça vite puis là il fait la rencontre, là: Bon, oui. Et c'est évident que ça, quand on fait une évaluation, quand on fait faire une évaluation par un spécialiste qui regarde une personne, qui examine une personne pendant 10 minutes, bien, moi, je pense que le taux d'erreur va être très élevé parce que ça va être facile pour lui de se tromper. il a vu la personne 10 minutes puis il a regardé le paquet de papiers puis, dans sa journée, il en fait six ou 10, tu sais, dans certains cas. En tout cas, donc, moi, je pense que, quand on fait affaire avec des spécialistes pour faire l'évaluation d'un dossier, on augmente énormément les possibilités qu'il y ait des erreurs dans le dossier.

Puis après ça, quand les gens vivent ces erreurs-là, bien après ça ils vont se retrouver dans votre bureau de comté puis ils vont dire: Appelez la FATA. C'est ces gens-là.

Une voix: Je vous remercie, monsieur. Mon collègue a d'autres questions.

Une voix: ...

Le Président (M. Jutras): Oui. Allez-y.

M. Morissette (Jacques): Je veux juste rajouter. Madame, vous parliez tantôt du taux de satisfaction. Probablement, c'est le rapport du BEM auquel vous faites référence, mais, dans notre mémoire, ce qu'on dit, c'est qu'ils ne tiennent pas compte de tous les dossiers, de toutes les décisions du BEM renversées à la CLP par la conciliation. Ça, ils n'en tiennent pas compte. Et dans notre cas c'est 60 % des dossiers. Alors, si on comptabilise ça, vous allez voir que le taux de satisfaction... parce qu'eux autres, ils ont l'air à prétendre que leur décision n'est pas contestée. Ce n'est pas vrai dans la vraie vie, là. Des fois, on peut faire dire ce qu'on veut à des chiffres, hein? Ça dépend quel objectif on a.

Le Président (M. Jutras): J'aurais une couple de questions à vous poser.

Quand vous faites de la défense de droits, là, vous représentez des accidentés du travail, et je suis certain que, vous autres aussi, la FATA, vous avez recours à des médecins, à des experts. Alors, je voudrais savoir qu'est-ce qui en est, de votre recours aux experts. Est-ce que c'est facile? Est-ce que vous avez une banque intéressante? Puis j'aimerais aussi que vous nous disiez ça coûte combien maintenant d'aller chercher une expertise. Et, si cette personne-là vient devant le tribunal, qu'est-ce qui en est, des honoraires? Puis vous devez savoir aussi ce que ça coûte de l'autre côté, parce qu'habituellement ces comptes-là sont produits, là, ou on en entend parler.

Alors, ça coûte quoi, ça, là, maintenant d'avoir recours à un expert pour obtenir l'expertise? Et de un. Et

de deux, la préparation du procès? Et de trois, la vacation devant la cour, devant le tribunal?

M. Lévesque (Denis): Première chose. Par rapport à l'accessibilité des médecins experts, on peut dire que c'est quand même assez difficile parce qu'évidemment, quand on représente un accidenté, on a une tâche un peu plus compliquée parce que souvent il faut démontrer qu'il y a une lésion, il faut la prouver, la lésion. Si on dit, par exemple, que la personne, elle a une hernie discale, bien il faut prouver, il faut qu'il prouve. À l'opposé, quand on dit, par exemple, que la personne n'en a pas, bien là le médecin expert, il ne l'a pas vue. Donc, ça ne demande pas beaucoup de justifications habituellement dire qu'il ne l'a pas vue, qu'il ne la voit pas.

Donc, nous autres, quand on fait affaire avec des médecins experts, c'est difficile parce que les médecins experts savent que la tâche est plus compliquée, elle est plus difficile, qui justifie chacun des diagnostics qui sont avancés. Ça, c'est pour le premier point.

Le deuxième point, donc: ils sont difficiles à trouver parce qu'on n'a pas les mêmes moyens. Quand vous parlez d'un accidenté qui vient d'être coupé, il n'a plus d'indemnité, puis qu'il n'a pas le droit à l'aide juridique, puis que vous allez voir un médecin expert, puis le médecin expert demande 2 000 $, là c'est fini, il n'en fera pas. Mais l'employeur n'aura pas de problème. Et, entre parenthèses, j'aimerais juste signaler aussi que, l'employeur évidemment, tous ces frais-là vont être déductibles d'impôt, alors que pour l'accidenté ce n'est pas déductible d'impôt parce que, dans la loi de l'impôt, hein, ce n'est pas déductible parce que ce n'est pas pour aller chercher un revenu imposable. Donc, il va faire tous ces frais-là. Donc, il ne pourra même pas les déduire de l'impôt, entre parenthèses.

Donc, par rapport aux coûts, les coûts vont être variables. Les coûts vont être variables pour les experts qu'on va chercher. Donc, ça va être de 600 $ à 3 000 $.

Le Président (M. Jutras): La journée?

M. Lévesque (Denis): Non. Ça, là, c'est pour faire le rapport.

Une voix: Pour l'expertise. O.K.

M. Lévesque (Denis): Pour faire l'expertise. Après ça, les experts, ils vont charger un montant pour venir au tribunal. Habituellement, là, ça peut varier de 500 $, 600 $ à 2 000 $, encore là, dans les plus dispendieux.

Le Président (M. Jutras): Et puis vous devez le payer. Même si, par exemple, la cause se règle la veille, vous devez le payer parce qu'il a réservé son temps pour venir au tribunal. C'est comme ça que ça fonctionne?

M. Lévesque (Denis): Oui, évidemment. Dans notre cas, les médecins experts pour nous autres avec qui on fait affaire souvent vont hésiter de venir au tribunal parce qu'ils disent: Ça prend bien trop de temps; moi, je ne suis pas pour aller perdre une demi-journée, puis c'est trop compliqué. Et puis, si on essaie de faire arriver l'agenda, là, de tout le monde, bien là on ne finira jamais, on va passer dans cinq ans, là.

Le Président (M. Jutras): Puis je trouve ça intéressant quand vous dites que l'employeur ne devrait pas pouvoir contester le degré d'incapacité ou la date de consolidation, pourrait contester qu'il y a eu un accident ou non. Ça, je trouve ça intéressant.

Même si on adoptait ça, est-ce qu'on ne restera pas encore avec le même problème, à savoir d'un médecin traitant qui souvent a vu le patient à l'urgence, 10 minutes? Puis le gars, il fait de l'urgence. Puis, s'il fait de l'urgence, c'est parce qu'il ne veut pas faire de suivi de patients. Alors, il n'est pas intéressé à voir ce patient-là, lui. Puis par ailleurs, là, vous allez avoir un médecin de l'autre côté qui, lui, va avoir fait une évaluation pas mal plus approfondie.

Est-ce qu'on ne restera pas avec le même problème, sauf qu'il y aura peut-être un médecin de moins, un expert de moins dans le décor? Mais est-ce qu'on n'aura pas encore, jusqu'à un certain point, un déséquilibre qui va toujours être présent?

M. Lévesque (Denis): Parce que, moi, je pense qu'il faut... Regardez, ce qu'on demande au médecin qui a charge, c'est encore de donner des données, de faire la description. On lui demande de la description, on lui demande c'est quoi, le diagnostic, des données précises. Il va faire son examen. C'est toutes des données objectives qu'on s'attend de lui.

Après ça, bon, suite à ça, il va faire l'évaluation dans le processus. Admettons quand il n'y a pas de BEM, là; à la fin du processus, à la fin de la lésion, ce médecin-là prend ses données objectives sans justification puis il va juste les reprendre en disant: Bon, je regarde, il y a telle ankylose, puis là il va tout décrire ça. Bon. Si ça reste comme ça, on n'a pas besoin de justifier, on n'a pas besoin d'aller au tribunal pour justifier tel diagnostic ou tel aspect pour savoir s'il a une hernie discale ou pas une hernie discale, en tout cas. Donc, on n'a pas besoin d'intervenir autant.

Tout cet argumentaire médical là, l'argumentation, on n'a pas besoin de sortir ça parce qu'on a des données objectives du médecin traitant. Et, si on demande davantage aux médecins traitants d'être des médecins experts du travail, bien là je me demande, là, où on va les trouver.

Le Président (M. Jutras): O.K. Là, on dépasse le temps, là. Est-ce qu'il n'y a pas de problème? Puis je pense qu'il y avait la députée de La Peltrie aussi qui avait une question tantôt. Alors, à ce moment-là, on peut prolonger quelque peu, là. O.K. Ça va?

Alors, au niveau des honoraires, moi, j'ai une dernière question, là. Qu'est-ce que vous pensez de l'idée qui a souvent été mise de l'avant dans le milieu des tribunaux, là, dans le milieu juridique, d'avoir une banque d'experts? Et on a recours à ces experts-là. Et l'opinion d'un tel expert, c'est cette opinion-là qui prévaut, avec des honoraires qui seraient balisés pour ces experts-là.

Qu'est-ce que vous pensez de ça? Ça fait un bout de temps que ça se discute. Le Barreau a déjà mis ça de l'avant, mais ça ne s'est jamais réalisé. Mais je sollicite votre opinion là-dessus.

M. Lévesque (Denis): C'est parce que souvent ça va dépendre des experts devant qui on passe. Il y a des accidentés ici. Admettons, ils passent devant un expert

qui est vraiment très, très restrictif, ils ne pourraient pas contester sa lésion par la suite?

Le Président (M. Jutras): C'est ça. Ce serait une banque d'experts reconnus pour leurs compétences, et leur opinion vaut.

● *(11 h 20)* ●

M. Lévesque (Denis): Bien, regardez, moi, comme je disais, je répète un peu ce que j'ai dit tantôt, mais la personne qui connaît le mieux l'accidenté ou la lésion, ça demeure le médecin qui a charge, qui a vu la progression de la lésion depuis un an, deux ans dans certains cas, ou même des fois plus longtemps. C'est lui qui connaît le mieux la lésion, ce n'est pas un expert. Si on pense, là, qu'avoir un expert, là, admettons, objectif, là, et que, lui, en analysant le dossier pendant 15, 20 minutes ou une demi-heure, ça va être mieux pour l'accidenté, je ne le pense pas. Je pense que l'accidenté, il va être mieux servi par la personne qui le connaît le mieux.

Une voix: ...

M. Lévesque (Denis): Alors, c'est pour ça qu'il faut absolument privilégier le médecin traitant comme c'était prévu au départ.

Le Président (M. Jutras): Oui. Ça, je suis d'accord avec ça, mais il faut se dire les vraies affaires aussi, il y a des médecins traitants qui sont très complaisants. Alors là qu'est-ce qu'on fait avec ça?

M. Lévesque (Denis): Bien, moi, je pense que...

Le Président (M. Jutras): Quand vous dites: Il faudrait avoir recours à un autre médecin dans les cas exceptionnels, c'est quoi, à ce moment-là, des cas exceptionnels?

M. Morissette (Jacques): Moi, M. le Président, je vous poserais la question: C'est quoi, les pourcentages des médecins qui sont complaisants? Vous nous posiez des questions tantôt des pourcentages de ci et de ça, vous avancez une donnée. C'est quoi, être complaisant? Qu'est-ce que vous... C'est large, ça, le mot «complaisant». Est-ce que, parce qu'il connaît la personne, il est plus attentif à l'écouter ou il connaît plus son dossier parce qu'il le suit? Je ne sais pas. Si c'est son médecin de famille, il le suit depuis x années, puis il est au courant de ses affaires, puis il va être plus complaisant?

Ça, là, j'ai un peu de misère avec cette affaire-là parce qu'on a tendance à dire: Bien là on le sait bien, le médecin traitant, il n'a pas été acheté, il a été soudoyé. Il a écrit ça parce que le travailleur lui a demandé. C'est de remettre en doute la crédibilité du travailleur puis vraiment s'il s'est blessé ou pas. Si vous avez un diagnostic qu'il a une fracture du bras, je veux dire, à moins que vous soyez capable de me prouver qu'il s'est fait ça en débarquant de son lit, le matin... Mais, quand c'est arrivé au travail, etc., qu'est-ce que vous voulez avoir de plus? Il en a une, fracture, ça fait que ça va prendre le temps qu'il faut pour qu'elle guérisse, sa fracture. Puis, quand vous êtes jeune, la fracture risque de guérir plus vite que quand vous êtes à 50 ans ou 60 ans. Alors, c'est tout ça.

Puis, quand vous nous parlez de bureaux d'experts, là, bien il ne faudrait pas que ça devienne un deuxième BEM, là, hein, parce que c'était supposé être des experts, ça, chevronnés, ça, à ma connaissance, là.

Le Président (M. Jutras): C'est sûr que ce ne serait pas en plus du BEM. C'est sûr, là. Il y avait le député de René-Lévesque. Oui.

M. Dufour: ...M. le Président. J'ai bien compris quand vous avez dit tout à l'heure, par rapport au sondage du Bureau d'évaluation médicale, que les... qui avaient été faites, elles ne sont pas comptabilisées dans le sondage qu'on a ici.

Une voix: ...

M. Dufour: Une question très rapide. Vous apportez un genre de solution qui fait en sorte que de respecter l'esprit de la loi, ce serait de respecter l'opinion du médecin traitant, ce qui ferait en sorte que vous enlevez un peu le droit de contestation de l'employeur sans l'enlever à la CSST, là, O.K.? Donc, il y aurait moins de contestations, peut-être moins de BEM.

Ceci étant dit, si je vous donnais le choix aujourd'hui de choisir entre: on se fie à l'opinion du médecin traitant ou, au lieu de judiciariser, on met de l'argent dans un fonds de défense aux victimes accidentées du travail? Parce qu'on va avoir un choix à faire, là. Moi, je veux déjudiciariser la machine. Si je mets plus d'argent dans votre fonds de défense, ça veut dire que c'est encore moins David contre Goliath parce qu'on rapproche les forces, ou bien donc on donne mainmise, ou on donne plus de responsabilités aux médecins traitants dans le cas de lésions professionnelles d'un accidenté du travail.

M. Lévesque (Denis): Mais c'est parce qu'il n'y a pas... Les problèmes des accidentés, ce n'est pas simplement un problème médical parce que des fois les employeurs peuvent contester des accidents, la survenance. Il y a 150 possibilités, là, la maladie professionnelle, la réadaptation. Le BEM n'intervient pas dans tous les dossiers.

Comme on a vu tantôt, dans nos dossiers à nous autres, il intervient dans 45,5 % des dossiers, maintenant. Donc, moi, je peux pas vous... Moi, je considère que d'une part, au niveau médical, si on enlevait le droit de contester, bien ça règle le problème au niveau médical pour les accidentés, mais ça ne règle pas le problème pour tous les autres litiges possibles où les droits des accidentés sont bafoués, là.

Une voix: En réadaptation.

Le Président (M. Jutras): Bon. Alors, écoutez, merci pour votre présentation. C'était bien intéressant. Et les travaux sont suspendus. Nous allons reprendre à 14 heures.

(Suspension de la séance à 11 h 25)

(Reprise à 14 h 2)

Le Président (M. Jutras): ...étant donné que nous avons quorum. Alors, s'il vous plaît! Et nous entendons

comme premier groupe, cet après-midi, la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec. Alors, si vous voulez vous avancer et prendre place. Je rappelle: ceux et celles qui ont des téléphones cellulaires, si vous voulez bien les fermer. Et je rappelle l'horaire de l'après-midi en attendant, là: à 15 heures, par la suite nous entendrons le Conseil du patronat du Québec; à 16 heures, la Confédération des syndicats nationaux; à 17 heures, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, pour ajourner à 18 heures.

Alors, je souhaite la bienvenue aux représentants de la Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec. Bonjour. Et je vous rappelle les règles que vous connaissez, mais c'est bon de les rappeler: vous avez 20 minutes pour la présentation de votre mémoire, par la suite un échange de 20 minutes avec les députés ministériels et par après un échange de 20 minutes avec les députés de l'opposition.

Alors, M. Massé, vous êtes le principal porte-parole?

M. Massé (Henri): C'est supposé.

Le Président (M. Jutras): Oui. Bon. Alors, si vous voulez présenter les personnes qui vous accompagnent et procéder, sans plus tarder, à votre mémoire.

Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec (FTQ)

M. Massé (Henri): À ma gauche, M. Pierre Dupuis, qui est un vice-président de la FTQ; à ma droite, M. Goyette, qui est de la FTQ-Construction; et M. Jean Dussault, qui est du Service de la santé, sécurité à la FTQ.

Je voudrais d'abord vous remercier de l'opportunité de nous faire entendre devant votre commission. Et d'entrée de jeu on sait qu'il y a d'autres groupes qui remettent en cause l'existence du Bureau d'évaluation médicale. Nous, on n'en est pas là. On pense que ça mérite une réflexion un peu plus longue parce qu'il faut trouver, si jamais on arrivait à ces conclusions-là, il faut trouver des mécanismes pour le remplacer, là. Si on avait 11 000 cas qui s'en vont à la CLP, demain matin, ça refoulerait quelque part, on aurait des problèmes énormes. Prendre le temps de réfléchir à ça. Mais en même temps, s'il n'y a pas des corrections qui sont apportées et, je dirais, des corrections radicales, je suis convaincu que la FTQ, dans quelques mois on reviendra ici puis on demandera, nous aussi, l'abolition pure et simple du bureau de révision médicale. Et on pense qu'à l'heure actuelle ce n'est pas des changements législatifs qu'on a besoin, c'est une série de mesures. On va vous en reparler tantôt. Mais ça prend plus de ressources, ça prend une meilleure formation pour les médecins qui y travaillent et ça prend un changement d'attitude important de la part du bureau de révision médicale.

Et on a eu une réunion, il n'y a pas tellement longtemps, sur la santé et sécurité, puis il y a un exemple qui m'a frappé. C'est un travailleur qui est venu dire: On se sent un peu comme une boule dans une machine à boules quand on se présente au BEM, garroché à gauche, à droite; il faut rencontrer des cibles, et, quand on n'a pas la chance de suivre le processus d'un bout à l'autre, bien, souvent, on est rejetés dans le dalot et on a l'impression de ne pas être tellement écoutés quand on passe au BEM. On ne vous dit pas que c'est dans tous les cas, mais on entend très souvent, chez nous, ce genre de témoignage là, et il y en a plusieurs qui nous disent que c'est très dur pour un accidenté d'aller devant le BEM.

Puis en fait il y a deux explications qui te viennent en tête quand tu passes devant le BEM: soit qu'on te prend au mieux pour un simulateur au pire pour un fraudeur ou bien soit que l'on prend le médecin de ton choix au mieux pour un complice ou au pire comme un incompétent. Et ça arrive dans plusieurs cas, malheureusement. Je ne dis pas que c'est tous les cas, mais dans beaucoup, de trop nombreux cas, lorsque nos accidentés du travail passent devant le BEM. Et je dirais que, dans cette démarche, l'accidenté se sent malmené, mais le médecin traitant, tout autant. Beaucoup de médecins traitants, quand on leur parle de la CSST puis on leur parle du BEM, tu sais, ils se mettent à devenir nerveux puis d'un coup sec. Bon. Ce n'est pas drôle, ça. Ce monde-là qui sont censés avoir suivi des études, ils ont une corporation qui les protège, puis je pense que, quand ils font ça de travers, ils sont suivis et beaucoup de médecins aussi.

Actuellement, à la FTQ, on est en train de faire le tour des facultés de médecine des universités du Québec pour leur demander de mieux préparer leurs médecins à toute la question de la médecine du travail mais aussi à toute cette question-là de la réparation, qui est une réalité souvent que les médecins ne comprennent pas et sont... Ça fait qu'on veut prendre le problème à la source, mais, en attendant, au niveau du BEM, notre premier problème qu'on y voit, c'est le manque de ressources. Dans certaines spécialités, là, puis je ne les nommerai pas, mais, au Conseil consultatif du travail et de la main-d'oeuvre, on a des rapports trimestriels sur l'état du BEM, bon, l'avancement des travaux, s'il n'y a pas trop de dossiers en retard, et, dans certaines spécialités, là, ça frisait la catastrophe.

Et il y a un problème de rémunération. Les réviseurs du BEM sont payés moins cher qu'on peut voir dans d'autres organismes d'État, la SAAQ par exemple, pour ne pas la nommer, l'assurance automobile, qu'à la CSST même. Et, au conseil consultatif, dernièrement c'était unanime entre les syndicats et le patronat pour dire qu'on devait réviser à la hausse la rémunération si on veut avoir du monde, des médecins au BEM en nombre suffisant, puis pas juste en avoir en nombre suffisant, les maintenir en nombre suffisant. Mais ce qui nous chatouille le plus à l'heure actuelle, au BEM, c'est: on dit que c'est une question d'attitude. Le but de la loi de la réparation au niveau des accidents du travail, c'est de réparer les lésions professionnelles puis les conséquences qu'elles entraînent pour les bénéficiaires. Il y a eu quelques jugements de la Cour supérieure puis de la Cour d'appel qui sont venus dire que c'est une loi à caractère social, qu'il fallait qu'elle soit appliquée dans ses plus généreuses dimensions, au niveau du principe de l'article 41, là, la Loi d'interprétation. Puis, autrement dit, ce qu'on entend par là puis ce que les juges ont entendu par là, à l'heure actuelle c'est la prépondérance de probabilités. Et ce n'est pas ça qu'on fait à l'heure actuelle, au BEM, dans plusieurs cas.

Dans plusieurs cas, là, nous autres, on voit que ce qu'on exige, c'est une preuve hors de tout doute, c'est une certitude médicale quasiment absolue, et, quand on tombe dans des cas de colonne, des cas assez complexes,

de toutes sortes, là, ça complique les affaires passablement. Et on est en train de verser selon nous dans le médicolégal puis le médicoadministratif. On n'a jamais prétendu, à la FTQ, que c'est une passe gratuite, là, quand le médecin traitant a décidé. Bon. Mais, entre ça et, je dirais, l'acharnement thérapeutique, il y a une différence. Et encore une fois la loi est là, et, la probabilité de la preuve, il faut donner le bénéfice à l'accidenté, et ce n'est pas ça qui se passe à l'heure actuelle.

● *(14 h 10)* ●

La dernière fois, vous aviez le directeur du BEM qui est venu devant la même commission pour parler de la formation. C'est un autre élément qu'on veut toucher parce qu'on pense qu'il y a un problème important au niveau de la formation des médecins, au BEM. Et je le cite, il disait: «La prochaine formation qui va en suite logique avec tout ce questionnaire de la clientèle est orientée sur la relation difficile. C'est un psychologue qui va venir rencontrer nos membres du BEM pour leur dire comment travailler lorsqu'il y a un travailleur qui a plus de difficultés, qui a plus d'appréhension, qui n'est pas content du système, qui est un peu agressif, pour demander aux membres du BEM de mieux l'aborder et d'avoir une meilleure relation lors de l'évaluation. Alors, on a un psychologue [qui va faire ça cet automne].»

Ça fait qu'en est-il exactement? Nous, on a mis la main sur un document de formation pour les médecins du BEM et on l'a mise d'une drôle de façon. On avait quelqu'un qui était en conciliation au ministère du Travail puis il venait d'avoir un cours, là, une formation pour les médecins, puis ça a resté, ça traînait sur les tables. Bon. Si j'avais été là, j'aurais dit au monde de laisser ça là, mais finalement ils me l'ont amené. Ce n'est pas drôle, là, c'est marqué: *Astuces pour évaluer le patient difficile*. Et une astuce, selon *Le petit Robert*, c'est un truc pour fourrer quelqu'un d'autre. Ils ne disent pas ça tout à fait de même, là, mais ils disent: «Adresse à tromper son prochain en vue de lui nuire ou d'en tirer [...] avantage.»

Ça fait que je ne sais pas, c'est peut-être, dans un premier temps, c'est peut-être le titre qui n'est pas correct, là. Mais, quand on va sur le contenu du document, puis là je vais vous le citer, là, notre mémoire, textuellement, là-dessus: «On y traite des accidentés du travail comme s'il s'agissait d'un groupe homogène, composé de personnes qui, pour divers motifs, cherchent à profiter de la présence d'un système d'indemnisation. On y affirme que, lors de l'évaluation, 30 % feignent des problèmes cognitifs. Et en se référant à une étude réalisée au Texas — c'est cowboy pas mal dans ce coin-là — on y affirme que 64 % des patients manifestent des troubles psychiatriques comparativement à 15 % dans la population normale. On s'y interroge sur les motivations qui poussent les patients à mentir ou à simuler. On va jusqu'à référer au syndrome de Münchhausen [...] forme grave d'une maladie appelée pathomimie, où les sujets s'infligent et entretiennent des lésions pour accréditer l'existence d'une maladie.»

Ça fait que, là, on se demande s'il y a quelqu'un à la direction du BEM qui a pris connaissance du contenu de cette formation avant sa diffusion, si ça a été approuvé et est-ce que vraiment l'image que le BEM a de ses 11 000 accidentés qui défilent devant ses experts... Nous autres, on voudrait vous rappeler quels étaient les objectifs de cette formation en octobre dernier lorsque la direction du BEM a fait référence devant cette commission. On disait toujours: C'est un psychologue qui va venir rencontrer nos membres du BEM pour leur dire comment travailler lorsqu'il y a un travailleur qui a plus de difficultés, plus d'appréhension, qui n'est pas content du système, qui est un peu agressif, mais en fait c'était pour venir soutenir le travailleur, pour venir l'aider. Puis on comprendra, là, quand on passe devant le BEM, puis c'est compliqué, qu'on a pas mal de monde, là, qui sont stressés.

Ça fait que ça, si c'est le genre de formation qu'on donne — si vous n'avez pas le document de travail, on pourra vous le fournir — c'est assez édifiant. C'est assez édifiant. Tu sais, là, c'est un peu comme si au départ ce 30 % là de cas qui sont plus difficiles... Puis on les connaît, ces cas-là, là. Ce n'est pas quand quelqu'un se casse une jambe puis il se casse un doigt. Ça, ça se guérit assez vite, puis tout ça. Mais les cas compliqués de colonne ou d'autres cas qui sont compliqués puis complexes, bien ça se retrouve dans cette gang-là, puis on dirait qu'on ne donne pas le bénéfice du doute.

Ça fait que c'est là, la question d'attitude. On dit: Il faut que ça change puis il va falloir que ça change avec la formation, au départ.

On a un problème aussi avec la durée des examens. Là aussi, lors de la dernière commission, le directeur du BEM nous disait que les examens de moins de 30 minutes, ça n'existait pratiquement pas, c'était uniquement dans des cas très simples, là, quelqu'un qui se brise un doigt ou d'autre chose. Mais, moi, je peux vous dire que sur le terrain on a souvent du monde qui vient nous dire: Aïe, mon médecin traitant m'a fait tout un examen, le médecin de la CSST m'a fait tout un examen, et, quand on est arrivé au BEM, ça a pris cinq, 10 minutes, puis c'était fini puis dans des cas fort complexes.

On avait quelqu'un ce matin qui était prêt à venir en témoigner. Malheureusement, il est dans une situation médicale, à l'heure actuelle, où il n'était pas capable de se déplacer pour venir, mais je vais demander au confrère Dussault de vous résumer un peu le cas de cette personne-là et la longueur de temps que ça a pris au BEM pour l'examiner.

Le Président (M. Jutras): Si vous permettez, avant de passer la parole à M. Dussault, vous avez en votre possession, M. Massé, le document auquel vous avez fait référence, là.

Une voix: ...

Le Président (M. Jutras): Bon. Madame, voulez-vous aller le chercher? Puis on va faire des photocopies pour les parlementaires.

Alors, M. Dussault, la parole est à vous. Ah, les copies sont déjà faites? Oui?

Une voix: ...

Le Président (M. Jutras): Bon, bien, on va compléter. Oui, M. Dussault.

M. Dussault (Jean): Le travailleur qui était censé être avec nous aujourd'hui, son nom, c'est M. Jean-Guy Smyth. Il a été victime d'un accident du travail en 1996, avec comme diagnostic une hernie discale lombaire.

Il a par la suite subi deux chirurgies à la colonne lombaire. En 1998, suite à cette lésion-là, on lui accorde une atteinte permanente de 6 % et des limitations fonctionnelles de classe 1. En 2001, il est encore une fois victime d'un accident du travail. Cette fois-ci, il a une entorse cervicale. Il a une nouvelle atteinte de 2 % et des limitations fonctionnelles de classe 2. En 2003, il a un accident d'automobile alors qu'il est au travail. Il consulte pour des douleurs cervicales lombaires, un engourdissement du bras gauche. Le premier médecin consulté pose comme diagnostic: entorse cervicale et du trapèze gauche, un arrêt de travail et des anti-inflammatoires. Quatre jours plus tard, il voit un autre médecin qui diagnostique un dérangement intervertébral mineur, cervical et lombaire. Il prescrit de la physiothérapie et le réfère à un physiatre. 12 jours plus tard, il rencontre le physiatre qui pose un diagnostic de «whiplash», et c'est ce diagnostic qui a mené à une évaluation par le BEM.

Avant de se rende au BEM, M. Smyth a été évalué par un médecin de la CSST qui lui a passé un examen dont M. Smyth nous dit: Il m'a vraiment fait un examen médical. M. Smyth s'est présenté au BEM, à la journée prévue. Avant de descendre de sa voiture, il note l'heure à son agenda: 11 h 45. Son rendez-vous est à midi. Au moment où il entre dans le bureau du médecin, celui-ci a déjà son dossier en main. Plusieurs pages sont marquées. Le médecin, tout en feuilletant le dossier, lui pose des questions pour finalement l'aviser, après quelques minutes et sans l'avoir examiné, que l'entretien est terminé. M. Smyth retourne à son véhicule, inscrit l'heure: il est 12 h 15.

À la lecture du rapport du médecin du Bureau d'évaluation médicale, on nous parle de données qui n'ont pas été mesurées, puisqu'il n'y a pas eu d'examen. On nous dit qu'il n'y a pas d'atrophie au niveau des biceps, qu'il n'y a pas d'atrophie au niveau de la ceinture scapulaire, que les amplitudes articulaires sont de tant et de tant de degrés, on nous parle de palpation du trapèze. M. Smyth n'a jamais été examiné. On comprend que le médecin, un de ceux qui en fait dans son cas plus de 600 par année, depuis de nombreuses années, on comprend qu'il soit pressé.

Le Président (M. Jutras): Oui, M. Massé.

M. Massé (Henri): C'est ce qu'on avait à dire.

Le Président (M. Jutras): Oui? D'accord. Alors, merci, et on va procéder, sans plus tarder, à l'échange. M. le député de Groulx.

M. Descoteaux: Merci, M. Massé, MM. Dussault, Laverdière et Goyette, de votre présence devant la commission. J'ai bien aimé votre mémoire, il est bref, il est droit au but. Le seul reproche que j'aurais à faire, c'est que je ne verrai plus jamais les machines à boules de la même façon, puisque vous y avez consacré un bon deux pages, mais ça illustrait la problématique.

En fait, j'ai une seule question, si vous permettez. À la lumière de votre mémoire, et ça va peut-être au coeur justement de la problématique, lorsque vous faites référence, entre autres, sur un peu la façon d'interpréter la loi — et je me réfère, là, dans vos notes à l'arrêt de Canada Steamship Lines; sur la façon dont on devrait interpréter la loi — est-ce qu'on ne réglerait pas une partie du problème en créant, à l'intérieur de la législation, un préjugé favorable, si vous voulez, ou une présomption favorable en faveur du travailleur accidenté?

● *(14 h 20)* ●

Je m'explique un peu. Puis ça rejoint certainement ce que vous avez dit, parce que je ne sais pas si vous avez pris connaissance des autres mémoires, mais je me réfère, entre autres. Et je pense qu'au moment où on avait eu en octobre... lorsqu'on avait abordé la question, la Fédération des médecins spécialistes nous dit, puis je vais juste citer, et c'est essentiellement leur mémoire, leur approche — je ne le défends pas et je ne le valorise pas, mais je vous le soumets — on nous dit: «La mission de la fédération est de défendre et de promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques.» Et, lorsqu'on aborde le rôle du médecin du BEM, du médecin spécialiste, on nous dit, à toutes fins pratiques, qu'il doit avoir une approche scientifique. On nous dit: «Ce que l'on demande donc aux membres du Bureau d'évaluation médicale, c'est d'évaluer la pathologie d'un travailleur après un examen médical, en fonction des plus pures et des plus complètes notions de médecine scientifique...»

Moi, si j'essaie de suivre votre raisonnement et à la lumière que ça doit avoir un effet social, un effet remédiateur, on doit viser la correction de la situation, la guérison du travailleur afin qu'il soit dans la meilleure condition possible, l'aspect que vous avez abordé. Sur l'aspect, bon, il y a des situations qui sont claires — le bras cassé — et il y a des situations qui sont beaucoup plus complexes. Lorsqu'on veut aborder une situation beaucoup plus complexe sous un angle d'il nous faut absolument une réponse scientifique, donc une réponse absolue, j'ai l'impression qu'on passe peut-être à côté du but recherché par la loi. Partant, je me dis — et, si vous êtes obligés de vous référer à des jugements de la Cour d'appel comme celui de Canada Steamship Lines pour déterminer comment on devrait interpréter la loi; je me dis: Est-ce que, par l'ajout tout simplement d'une présomption favorable au niveau de la législation que devrait appliquer le BEM, est-ce qu'on ne réglerait pas une partie de la problématique?

M. Massé (Henri): ...pense que c'est déjà dans la loi, c'est déjà dans l'esprit de la loi, mais, s'il faut le réinscrire de façon plus claire, on ne s'opposera certainement pas à ça. Mais en même temps on pense que ça prend un changement d'attitude parce que, quand on n'a pas le changement d'attitude nécessaire, on peut toujours étirer les lois de la façon qu'on veut. Puis la certitude encore une fois, là, médicale absolue, là, moi, je ne pense pas que ça existe, et c'est là qu'on a un problème.

Une voix: Mais, à ce moment-là... Oui, vous vouliez compléter?

Le Président (M. Jutras): Oui. M. Dussault.

M. Dussault (Jean): Dans une décision qui a été rendue par le Tribunal administratif du Québec, qui s'est rendue en fait jusqu'en Cour supérieure du Québec — les coordonnées, c'est Diane Viger et Société de l'assurance automobile du Québec, c'est un cas de fibromyalgie —

le médecin dit au tribunal, le médecin de la travailleuse dit au tribunal: Je ne peux pas vous affirmer que c'est l'accident d'automobile qui a déclenché le syndrome de fibromyalgie, mais je ne vois rien d'autre. Il n'y a pas de certitude à l'effet qu'un traumatisme tel un accident d'automobile peut déclencher le syndrome de fibromyalgie, mais on n'y voit rien d'autre. Et ce que le tribunal a décidé, c'est que justement on n'a pas besoin d'une preuve de nature scientifique.

Mais trop souvent, au Bureau d'évaluation médicale, puisqu'il n'y a pas une preuve hors de tout doute que la lésion ou que la pathologie qu'on cherche à examiner, à ce moment-là, est reliée directement au travail, on ne cherche pas à se dire: C'est quoi, le poids, le cumul des probabilités? On cherche la preuve hors de tout doute, alors qu'on est dans une loi à caractère social et que la Loi d'interprétation vient nous dire que ce n'est pas comme ça qu'on doit interpréter une loi à caractère social.

M. Descoteaux: M. le Président...

Une voix: Oui.

M. Descoteaux: Ça semble clair pour nous, ici, mais, dans l'officine du médecin, justement du médecin spécialiste ou au BEM, ça semble plus difficile.

Est-ce qu'à ce moment-là on revient aux bonnes vieilles notions de formation, de donner une formation plus axée sur le volet juridique pour qu'à toutes fins utiles notre médecin spécialiste modifie son approche? Parce que c'est évident qu'à chaque fois qu'on va rechercher une preuve hors de tout doute ou scientifique on n'atteindra jamais le résultat recherché par la loi.

M. Goyette (Richard): Si vous permettez.

Le Président (M. Jutras): ...

M. Goyette (Richard): C'est sûr que, dans le cadre législatif, on est toujours pris entre un problème qu'on qualifierait de «scientifique» sur l'aspect médical et d'autre part sur la rencontre du droit, ce pourquoi la loi y est.

On a rencontré cette difficulté-là d'ailleurs, dès le début, quand on a commencé à faire témoigner des médecins. On va chercher un médecin. On lui dit: À ton avis, est-ce qu'il y a une relation ou est-ce que c'est une maladie? Ou quel type de diagnostic? Et, lui, comme scientifique, il va vouloir s'ajuster sur la règle où il n'y a pas de question qui se pose, deux plus deux, quatre. Pas deux plus deux, trois et demi, trois et quart, 4,25, deux plus deux, quatre. Mais, quand on applique le droit, il faudrait lâcher cet aspect-là.

Et vous parliez de règles de présomption. C'est un peu ça. Le jour où il y a des éléments — et c'est ce que disait aussi le confrère Dussault — quand il y a des éléments de faits qui font que la conclusion devrait s'avérer, ne pas non plus se retrancher en arrière d'une recherche scientifique absolue et du 100 % de probabilité. Vous savez qu'il y a même des décisions qui ont été rendues à l'effet qu'on perdait des dossiers parce que le médecin s'était trompé entre une relation probable ou possible. Je ne suis pas sûr que le médecin dans le bureau, quand il a marqué «probable ou possible», se rendait compte de la portée juridique.

Alors, à cet effet-là, compte tenu de ce qu'on vous dit, c'est sûr, il y a un déséquilibre entre l'aspect scientifique et l'aspect factuel. Et ça, il faudrait y remédier.

Le Président (M. Jutras): Ça va?

Une voix: Je pense qu'un autre collègue va...

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

M. Bachand: Merci, M. le Président. J'ai lu votre mémoire, messieurs. Bienvenue à la Commission de l'économie et du travail. J'ai lu votre mémoire, et, votre comparaison avec la machine à boules, moi, je la comprends bien, mais elle n'est pas comprise de la même façon par l'ensemble des groupes. Parce que la FATA est venue ce matin, puis eux, pour eux, une machine à boules, leur compréhension est plutôt l'aspect de deux groupes qui sont en opposition. Moi, je voudrais avoir votre avis là-dessus parce que j'ai beaucoup de questionnements, parce que, dans ce dossier-là, ce n'est pas évident.

Moi, je vois bien plus une dualité qu'une machine à boules. Moi, quand j'étais jeune, les cow-boys puis les Indiens, là, savoir qui était le bon puis qui était le méchant, c'était facile. Mais, dans ce cas-là, je vais te dire une affaire, que ça commence à être un peu complexe ne pas savoir qui est le méchant puis qui est le mauvais, mais c'est qui est abusé, qui est l'abuseur, puis, bon, etc. Dans ce contexte-là, je regarde. D'après la FATA, en tout cas de ce que j'en ai compris, pour eux, CSST, BEM et puis la mutuelle de prévention qui s'en vient, là, ça, c'est une guerre. Ils sont en opposition avec le médecin traitant et puis celui qui a eu les préjudices, l'accidenté en fait, l'accidenté. Êtes-vous d'accord avec cette vision-là, vous autres?

Le Président (M. Jutras): ...vous étiez là, vous, ce matin?

M. Dussault (Jean): Oui. Écoutez, on est d'accord avec cette vision-là mais jusqu'à un certain point.

D'abord, quand on compare avec la machine à boules, on ne parle pas que du Bureau d'évaluation médicale. Le Bureau d'évaluation médicale est une des composantes de la machine à boules. Quand on parle de la machine à boules, on parle de l'ensemble du processus d'évaluation médicale pour un accidenté du travail. C'est de ça dont on parle.

À savoir est-ce qu'il y a des gens sont en opposition, si on le regarde d'un point de vue médical, je vous dirais, il n'y a que le médecin traitant. Le travailleur se fait «barouetter» d'un médecin à l'autre, mais, parmi tous ces médecins-là qu'il rencontre, il n'y en a qu'un seul qui tente de le soigner, et c'est son médecin traitant. Donc, le travailleur, il ne peut pas faire autrement que de voir ça comme étant une opposition entre deux groupes.

M. Bachand: Mais en tout cas, pour ce qui est de l'analogie de la machine à boules, on pourra en reparler souvent, là.

M. Massé (Henri): On va en prendre une autre. Pas de problème.

M. Bachand: On va en prendre une autre, donc on va prendre celle que la FATA a proposée, la dualité entre ces deux groupes-là.

Avant de parler de ce que vous m'avez dit, je conviens de ce que vous m'avez dit, mais par contre la CSST, qui se trouve être dans la gang du BEM puis de la mutuelle de prévention, fait aussi de la prévention. Donc, les médecins, eux, de la CSST en principe, là, je ne sais pas, mais celui qui reçoit l'évaluation, c'est l'employeur qui paie la CSST. Lui, l'employeur, plus il fait de la protection puis de la prévention, moins ça va lui coûter cher. Donc, il a intérêt à travailler. Puis d'ailleurs c'est souvent des représentations syndicales qui font le travail avec la CSST pour s'assurer qu'il y a de la prévention du travailleur. Il y a cet élément-là.

Puis il y a un autre élément aussi qui fait que j'ai de la misère à retrouver, moi, toute cette gang-là en même temps, CSST, BEM, mutuelle contre le médecin traitant puis l'accidenté. Je vous dis pourquoi. Parce que l'autre gang qui est le médecin traitant avec l'accidenté, l'urgentologue qui le reçoit, l'accidenté, lui, il est dans quelle gang? Parce que, lui... pas finalement, c'est le médecin traitant plus tard qui va revoir le patient. Donc, le patient qui s'imagine que son médecin traitant est vraiment de son bord, oui, mais, à l'urgence, ce n'est pas lui qui l'a reçu, là. Donc, qu'est-ce qui arrive? C'est que l'urgentologue le reçoit. Il a un doigt coupé ou je ne sais pas trop, là. Il fait un certain rapport. Mais le gars, là, qui a été accidenté, l'accidenté retourne voir son médecin traitant, et là, lui, il porte un jugement, le médecin traitant, mais il ne l'a pas vu quand il a eu l'accident.

Donc, je ne suis pas sûr qu'il est dans la gang nécessairement, comme vous le dites, là, de l'accidenté nécessairement. Comprenez-vous? Donc, il y a tellement de nuances dans cette gang d'intervenants là que peut-être que finalement ça ressemble à une machine à boules, là. Peut-être...

● *(14 h 30)* ●

M. Massé (Henri): Mais je ne veux pas faire le débat ici, en commission parlementaire, sur les gangs qui sont là puis les oppositions qui sont là. Bon. C'est un débat qu'on fait à d'autres niveaux. Mais, sur le fonctionnement du BEM comme tel, pour nous c'est assez simple: on a un accidenté qui se présente, puis on exige encore une fois une preuve médicale blindée, pratiquement hors de tout doute, et puis là, tu sais... alors que, dans la vraie vie, ce n'est pas de même que ça se présente.

Puis on dit: Dans la vraie vie, bon, il devrait y avoir un préjugé favorable aux travailleurs, c'est une loi sociale. Ça ne veut pas dire que c'est une passe gratis. Encore une fois, là, tu sais, on comprend que la CSST, s'il n'y a pas de contrôle pantoute, là ça va déraper. Mais, entre ça puis ce qui se passe à l'heure actuelle, on pense que c'est une situation qu'il faut qui soit corrigée puis on pense que c'est déjà prévu dans la loi. S'il faut rajouter à la suggestion du député de tantôt, bravo, mais on pense que les mécanismes sont déjà là.

M. Bachand: Parlons-en, de mécanismes qui sont là ou de ceux qui pourraient être là, O.K.?

Je comprends que vous ne voulez pas faire le débat des deux gangs, mais c'est un peu fondamental parce que, dans le droit de la protection des accidentés, là, eux autres, ils se retournent, puis ils disent: Qui va me protéger? Vous, je comprends que vous ne vouliez pas faire le débat, puis je vous comprends, mais l'accidenté, il aimerait bien le faire, le débat, lui, parce que c'est lui qui est victime de l'accident. Ça fait que, lui, il veut savoir: Qui qui va me protéger? Comprenez-vous? Bon.

Il y a une proposition qui était fort intéressante, qui venait de la FATA, qui disait: Un fonds de défense des victimes, hein, ça peut être intéressant. Moi, quand j'ai entendu cette proposition-là, je me disais: Bien. Un fonds. Peut-être que ça, sur le principe qu'il y a deux gangs, dont vous ne voulez pas vous prononcer — puis je vous comprends aussi, là — mais que l'accidenté voudrait bien savoir, bien il dit: Moi, si j'avais un fonds qui défendait mes intérêts, bien ce serait une bonne chose. Parce que, lui, devant la machine — toujours la dualité dont je suppose que j'ai compris de la FATA — il dit: Moi, là, j'aurais des éléments pour me défendre, donc ce fonds-là serait intéressant.

Qu'est-ce que vous en pensez, de ce fonds-là?

Une voix: Oui.

M. Dupuis (Pierre): En tout cas, de la façon que vous le... Moi, je comprends la position de la FATA. La FATA ramasse tous les cas lourds, tous les cas de refus. Ils ne travaillent qu'avec des cas difficiles qui ont été refusés par le BEM ou par la CSST. Donc, c'est évident que la FATA, quand elle présente son approche, c'est ce qu'elle vit, elle, à tous les jours: elle ramasse du monde qui ont été maltraités dans le système. Bon. Je pense qu'ils ont raison, puis ils ont raison aussi de vous demander un fonds pour aider ce monde-là.

Mais, si on est ici, devant vous, aujourd'hui, c'est pour vous dire: On pense, nous autres, que vous pouvez améliorer le fonctionnement du BEM. C'est sûr que, comme syndicat, on en a, des cas lourds, on les défend, mais on en a, des cas aussi qui sont acceptés puis on a des cas aussi qui passent devant des évaluateurs médicaux du BEM, d'une façon positive. Donc, notre point de vue est différent à cet égard-là, parce que, comme vous dites aussi, on est dans les milieux de travail, on s'occupe de prévention, on essaie de changer l'environnement de travail pour éliminer les dangers à la source. Mais ce qu'on reproche au BEM présentement, nous autres, de façon générale c'est justement son manque de... On ne dit pas que le BEM doit devenir un bureau pour traiter le patient, traiter l'accidenté du travail, mais il doit être là pour le respecter dans son entité, il doit être là pour le prendre tel qu'il est puis essayer de comprendre ce qu'il vit, essayer de voir sa lésion, essayer de voir si les traitements qu'on lui propose ou les limites qu'on lui donne sont appropriés.

Et, dans ce cadre-là, c'est sur ça qu'à cette étape-ci du débat on insiste. On insiste, on dit: Il faut que le BEM se ressaisisse, il faut que le BEM forme ses médecins, il faut que le BEM prenne le temps d'examiner les patients. Ça ne va pas à l'encontre de l'autre dualité. Moi, je comprends la FATA, mais ce que je vous dis: Dans notre position à nous autres, on voit tous les cas puis on en règle plusieurs, dossiers, d'une façon positive, mais on ramasse aussi des cas lourds puis on a des témoignages qu'on vous a livrés tout à l'heure, où les gens sont maltraités par le BEM.

Donc, ce qu'on souhaite, c'est que le BEM fonctionne en donnant, comme on l'a dit tout à l'heure, en présumant que le travailleur est honnête, en présumant que le médecin est honnête. Parce que, si le médecin est malhonnête, bon, ils feront une plainte à la corporation des médecins puis ils diront: Le médecin a été malhonnête, mais que ce ne soit pas le travailleur qui soit lésé.

M. Bachand: M. Dupuis, vous me dites: Moi, je trouve qu'ils ont raison de demander un fonds, la FATA, hein? Bien, moi, je trouve ça intéressant quand vous me dites ça, parce que je me suis dit un peu la même chose quand ils ont dit ça.

Puis, sur l'heure du midi, bien je me suis dit: Je ne suis pas si sûr que ça. Je vais vous dire pourquoi, parce qu'est-ce que c'est en opposant une machine plus grosse à une plus grosse machine qu'on va régler le cas du BEM? Autrement dit, là, si, moi, je lui donne plus de moyens pour se défendre contre la grosse machine, je n'ai pas réglé le problème du BEM que vous voudriez voir réglé. Comprenez-vous? Donc, j'ai un peu de réserve pas sur l'idée du fonds, mais sur le principe même qui dit que, si j'augmente les outils pour se défendre, je ne règle pas le cas de la grosse machine. Donc, je me dis: Peut-être que ce n'est pas la solution. Allons régler le problème de la grosse machine et puis là bien on n'aura peut-être plus besoin du fonds. On aura toujours besoin de quelqu'un pour les protéger mais pas besoin du fonds.

Il y a cet élément-là puis il y a un autre élément. Rapidement. Vous parlez que, dans le processus du BEM, on voudrait un meilleur respect de celui qui est traité, en fait de celui qui est accidenté, hein, c'est ce que vous me dites. Par contre, dans votre conclusion, vous dites: «Les médecins évaluateurs agissent dans un contexte médicolégal», et vous reprochez un peu ça. Donc, la deuxième partie de mon intervention, c'est: Est-ce que ça ne prend pas quelqu'un qui porte un jugement? Et là je vous écoutais tout à l'heure, M. Dussault, puis vous aviez tout à fait raison. Quand on parle du lien de cause à effet, moi, je comprends que, quand on parle d'un lien de cause à effet, là on n'a pas besoin d'un jugement médicolégal. Mais, quand on veut savoir si vraiment le gars, il fait une fibromyalgie, pas une question de cause à effet, mais on veut diagnostiquer si c'est vraiment une fibromyalgie, pas le déclencheur mais la fibromyalgie, bien là on a besoin d'un jugement médicolégal, vous ne pensez pas?

M. Massé (Henri): Sur la première partie de votre question, là, sur la demande du...

Une voix: ...

M. Massé (Henri): ...ça ne vient pas régler le problème. On ne dit pas qu'on est contre le fonds. On dit: C'est un autre débat si... veut avoir des fonds pour mieux défendre les travailleurs syndiqués et non syndiqués, bon, qu'il représente. Mais, nous, là, on les représente, nos travailleurs en général, puis je pense qu'on les représente bien aussi, en général. Il peut y avoir une anicroche de temps en temps, mais on les représente bien. Puis on a des problèmes énormes avec le BEM à l'heure actuelle. Ça fait que ce n'est pas en opposant une machine à l'autre machine qu'on va régler ça, là. Il est là, le problème, puis il est entier. On ne le réglera pas avec ça. C'est un cataplasme sur une jambe de bois, ça. Bon.

Maintenant, le fait que les travailleurs accidentés qui n'ont pas les moyens, puis qui ne sont pas représentés, puis qui ne sont pas syndiqués, bien ça, c'est un autre débat. Puis on n'ira pas à l'encontre de la demande de la... mais ça ne règle pas le problème du BEM. Sur l'autre partie, je vais peut-être demander à M. Goyette.

M. Goyette (Richard): Bien, c'est la même chose, au risque de se répéter. Je remarquais cependant plein de choses qui ont été dites, là, sur lesquelles on ne fait pas d'admission. Est-ce que le fait de la prévention amène moins d'accidents? Il faudrait voir. Puis il faudrait aussi comprendre que tous les milieux de travail ne sont pas aussi organisés sur le plan de la prévention. On peut comparer des secteurs d'activité. Moi, qui représente la construction, j'ai encore 30 morts par année, puis les mécanismes de prévention ne sont pas en vigueur. Donc, il faut faire attention aussi sur les affirmations. On ne commencera pas ce débat-là parce qu'on tomberait, dans le cadre de la loi, sur d'autres aspects.

Mais, nous autres, on s'attaque à la question du BEM, et je reviens encore une fois sur ce qu'on disait tantôt: Ne jamais aussi caractériser l'aspect médical uniquement sur son concept scientifique de trancher sans tenir compte. Parce que tantôt il va y avoir les aspects juridiques qui vont compter, il va y avoir les aspects qui entourent le dossier, ce ne sera pas juste le deux plus deux, quatre. Alors, à ce moment-là, la façon d'éclairer l'opinion du BEM devient importante parce que c'est un humain. On a beau l'asseoir sur une table puis essayer d'en faire un objet d'étude scientifique, c'en n'est pas un. Et c'est ce qu'on reproche d'ailleurs, dans ce que le confrère Massé déposait. La façon dont on essaie maintenant de caractériser les gens sur le plan scientifique, ça n'aide pas juste sur le plan scientifique, on y va sur le plan psychiatrique. Alors, ne tombons pas dans ce jeu-là.

L'humain qui tombe entre les mains des médecins, ce qu'on veut, c'est qu'il soit traité comme un humains et non uniquement comme un objets, comme si j'ai une auto qui est brisée puis je la rentre chez un ajusteur d'assurance. Un médecin, dans notre tête, n'est pas un ajusteur d'assurance, il n'est pas au service de la compagnie d'assurance, il est là pour comprendre l'humain. C'est son premier mandat. Qui le paie? C'est secondaire. Alors, les gens du BEM devraient s'attacher à ce vieux slogan qu'on disait à l'époque, *La personne avant toute chose.* C'est ça, la clé du BEM, s'il demeure.

Le Président (M. Jutras): ...maintenant du côté de l'opposition. M. le député de René-Lévesque.

M. Dufour: Oui. Merci, M. le Président. Alors, M. Massé, M. Dussault, M. Laverdière, M. Goyette et M. Dupuis, merci pour votre mémoire. Ce que je disais à matin, lorsqu'on a reçu le premier groupe, la FATA, c'est — sans embarquer dans le... comme vous dites, M. Massé; c'est — un peu David contre Goliath, là, tu sais.

● *(14 h 40)* ●

La CSST peut contester, le médecin de l'employeur peut contester, et la décision du BEM est sans équivoque. Et le travailleur a moins de prise, là, de là vient le fait qu'on dit que c'est David contre Goliath.

Je comprends que, dans votre mémoire — puis vous l'avez en page 3 — c'est que vous dites: «À ce jour, personne à la FTQ n'a réclamé l'abolition du BEM, et ce, malgré de très nombreuses critiques sur son fonctionnement. En fait, à moins d'améliorations notables, nous prévoyons que la demande d'abolir le BEM n'est qu'une question de temps.» Donc, si on ne règle pas, on ne trouve pas des solutions à court terme, ils sont sous respirateur artificiel. C'est un peu ça que vous nous dites.

Quand on parle que l'esprit de la loi, puis ce qu'on disait un peu ce matin, en tout cas la FATA nous l'a mentionné — puis je pense que vous nous l'avez mentionné un peu — c'est: Même si ce n'est pas des passes gratuites — puis je reprends ce que vous disiez — et qu'il faut qu'il y ait des jugements favorables, c'est que c'est le médecin traitant qu'il faut qui soit pris en compte. C'est un peu ça que vous nous dites, là, au moment où on se parle, là. Je ne me trompe pas dans les affirmations que je viens de faire? J'essaie de voir, là, la solution et la piste d'atterrissage qu'il faut avoir à la fin de cette commission-là.

M. Dussault (Jean): Bien, l'opinion du médecin traitant, la CSST est liée par l'opinion du médecin traitant jusqu'au moment où le Bureau d'évaluation médicale entre en jeu, et ensuite c'est là que ça se corse souvent pour les accidentés du travail.

M. Dufour: O.K. Je reviens à mon David contre Goliath. Ça parlait des mutuelles. Moi, je voudrais savoir, là: Ces mutuelles-là, là, c'est qui, ça? C'est des firmes d'avocats? Quelles sont les personnes qui sont sur ces mutuelles-là? Est-ce que je peux avoir des explications là-dessus? Je ne connais pas ça, moi.

M. Massé (Henri): Bien, les mutuelles, il y a des consultants de tout ordre là-dedans, et des fois c'est des grandes corporations qui ne s'occupent pas uniquement des accidents de travail mais qui peuvent s'occuper d'autres choses. Puis ils ont décidé: Bon, il y a de l'argent à faire dans les accidents de travail, on ouvre un secteur à ce niveau-là puis on y va. Il y en a des grosses, là. Comment ça s'appelle? Aon?

Une voix: Aon.

M. Massé (Henri): Bon.

Une voix: Aon?

M. Massé (Henri): Aon, immense.

Une voix: ...

M. Massé (Henri): Non, Aon.

Une voix: A-o-n.

M. Massé (Henri): Maintenant, sur les mutuelles, il y a une affaire qui est claire, il y en a quelque-unes qui sont bonnes, qui font vraiment des programmes de prévention puis qui s'occupent de prévention. Parce que, quand ça a été mis sur pied à la CSST, puis on a eu de nombreuses discussions au conseil d'administration, c'est d'abord et avant tout une mutuelle de prévention pour diminuer les accidents de travail puis, par ricochet, diminuer les coûts.

Mais l'objectif premier, c'est d'avoir moins de monde amoché puis moins de morts au travail. Puis après ça, bien, c'est clair qu'il y a moins de coûts aussi. Et à l'heure actuelle, là, on peut compter, sur les doigts des deux mains, pour être généreux, là — je dirais plus «une main», mais allons-y sur les deux — des bonnes mutuelles au Québec. Puis il y en a des dizaines puis des dizaines, là. Le reste, là, c'est de la folie, c'est une plaie. Ça fait trois, quatre ans, cinq ans qu'on dénonce ça au conseil d'administration de la CSST, le mouvement syndical, aucun programme de prévention digne de ce nom. C'est reconnu, là. Et ça a des problèmes très importants. On rencontre des fois des employeurs; un accident, là, quelqu'un se casse la jambe dans son milieu de travail, sur les heures de travail, puis il n'y a rien à chialer, il n'y a rien à redire, l'employeur le sait. La mutuelle conteste, puis là on pourrait vous donner des exemples par dizaines. La mutuelle conteste. Tu sais bien qu'en bout de ligne elle ne gagnera pas, là, sauf que ça finit devant la CLP, ça passe en conciliation.

Quand il y a un règlement en conciliation, bien, au lieu que ce soit l'employeur qui paie ou la mutuelle, les employeurs de la mutuelle qui vont payer, ça s'en va dans le pot général du secteur, hein, ça fait qu'ils viennent de sauver des coûts même dans un cas qui est très clair, là. Je ne parle pas d'un cas compliqué, là — ça, tu sais, on va donner le bénéfice du doute, là — mais un cas qui est clair. On dit à l'employeur: C'est quoi, cette folie-là? Vous contestez ça? Oui, parce que, si je ne conteste pas, ils me menacent de me sortir de la mutuelle. C'est aussi simple que ça, là. On pourrait vous donner des témoignages de même par dizaines, à la FTQ. Et là la beauté de l'affaire, c'est que le bordel est en train de prendre chez les employeurs. Et, moi, je me rappelle — je ne sais pas si le nouveau président du Conseil du patronat va avoir la même attitude, je ne sais pas ce qu'ils vont venir dire ici, cette semaine — mais le président du Conseil du patronat, M. Taillon... à la dernière réunion du comité administratif de la CSST, a avoué, devant moi puis devant le directeur général de la CSST, devant le P.D.G., M. Bibeau, que, là, il fallait mettre de l'ordre dans les mutuelles — pas toutes les mutuelles, il y en a qui sont correctes — mais que dans d'autres ça n'a aucun bon sens, aucune prévention, puis ils le savent.

Et là c'est qu'ils sont en train de transférer leurs coûts à d'autres employeurs qui ne sont pas dans la mutuelle, et c'est là que les autres disent: Bien, aïe, là, tu sais, comment ça se fait, ça, là, qu'ils s'en vont en conciliation, puis ils sortent leurs coûts de la mutuelle, puis ils nous les refilent à nous autres, le secteur en général? Ça fait qu'il y a une game là-dedans épouvantable. Ça fait que ça n'a pas de sens. Ça fait que, là, on est en train de demander à la CSST. Ils sont censés réfléchir à nouveau là-dessus. Mais à l'heure actuelle, là, c'est de la folie furieuse.

M. Dufour: Quand vous parlez de pot, ça s'en va dans le pot général. Je veux juste comprendre, là. C'est parce que ça fait en sorte que ce n'est pas l'employeur qui paie, mais il y a un pot par secteur d'activité. C'est ce que vous nous dites?

M. Massé (Henri): Oui. À la CSST, ça marche par secteur d'activité. Par exemple, je ne le sais pas, moi, les travailleurs de la forêt. Bon. Il y a un groupe, là, il a un numéro, puis les coûts vont là-dedans. Mais, si, à l'intérieur du secteur de la forêt, il y a une mutuelle, elle ne représente pas nécessairement tous les employeurs de la forêt, elle représente un groupe d'employeurs de la forêt. Et, par ces games-là, contestation systématique puis conciliation, puis tout ça, bien ils refilent les coûts à l'ensemble du secteur, à l'ensemble des employeurs de la forêt. Ça fait qu'ils vont sauver quelques coûts pour leur groupe qui est à l'intérieur de la mutuelle, mais ils refilent les coûts aux autres, et c'est là que je vous dis que ça commence à chauffer à l'intérieur du groupe employeurs parce qu'il y en a qui ne veulent plus payer pour les autres. C'est aussi simple que ça.

Et les employeurs admettent fort bien, là, plusieurs employeurs, qu'il y a plusieurs employeurs qu'il n'y a aucun programme de formation sérieux dans certaines mutuelles.

M. Dupuis (Pierre): Juste un petit complément pour vous permettre de mieux comprendre. Ces dossiers-là se règlent en conciliation, puis, à chaque fois que ça se règle en conciliation, l'employeur dit: Je suis prêt à accepter l'accident de travail si vous le mettez dans le fonds général.

M. Dufour: Il n'est pas imputé.

M. Dupuis (Pierre): Il n'est pas imputé, lui, il est imputé au fonds général de son secteur. Et, dans 95 % des cas de conciliation, ça se règle comme ça, quand l'employeur: O.K., on l'accepte si vous le mettez.

Le syndicat, nous autres, on peut bien, tu sais... vous l'acceptez. Vous l'acceptez, ça finit là. Mais, au niveau du conseil d'administration de la CSST, effectivement, comme disait M. Massé, il y a un gros problème parce que les employeurs se disent: Là, ça sert à quoi d'avoir un taux personnalisé... si ça va toujours dans le taux du secteur? C'est tout le système qui est remis en question.

Une voix: ...

M. Dussault (Jean): ...qu'on fait avec les mutuelles, ce que M. Dupuis, M. Massé viennent de vous expliquer, que les employeurs se trouvent désimputés d'accidents qui normalement devraient leur être imputés. Ça vient mettre en doute le postulat qui dit: Plus je fais de prévention, moins je paie de cotisations, parce que ce qu'on fait, c'est qu'on cache les coûts, on cache les accidents, on les répartit sur l'ensemble du secteur. Ça a une influence pour abaisser les coûts, mais il n'y a pas de vraie prévention pour éliminer à la source les dangers pour les travailleurs puis les travailleuses.

Une voix: Oui.

M. Dufour: Une dernière question avant de passer la parole à ma collègue.

Vous avez parlé tout à l'heure, et j'ai posé une question au directeur du Bureau d'évaluation médicale concernant le fait qu'un médecin ou deux médecins en particulier ont fait presque 900 cas dans une année, quand la loi dit que c'est... Le directeur du Bureau d'évaluation médicale nous a parlé effectivement qu'il manquait de monde surtout dans certaines spécialités, et que ça prenait un critère de cinq ans, et que c'est décidé, en tout cas ça se parle beaucoup au Conseil consultatif du travail et de la main-d'oeuvre. Vous venez de le dire vous-même, M. Massé, oui, au niveau des ressources du BEM et au niveau de certaines spécialités.

Et vous avez parlé aussi que vous êtes unanimes, au conseil consultatif, concernant le rehaussement au niveau du salaire payé à ceux qui siègent au Bureau d'évaluation médicale. J'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Massé (Henri): ...écoutez, pour une expertise, par exemple, au BEM, c'est quoi? 400?

Une voix: En ce moment, c'est 350.

M. Massé (Henri): 350. Vous allez avoir, à la SAAQ, au côté...

M. Dussault (Jean): 460. Je vous cite ça de mémoire, là.

M. Massé (Henri): Puis, à la CSST, ça peut être un montant encore plus élevé. Ça fait que ce qu'ils nous disent en général, c'est que ce n'est pas assez rémunéré pour le temps qu'ils ont à y consacrer. Puis ça, c'est vrai. Je suis d'accord avec le directeur du BEM, là, dans certains cas, il y a trop d'examens qui sont faits par le même ou par les mêmes parce qu'on n'est pas capable d'en avoir.

Maintenant, il y a d'autres cas aussi où ce n'est pas la même situation puis il y en a qui en font trop.

Une voix: O.K.

Le Président (M. Jutras): Mme la députée de Matapédia.

● *(14 h 50)* ●

Mme Doyer: Oui, merci. C'est un peu dans la même foulée de ce que mon collègue posait comme question.

Cet avant-midi, je notais qu'à partir d'un article de journal — je le reprends parce qu'il faut savoir de quoi on parle dans le fond — au niveau du BEM, les cas qu'on échappe dans le fond, les cas de personnes qui trouvent qu'elles ont été lésées, maltraitées, entre guillemets, là, de toutes sortes de façons, et là, bon, on dit: «L'an dernier — en parlant de l'année 2004 — 1 602 évaluations du Bureau d'évaluation médicale ont été contestées. De ce nombre, 829 ont été renversées par la Commission des lésions professionnelles.»

Alors, vous me semblez être relativement satisfaits du processus, parce que vous dites: Le BEM, il est là, on veut le garder, mais en même temps vous dites quelque chose qui m'apparaît quand même fort, qu'«à moins d'améliorations notables, la fédération considère que la demande d'abolition du BEM n'est qu'une question de temps. Un mécanisme de remplacement devra cependant être prévu». Et, moi, de ce que j'observe, parce que j'ai eu le temps après 12 ans de voir la différence lorsque la Commission des lésions professionnelles, avec la décentralisation... ça s'est rendu plus en région, puis les personnes de ma région, Bas-Saint-Laurent, ont été moins obligées d'aller se trimbaler à Québec ou Montréal pour différents examens. Ils le font encore parfois, mais c'est

moins pire. Alors, cette équipe de médecins, d'abord où on devrait améliorer? Par quoi on devrait améliorer? Si vous aviez deux, trois suggestions à nous faire comme législateurs — dans le fond, mettez-vous un peu dans notre peau de parlementaires, vous êtes de ce côté-ci — qu'est-ce qu'on peut faire pour que ça fonctionne mieux pour les personnes qu'on échappe dans le système?

Puis, vous, vous êtes chanceux, M. Massé, avec votre Fédération des travailleurs et travailleuses du Québec parce que généralement les personnes de vos syndicats sont quand même bien défendues, vous avez des avocats. Ils s'en vont, dans les différentes instances, défendre vos travailleurs. Ceux-là qui sont échappés, souvent c'est dans les petites et moyennes entreprises qui n'ont pas trop... ou ceux-là qui ne sont pas contents. Puis, moi, j'en ai eu, des gens de vos syndicats qui ont dit: On a tout fait pour ces travailleurs-là, Mme Doyer. Je les appelle: On a tout fait. Mais, moi, je me ramasse dans mon bureau avec des dossiers ça d'épais. Mes collègues aussi, je suis sûre. Puis eux autres, c'est eux autres qui vont à la FATA, c'est eux autres qui viennent dans nos bureaux. C'est eux autres aussi souvent, c'est les travailleurs là où il n'y a pas de syndicat, là où il y a des petits syndicats de boutique ou, tu sais, qui ont peu de moyens pour défendre leurs travailleurs avec des bons avocats. On va se dire les vraies affaires.

Alors, qu'est-ce que vous nous suggéreriez? Puis, dans les équipes de spécialistes, est-ce que — je ne sais pas, j'essaie de trouver une solution — est-ce qu'il ne pourrait pas y avoir une équipe? Puis je le sais, que... Puis en même temps il n'y en a pas beaucoup, des spécialistes, ils sont peu. Souvent, c'est des gens qui ont fait leur vie en orthopédie, ou tout ça, comme professionnels, puis ils acceptent, un peu avant la retraite, ou pas loin de la retraite, ou à la retraite, de traiter des cas. Mais, moi, comme femme députée des régions, je ne veux pas qu'on prenne mes spécialistes des personnes qui n'en ont pas bien, bien, de services de spécialistes. Mais est-ce qu'il n'y aurait pas moyen d'avoir une équipe, une équipe formée, tu sais, parce qu'il faut qu'ils s'inscrivent, là, dans le terme — puis là je suis d'accord avec vous qu'il va falloir égaliser les salaires partout, là, au moins que ce soit intelligent de ce côté-là des choses — mais une équipe de spécialistes, x nombre de spécialistes qui, eux autres, sont comme au-dessus de toutes ces instances-là pour les cas litigieux, qui quand même ne sont pas si nombreux que ça?

C'est beaucoup de monde. Les gens, ils vont dire: Voyons, c'est une personne, 10 personnes, 20 personnes qui souffrent et qui se sentent injustement traitées. C'est déjà ça de trop. Mais, moi, je ne nous trouve pas si mauvais que ça. Je ne sais pas, il y en a qui peuvent nous dire qu'on n'est pas bon, mais, pour le nombre d'accidents de travail, je trouve qu'on s'est amélioré. Qu'est-ce que vous répondez à ça, M. Massé et messieurs?

M. Massé (Henri): Bien, vous n'avez pas une question, vous en avez plusieurs.

Mme Doyer: Bien, j'en ai plusieurs.

M. Massé (Henri): Moi, je dirais d'abord: Avant de penser réouvrir la loi, commençons donc par régler les problèmes qu'on peut régler puis rapidement.

La question des ressources, ce n'est pas compliqué, là, ça prend plus d'argent, puis on le sait, là. Bon. Puis il y a peut-être d'autres problèmes aussi au niveau de la ressource. Même en ayant plus d'argent, peut-être que, dans certaines spécialités, il va falloir mettre les bouchées doubles. Bon. Ça fait que ça, c'est un des premiers problèmes.

Le deuxième: on a parlé de la formation tantôt. À moins qu'on vienne nous contredire sur la formation, mais, quand on voit l'application du BEM dans la réalité, de la façon que certains médecins ou même plusieurs médecins se comportent avec les accidentés, c'est une question d'habitude, d'attitude, de formation. Ça aussi, moi, je pense, ça peut être repris puis rapidement puis dire: Bon, ce n'est pas la certitude médicale absolue, hors de tout doute, mais une certaine certitude médicale avec la chance au coureur puis au médecin traitant. Bon. Moi, je pense qu'on viendrait de régler. Puis encore une fois ce n'est pas une passe, ça, là, là... du monde pour contrôler le système, là, mais on arrête l'acharnement qu'on voit dans certains cas.

Après ça, si on veut réouvrir la loi parce que ce n'est pas assez clair — nous, on pense que c'est assez clair — mais, s'il faut le mettre, qu'il faut que ce soit la — comment vous appelez ça? — prépondérance aux travailleurs, pas de problème avec ça. Sur votre équipe, je ne sais pas. Est-ce que Jean est... Je sais qu'il y avait, à un moment donné, au niveau des cas d'amiantose, par exemple, il y avait eu un comité multidisciplinaire de créé. Peut-être que dans certains cas on pourrait revenir à ça puis voir qu'est-ce qui se passe. Et ça, ça a été un exemple.

D'ailleurs, quand le BEM a été créé, je me souviens des débats, le président de la FTQ du temps, c'était Clément Godbout, et souvent c'était cité en exemple, le groupe multidisciplinaire qu'il y avait eu sur l'amiantose et où les travailleurs ont eu satisfaction en bonne partie, puis assez rapidement, puis que ça n'a pas pris des procédures juridiques à n'en plus finir. C'est un peu de même qu'on le voyait.

M. Dussault (Jean): Bien, moi aussi, je vais répondre un peu aux différentes observations que vous avez faites.

Vous nous avez dit: Les gens que vous rencontrez dans votre comté souvent ne sont pas syndiqués, les gens qui sont membres d'organisations syndicales sont bien défendus. Nous, on constate des problèmes chez notre monde qui, comme vous le dites, on pense, sont bien représentés et on s'imagine fort bien ce qui se passe avec ceux qui ne sont pas représentés. Pour ce qui est de former un groupe, moi aussi, je suis un peu désolé de voir qu'autant d'énergie... On est dans une société où comme ça, juste pour se refiler des factures à des personnes différentes, il y a 11 000 personnes qui passent au BEM par année. Ça, ça veut dire qu'il y a 11 000 actes médicaux faits par des médecins spécialistes, la plupart des cas qui s'en vont en pure perte quant à moi. Mais, pour donner l'ouverture à ces 11 000 là, il y en a eu 11 000 autres. On parle de 22 000 actes médicaux, par année, de médecins spécialistes qui servent quant à nous à pas grand-chose. On conteste l'opinion du médecin traitant puis en même temps on nous dit que les médecins sont tous de compétence égale.

Donc, comme quelqu'un le disait ce matin, vous vous blessez chez vous, est-ce que quelqu'un va mettre en doute l'opinion de votre médecin traitant? Non. Est-ce que quelqu'un va l'appeler pour lui dire: Es-tu bien certain que c'est ça? Donc, est-ce qu'on a vraiment besoin d'un processus aussi lourd? Oui, il y a des cas où ça va prendre un processus tel, mais c'est sa généralisation parmi les accidentés du travail.

Vous avez aussi évoqué la question de la formation des médecins. Comme M. Massé vous le disait un peu plus tôt, on a commencé, à la FTQ, depuis peu de faire la tournée des facultés de médecine au Québec parce que la notion d'une interprétation large et libérale quand on travaille dans le cadre de la Loi sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, ça ne fait pas partie de la formation des médecins avant qu'ils arrivent sur le marché. Il y a plein d'autres notions juridiques qui ont trait à la Loi sur les accidents du travail, maladies professionnelles et à la Loi sur la santé et sécurité, qui ne font pas partie intégrante de leur formation. En fait, leur formation en santé et sécurité, ça varie d'une université à l'autre, mais, nous, on est tombés en bas de nos chaises quand on a su le peu de place qui est donné à ça.

Une voix: ...

Le Président (M. Jutras): Oui?

M. Goyette (Richard): Très brièvement pour la même question. On a aussi avec les années perdu la portée de la loi sur la notion de présomption pour le médecin ou prépondérance pour le médecin qui a charge. Ça, ça se perd avec le temps. Il y a plusieurs mécanismes qui ont été rajoutés de manière à ce que les... soient plus faciles. Il faut s'assurer aussi que l'outil médical ne devienne pas l'outil de contestation, hein: Je conteste, puis j'envoie ça, et là j'envoie ça, ça suit son cours.

● *(15 heures)* ●

Et je vais vous donner un exemple. La Fédération des médecins omnipraticiens depuis quelques années a des circulaires de formation qui circulent, avait même une cassette où on disait: Si une personne vient pour un problème de dos, de manière à ne pas alerter puis que la personne ait peur avec de grands diagnostics compliqués, inscrivez «lombalgie». Le problème, ça ne passe pas à la CSST, «lombalgie», et là on part tout le processus médical.

Alors, il faudrait se demander aussi, dans le nombre de dossiers en contestation qui vont s'acheminer vers le BEM, s'il n'y a pas des politiques médicales qui ne sont pas administrées de manière à servir une machine économique, et là on peut toucher un point fort important. Est-ce que le BEM ne devient pas non pas dans sa fonction de trouver la solution médicale, mais est-il — je ne dirai pas «corrompu» parce que ce n'est pas les gens qui sont corrompus... mais est-ce que, le système, lui, on ne s'en sert pas comme une machine de lutte économique parce que, s'il y a moins d'accidents, si on les conteste, etc., ça baisse la facture, et on dénature, on dénature le rôle qu'auraient les médecins d'éclairer?

Le Président (M. Jutras): Oui. Alors, je pense que, quand vous parlez de la formation en général auprès des médecins, pas juste ceux du BEM, mais auprès des médecins en général, c'est une bonne idée parce qu'on a eu des problèmes même au niveau des médecins traitants comme tels.

On a fait référence aux urgentologues qui voient le patient 10 minutes de temps, puis après ça le patient repart. Il y a un cas une fois d'une personne, elle a dit: Je n'ai même pas eu le temps de lui dire que c'était un accident de travail. Mais là vous voyez les conséquences par la suite, là, le litige commence. Elle n'a pas dit que c'était un accident de travail. Alors, je pense que ça s'applique dans tous les cas. Alors, merci, messieurs.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Jutras): ...continuons donc nos travaux. Alors, je souhaite la bienvenue aux représentants du Conseil du patronat du Québec à la Commission de l'économie et du travail. Alors, bienvenue. Vous connaissez les règles. Je les rappelle rapidement: 20 minutes pour la présentation de votre mémoire; après, un échange de 20 minutes avec les députés ministériels; par après, un échange de 20 minutes avec les députés de l'opposition.

Je demanderais au principal porte-parole de s'identifier, de présenter les personnes qui vous accompagnent et d'y aller avec votre mémoire.

Conseil du patronat du Québec (CPQ)

M. Borduas (Robert): ...je me présente, Robert Borduas, je suis vice-président au Conseil du patronat du Québec. Je suis accompagné, à ma droite, de Louis Sainte-Marie, qui est avocat ici, à Québec, chez Ogilvy Renault, et, à mon extrême droite, de Me Pascale Gauthier, qui est conseillère juridique en Santé et sécurité au Conseil du patronat du Québec.

Donc, le Conseil du patronat du Québec remercie la Commission de l'économie et du travail de lui donner la possibilité d'exprimer le point de vue du milieu des affaires sur le rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale et le document d'actualisation de ce rapport.

Depuis le 1er novembre 1992, la tâche de disposer de contestations relatives aux aspects médicaux d'un dossier n'est plus assignée à des arbitres, comme c'était le cas depuis 1985, mais plutôt aux membres du Bureau d'évaluation médicale. Ces derniers ont pour fonction de donner un avis lorsque les opinions divergent entre le médecin ayant charge du travailleur et le professionnel de la santé désigné par la CSST ou l'employeur sur l'un ou l'autre des sujets mentionnés à l'article 212 de la loi.

Le BEM est une instance indépendante de la CSST placée sous l'égide du ministère du Travail. La présence d'un mécanisme d'arbitrage médical comme le BEM est impérative à la bonne conduite des demandes d'indemnisation que reçoit la CSST à la suite de la survenance d'une lésion professionnelle. Si les circonstances le justifient, les employeurs et la CSST doivent être en mesure d'intervenir sur la durée et l'opportunité des indemnités que reçoit le travailleur des suites d'une lésion professionnelle. Il arrive parfois que le médecin ayant charge du travailleur et le professionnel de la santé désigné par la CSST ou l'employeur soient d'accord sur la conduite d'un dossier. Ce n'est pas toujours le cas, et, dans un tel contexte, le recours à une évaluation médicale externe et impartiale est d'une importance indiscutable.

Le rapport fait état des résultats obtenus à la suite de la mise en application de huit mesures visant à améliorer le fonctionnement du BEM. Dans la foulée de ces mesures administratives et du rapport d'évaluation du BEM daté du 2 avril 2001, du document d'actualisation faisant état des résultats obtenus, nous formulons à la présente commission quelques commentaire sur le résultat des mesures administratives mises de l'avant par le BEM. Nous abordons également certains points qui, selon nous, méritent d'être améliorés dans le processus d'évaluation médicale.

Les mesures administratives mises en place par le BEM. Comme nous l'avons mentionné précédemment, la direction du BEM a mis de l'avant ou a poursuivi, à la suite des audiences publiques ayant mené à l'adoption de la Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives, huit mesures administratives afin d'améliorer le fonctionnement du BEM. Ces mesures sont: répartir plus également les dossiers entre les membres du BEM; améliorer la grille d'évaluation des avis des membres; implanter un mécanisme de rétro-information pour les membres du BEM à la suite des décisions rendues par la CLP; poursuivre le programme de formation continue pour les membres afin d'améliorer la qualité de leurs avis; améliorer les rapports entre les médecins experts et les travailleurs accidentés; prévoir l'utilisation de centre médicaux spécialisés pour déterminer dans certains cas les déficits anatomophysiologiques sérieux et les limitations fonctionnelles; développer des indicateurs qualitatifs et quantitatifs significatifs concernant l'évaluation des membres du BEM et le bureau lui-même comme organisme et finalement définir des critères d'assignation des dossiers aux membres du BEM.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus par le BEM à la suite de la mise en oeuvre de ces mesures sont positifs. Ces dernières ont fait en sorte d'améliorer le fonctionnement de l'organisme. Certaines mesures administratives méritent toutefois des commentaires. Pour ce qui est de répartir plus également les dossiers entre les membres du BEM, de façon à éviter que les dossiers ne soient concentrés chez un petit nombre de professionnels de la santé, le BEM s'est donné comme objectif qu'un membre ne produise pas plus 405 avis annuellement. Nous sommes en accord avec cette mesure mise de l'avant par la direction du BEM de distribuer de façon équitable les dossiers entre les membres. Néanmoins, nous constatons, tant du rapport d'évaluation du BEM que du document d'actualisation, que cet objectif n'a pas été atteint. Pour la période se terminant le 31 décembre 2000, cinq membres ont produit plus de 405 avis, alors que ce nombre est passé à sept au 31 décembre 2004. En 2000, le rapport d'évaluation fait état que 82 % des avis ont été effectués par des orthopédistes, alors que 96 % touchaient les systèmes neurologique et musculosquelettique.

Plusieurs raisons sont avancées dans le rapport pour expliquer pourquoi le BEM a été incapable d'atteindre cet objectif: d'abord, une augmentation importante du nombre de demandes depuis 1999, malgré une certaine stabilité du nombre de membres inscrits sur la liste, au BEM, puis certaines contraintes propres au BEM qui n'existent pas ailleurs, notamment les cinq années d'expérience minimales que l'on exige du membre dans sa spécialité ou qu'on lui interdise de faire des expertises comme médecin désigné de la CSST ou pour le compte des employeurs ou des travailleurs, qui constituent des difficultés de recrutement pour la direction du BEM. Toutefois, une des raisons qui freinent le recrutement de nouveaux membres du BEM est nul doute la rémunération. En effet, le document d'actualisation fait état que les médecins qui procèdent à des expertises à la SAAQ ou pour le compte d'employeurs reçoivent en moyenne 600 $ par expertise, alors qu'au BEM on parle d'une rémunération de 350 $ par expertise. Ces médecins sont donc confrontés aux contraintes mentionnées précédemment en plus de se voir allouer une rémunération moindre que leurs confrères qui procèdent à des expertises pour d'autres parties ou d'autres organismes. Il n'est donc pas surprenant que le BEM éprouve de la difficulté à recruter de nouveaux membres.

● *(15 h 10)* ●

Comme on ne veut pas augmenter le délai de traitement des demandes, on doit nécessairement confier de nouveaux dossiers aux membres qui offrent plus de disponibilité, avec le résultat que, dans certaines spécialités, particulièrement l'orthopédie, certains membres ont surpassé l'objectif de 405 avis par année. Le BEM n'exerce aucun contrôle sur le nombre de demandes à traiter annuellement. De plus, les contraintes avec lesquelles les membres doivent composer, notamment la nécessité de demeurer impartiaux, sont nécessaires et confèrent de le rigueur et de la crédibilité à l'organisme. Cependant, il y aurait lieu de faire en sorte que la rémunération versée aux membres du BEM soit concurrentielle au regard des autres organismes. De ce fait, il serait plus facile pour la direction du BEM de recruter de nouveaux médecins, ce qui contribuerait sûrement à ce qu'aucun médecin ne dépasse l'objectif de 405 avis annuellement, tout en maintenant un délai de traitement acceptable.

Pour ce qui est d'améliorer les rapports entre les médecins experts et les travailleurs et les travailleuses accidentés, lors de la commission parlementaire chargée d'étudier le projet de loi n° 79, certaines critiques ont été dirigées à l'endroit du BEM, tels le manque d'éthique de certains membres, les examens médicaux trop courts ou encore douloureux. La direction du BEM, après avoir rappelé aux médecins les principes devant les guider, édictés dans le guide *Le médecin en tant qu'expert* publié, en janvier 1997, par le Collège des médecins, a élaboré un questionnaire afin de mieux connaître le degré de satisfaction des travailleurs et des travailleuses au regard du processus d'évaluation médicale au BEM. Les résultats du questionnaire démontrent que le taux de satisfaction envers les membres a été de 92 % sur le respect et l'attention envers les travailleurs, de 72 % pour la durée de l'examen, de 82 % pour la qualité de l'examen, de 92 % pour les douleurs reliées à l'examen et de 91 % pour des gestes disgracieux posés lors de l'évaluation.

Nous nous réjouissons de l'initiative démontrée par la direction du BEM quant à l'élaboration et la distribution d'un questionnaire visant à connaître le taux de satisfaction de la clientèle du BEM par rapport au processus d'évaluation médicale au BEM. Les taux de satisfaction constatés à la suite des réponses recueillies auprès de 1 006 travailleurs démontrent, d'une part, que les mécanismes mis en place répondent aux besoins de la clientèle et, d'autre part, le professionnalisme des membres du BEM.

La direction du BEM a mis en place une grille d'évaluation des avis et a procédé à l'analyse des décisions de la CLP. Sur le premier point, on note une amélioration constante depuis 1999. Le pourcentage d'avis insatisfaisants est passé de 27 % pour la période de 1999 à 2001 à 2 % à la fin de 2004, alors que, pour la même période, l'indice de conformité est passé de 68 % à 84,5 %. Quant à l'analyse des décisions de la CLP, la direction du BEM a l'intention de poursuivre ladite analyse et de continuer à remettre les décisions d'intérêt aux membres concernés ou à l'ensemble des membres. De plus, le BEM continuera à dispenser aux membres des séances de formation au rythme de deux par année, afin d'améliorer la qualité de leurs avis.

Somme toute, sur ces deux derniers volets, les mesures mises en place par la direction du BEM ont porté fruit et ont amélioré la qualité des avis des membres.

Sur le volet Développer des indicateurs qualitatifs et quantitatifs significatifs concernant l'évaluation des membres du BEM et le bureau lui-même, comme nous avons discuté précédemment de la grille d'évaluation et du mécanisme de rétro-information, notre commentaire portera sur les indicateurs de délai opérationnel. Nous constatons que la direction du BEM s'était fixé comme objectif de maintenir ce délai à 18 jours, alors qu'il oscille, à la fin de décembre 2004, autour de 31,5 jours. Plusieurs raisons ont été avancées pour expliquer cet état de fait, à savoir la difficulté de recruter des candidats; le nombre de demandes et d'avis produits qui a augmenté de façon importante, depuis 1999, alors que le nombre de membres est demeuré relativement stable; les contraintes avec lesquelles les membres doivent composer; et la rémunération.

Une autre raison dont on ne fait pas mention dans le rapport et qui influe sur le nombre de demandes et, par le fait même, sur le délai opérationnel est la discrétion donnée aux membres du BEM en vertu du deuxième alinéa de l'article 221 de la loi, discrétion qui n'est exercée que de façon sporadique. C'est ce qui nous amène à traiter d'une des améliorations qu'il faudrait apporter au fonctionnement du BEM.

En pratique, nous remarquons que ce pouvoir discrétionnaire est plus ou moins appliqué par les membres du BEM. En effet, nous sommes à même de constater, dans certains dossiers où le membre du BEM est appelé à se prononcer, par exemple sur la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion et sur la nature, nécessité, suffisance ou durée des soins ou traitements administrés ou prescrits, qu'il refuse, devant un examen clinique dans les limites de la normale, de se prononcer sur les sujets 4 et 5, à savoir l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique et les limitations fonctionnelles du travailleur. Il s'agit de situations où le membre du BEM a tout en main pour finaliser le dossier sur le plan médical. L'examen clinique du travailleur est tout à fait dans les limites de la normale, et le membre du BEM vient de statuer sur une date de consolidation de la lésion et sur le fait que le travailleur n'a plus besoin de soins ou de traitements en relation avec sa lésion professionnelle.

Ainsi, le fait que les membres du BEM n'exercent pratiquement pas la discrétion qui leur est conférée par l'article 221 de la loi quant à la possibilité de donner leur avis sur chacun des sujets mentionnés à l'article 212 de cette loi a pour effet de multiplier les demandes d'avis à être donnés par le BEM dans le cadre d'un même dossier. Le nombre de demandes à traiter annuellement par le BEM se trouve augmenté en conséquence, et la répartition de ces demandes entre les membres du BEM, plus difficile à effectuer. Évidemment, le refus d'exercer cette discrétion engendre des coûts supplémentaires à supporter. En effet, alors que, dans le cadre d'une seule et même expertise, le membre du BEM pourrait non seulement statuer sur la date de consolidation de la lésion, mais, le cas échéant, statuer également sur l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente et l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles, trop souvent, à la suite d'un avis du membre du BEM statuant sur la consolidation et l'absence de soins, le dossier doit de nouveau être référé au médecin ayant charge du travailleur. Le médecin qui a charge doit alors statuer sur l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles, ce qui donne lieu à une contestation ultérieure de la CSST par l'entremise de l'article 204 ou de l'employeur par l'entremise de l'article 212 et à une nouvelle référence au membre du Bureau d'évaluation médicale.

Le BEM devra donc se saisir à nouveau du dossier afin de statuer sur les sujets 4 et 5 de l'article 212, ce qu'il aurait été en droit de faire initialement, en exerçant le pouvoir discrétionnaire lui étant conféré par l'article 221. Au surplus, à la suite de la transmission d'un premier avis du BEM portant sur la date de consolidation de la lésion, un dossier peut perdurer pendant plusieurs mois, avant que la CSST n'obtienne du médecin qui a charge le rapport d'évaluation médicale en 12 points statuant sur les séquelles fonctionnelles. D'autres délais peuvent également s'ajouter tels que les délais de contestation de l'employeur et de la CSST, les délais reliés à la possibilité pour le médecin qui a charge de fournir à la CSST un rapport complémentaire à la suite de l'opinion du médecin désigné par l'employeur ou par la CSST ainsi que les délais engendrés par une nouvelle convocation devant le BEM et par l'émission d'un avis de sa part statuant sur l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles. Dans ce contexte, un dossier peut se retrouver six à huit mois plus tard, sans avoir évolué sur le plan médical, alors qu'il aurait pu faire l'objet d'un avis portant sur l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles par le membre du BEM ayant statué initialement sur la consolidation.

De plus, les délais que l'on vient de mentionner retardent indûment le processus de réadaptation prévu à la loi lorsque les limitations fonctionnelles sont ultérieurement émises par le membre du BEM, rendant le travailleur incapable de réintégrer son emploi régulier. De même, lorsque le membre du BEM statue ultérieurement à l'absence d'atteinte permanente et de limitations fonctionnelles, la capacité du travailleur est établie alors rétroactivement à la date de consolidation émise par le premier médecin du BEM plusieurs mois auparavant. Dans l'intervalle, le travailleur continue de recevoir des indemnités de remplacement de revenus. Bien que certains pourraient prétendre qu'en pareilles circonstances les indemnités qui ne peuvent être réclamées au travailleur selon les dispositions prévues à la loi ne seront pas imputées au dossier de l'employeur postérieurement à la date de consolidation retenue par le premier avis du BEM, il n'en demeure pas moins que ces sommes sont alors imputées au fonds général et deviennent donc à la charge de l'ensemble des employeurs.

Ainsi, dans de nombreux dossiers, l'absence d'exercice, par le membre du BEM, du pouvoir discrétionnaire

conféré à l'article 221 de la loi a prolongé indûment le suivi médical et administratif du dossier pendant lequel le travailleur continue à recevoir l'indemnité de remplacement de revenu, minant alors l'efficacité de la procédure d'évaluation médicale mise en place par les articles 199 et suivants de la loi. D'ailleurs, les principaux problèmes soulevés par le rapport d'évaluation du BEM et le document d'actualisation sont le nombre limité de membres du BEM dû à un problème de recrutement, l'augmentation substantielle du nombre de demandes et l'accroissement des délais de traitement des dossiers. Or, la problématique soulevée par le refus des médecins d'exercer leur discrétion explique en partie l'augmentation substantielle du nombre de demandes et par conséquent l'accroissement des délais.

Ce n'est pas d'hier que cette question de l'exercice de la discrétion du membre du BEM pose problème. En effet, le 3 décembre 1999, le Comité sur la sécurité des travailleurs au CCTM s'était réuni à la demande du sous-ministre adjoint des relations du travail pour lui permettre de faire un exposé sur la problématique. Au terme de cette rencontre, le sous-ministre adjoint a fait part de son intention de procéder à une réflexion sur l'utilisation du pouvoir discrétionnaire avec les membres du BEM. En février 2000, les membres du BEM, par consensus, ont produit le *Guide de réflexion sur l'utilisation du pouvoir discrétionnaire*. Certains éléments de ce guide méritent que nous nous y attardions, notamment en ce qui a trait aux principes généraux.

● *(15 h 20)* ●

De façon générale, les membres du BEM ont convenu que ce pouvoir devait s'exercer avec une très grande discrétion, lorsque le médecin qui a charge assure un suivi régulier du travailleur, qu'il démontre une cohérence et produit un rapport complémentaire pour étayer ses conclusions. Ce qui est intéressant, c'est que, d'une part, on vient qualifier la discrétion, alors que la loi est muette sur ce volet, et, d'autre part, son existence est modulée par des considérations ayant trait au suivi, exercé par le médecin ayant charge du travailleur, sur son patient. On aurait pu formuler également les mêmes commentaires au regard du sujet 5, soit les limitations fonctionnelles.

Tout cela pour souligner qu'il n'est pas surprenant qu'avec un tel guide le membre du BEM hésite à exercer sa discrétion. Le rôle du membre du BEM est d'émettre un avis médical relativement aux sujets mentionnés aux paragraphes 1 à 5 du premier alinéa de l'article 212 à la suite d'une lésion professionnelle subie par le travailleur. Sa discrétion doit être exercée en fonction de ce volet médical uniquement, et ce, sans considération extérieure.

Donc, en conclusion, le BEM est un élément du processus d'évaluation médicale qui est nécessaire. Au cours des dernières années, il a fait ses preuves tout en cherchant à améliorer ses services. Nous sommes conscients des efforts qui ont été déployés pour que les membres du BEM soient bien informés sur la nature de leur mandat et pour que leurs avis soient maintenus par la CLP. Nous devons souligner le travail accompli par la direction du BEM particulièrement en ce qui a trait au suivi des dossiers litigieux, à la prise en considération des décisions rendues par la CLP et la formation qui a été offerte aux membres du BEM.

Nous souhaitons cependant que le délai moyen de traitement revienne à ce que la direction s'était fixé comme objectif, soit aux environs de 18 jours. Pour y parvenir, nous croyons qu'en rendant la rémunération des membres du BEM plus concurrentielle par rapport aux autres organismes nous solliciterons une nouvelle candidature, et l'exercice, par les membres du BEM, de leur discrétion, comme le prévoit l'article 221 de la loi, aura inévitablement des répercussions sur le nombre de demandes et par conséquent sur les délais de traitement des dossiers. Merci, M. le Président.

Le Président (M. Jutras): Alors, merci, M. Borduas. M. le député de Groulx.

M. Descoteaux: Merci, M. le Président. Merci de votre présence, Me Borduas, Me Gauthier, Me Sainte-Marie. D'ailleurs, je me demandais, dans le cadre de nos travaux, si nous n'aurions pas dû inviter les membres du Barreau ou le Barreau à être présents, mais là, avec trois avocats, je pense que la question a reçu sa réponse tacitement.

J'aurais simplement deux questions à vous poser. Puis, je ne sais pas, vous étiez ici, pendant, je présume, pendant la présentation de la FTQ. Je veux qu'on discute un peu de l'avis de l'expert en question, de notre expert médical au niveau du BEM. Cet avis-là, on peut le regarder de deux façons. On peut le regarder de la façon dont la FTQ nous a présenté son mémoire, puis je vais vous citer l'arrêt de la Cour d'appel là-dedans, mais c'est des notions que nous connaissons tous, là, l'arrêt de la Canada Steamship Lines de la Cour d'appel où on dit qu'on doit donner à cette loi-là nécessairement une interprétation large et libérale, remédiatrice. Il y a l'autre façon de regarder la question, puisqu'on est dans un arbitrage de niveau médical, où, peut-être par déformation, l'expert du BEM va regarder la problématique sous un angle purement scientifique, un peu comme la FTQ nous le présentait, donc rechercher une solution ou une réponse hors de tout doute, dans ce sens qu'une fois le travailleur accidenté devant l'expert du BEM, à défaut d'avoir une preuve hors de tout doute que l'accidenté a bel et bien la lésion, l'expert prendrait une approche scientifique ou purement scientifique, hors de tout doute, à l'effet que ce qu'il ne voit pas n'existe pas.

J'aimerais vous entendre sur ça parce qu'il me semble que, peu importe la façon dont on procède, que ce soit par le biais de formations, que ce soit par le biais d'une présomption en faveur du travailleur... Parce que ce qui me fatigue un peu, ce qui m'inquiète, c'est qu'au niveau du BEM vous avez vous-même parlé des huit mesures entreprises qui ont donné certains résultats. Je pense à deux, entre autres, là: implanter un mécanisme de rétro-information pour les membres du BEM, et on sait que la CLP a rendu des décisions avec l'approche donc favorable aux travailleurs, avec une approche plutôt remédiatrice, et il semble que ça ne se rend pas jusqu'au niveau du BEM; l'autre volet, poursuivre des programmes de formation continue pour les membres afin d'améliorer la qualité de leur avis.

Donc, la qualité d'un avis, de l'avis de l'expert, selon moi doit nécessairement être un avis donné ou rendu conformément à la loi et dans le sens de la loi. Or, si nos experts du BEM ou certains d'entre eux prennent la

position qu'ils doivent rendre un avis hors de tout doute raisonnable ou purement scientifique à l'effet que la lésion est bien là, pas de préjugé favorable au travailleur et pas de doute favorable au travailleur, est-ce que vraiment on rencontre l'esprit de la loi? Et, malheureusement, il semble qu'après toutes ces années-là, après avoir mis en place ces mesures-là, le résultat n'est pas atteint ou en tout cas certains vont prétendre que le résultat n'est pas atteint.

Pourriez-vous me faire part de vos lumières à cet effet-là? Premièrement, est-ce que l'approche remédiatrice et non pas scientifique, hors de tout doute, est l'approche qu'on doit considérer? Et, deuxièmement, si le BEM ne peut pas rencontrer un tel critère, comment pourrait-on faire pour justement faire en sorte que, malgré les mesures qui sont là, les huit mesures, nos experts en question rencontrent l'esprit de la loi?

M. Borduas (Robert): Si vous le permettez, je vais demander à Me Sainte-Marie de répondre à ladite question.

Une voix: Oui.

M. Sainte-Marie (Louis): C'est toujours la même problématique. Il faut être capables de discerner les questions d'ordre strictement médical des questions d'ordre légal ou médicolégal.

Le Bureau d'évaluation médicale traite uniquement des questions d'ordre médical. D'ailleurs, on ne demande pas au Bureau d'évaluation médicale de se prononcer sur l'aspect relation. Cet aspect-là est traité par la CSST, la direction de la... administrative et ultérieurement, s'il y a contestation, la Commission des lésions professionnelles. Le membre du BEM va lier la CSST par rapport à des sujets qui sont strictement d'ordre médical. Donc, l'effet remédiateur de la loi, c'est par rapport au principe qu'on va chercher à indemniser un travailleur qui fait une réclamation. Donc, c'est l'aspect médicolégal de la loi qui doit être vu dans un cadre d'interprétation large et libéral des questions médicolégales. Ça fait que, quand on est au niveau du Bureau d'évaluation médicale, on ne traite que les questions d'ordre médical. Le membre du BEM ne rend pas de décision, le membre du BEM rend un avis sur différents sujets, par exemple le diagnostic. Du moment où le membre du BEM va rendre son avis sur un diagnostic, à partir de ce moment-là, la CSST, elle va trancher la question sur le plan médicolégal, dans un esprit qui est celui que la loi nous dicte, c'est-à-dire dans un esprit où on doit voir l'effet remédiateur de la loi avec une interprétation large et libérale.

Mais c'est bel et bien la CSST qui applique la loi, ce n'est pas le membre du BEM. Et je vous dirais que là-dessus, mon expérience de praticien, c'est que je pense que le BEM de façon générale respecte ce principe-là de traiter les questions d'ordre médical et de laisser le médico-administratif à la CSST et aux instances supérieures.

Donc, en réponse à votre question, nous ne croyons pas que c'est au membre du BEM d'assurer l'effet remédiateur de la loi parce que le membre du BEM n'est pas là pour indemniser le travailleur, il est là tout simplement pour trancher des questions litigieuses sur le plan médical, dans un contexte où, tant que ce n'est pas remis en cause par le médecin désigné par l'employeur ou le médecin désigné par la CSST, les décisions vont être prises en fonction des conclusions médicales du médecin traitant, et c'est uniquement lorsqu'il y a contestation que le BEM va rentrer en ligne de compte.

Puis, pour répondre à votre deuxième question, votre deuxième sous-question, je vous dirais que, dans la mesure où on s'assure que les gens qui vont statuer sur les dossiers sur le plan médical, donc les membres du Bureau d'évaluation médicale, le font en fonction d'une compétence qui leur est reconnue, que ce sont les spécialistes de la question, par exemple, si on a un dossier de lésions musculosquelettiques, on va avoir un orthopédiste avec une expérience pratique qui va être capable de statuer sur ces questions-là et que le tout se fait dans un cadre où on respecte le travailleur, que l'examen médical se fait de façon consciencieuse, qu'il y a une analyse de la preuve médicale au dossier des rapports antérieurs qui se fait également de façon consciencieuse, bien les règles d'équité, les règles de justice, dans le cadre du processus médical, vont être respectées.

Et là on ne parle jamais de certitude médicale, mais le médecin, le membre du BEM va statuer sur la base de ce qu'il a constaté de ses pairs au dossier et de ce qu'il a lui-même constaté dans le cadre de son examen médical. Mais, à partir de ce moment-là, ça enclenche le processus médicolégal, et c'est important à notre avis de distinguer ces deux éléments-là.

Le Président (M. Jutras): Oui, M. le député de Groulx.

M. Descoteaux: M. le Président, on ne se rejoint peut-être pas, mais c'est peut-être un problème de compréhension. Moi, je vous suis parfaitement au niveau du diagnostic, mais il ne faut pas oublier qu'on est dans le cadre d'un processus qui ressemble à l'arbitrage, passablement à l'arbitrage. En fait, c'est un processus d'arbitrage. ● *(15 h 30)* ●

Et, lorsqu'on a le médecin traitant qui établit le diagnostic a, donc une lésion, et qu'on a l'expert qui établit le diagnostic b, pas de lésion, on a un problème d'arbitrage à ce moment-là, et l'expert du BEM est appelé à trancher. Et il va trancher en vertu de quel principe? Il va nécessairement trancher en vertu de ce que, lui, constate, il va regarder le dossier et du médecin traitant et de l'expert, ou de l'employeur, ou peu importe et il va trancher de cette façon-là. Mais quelle base va-t-il utiliser dans le doute face au travailleur? Et c'est l'esprit scientifique, et ça va de soi. Moi, je le conçois tout à fait.

L'expert est en principe un scientifique. À cet effet-là, si on demandait à l'expert, que ce soit un orthopédiste ou quelle que soit la spécialité: Écoute, est-ce que tu devrais opérer cette personne-là, oui ou non? Il va évaluer, sur une base scientifique, est-ce qu'il y a une lésion ou est-ce qu'il n'y en a pas. Il va devoir le faire de façon scientifique, parce que le geste qu'il va poser va avoir des conséquences graves, alors que, lorsqu'on lui demande d'agir comme expert, il doit trancher entre deux thèses, si vous voulez. Et, à ce moment-là, il doit apporter selon moi — peut-être que je suis dans l'erreur; il doit apporter selon moi — aborder une approche différente et suivre les règles ou de la Cour d'appel ou de l'interprétation large et libérale de la loi de façon à avoir un effet remédiateur. Parce que son rôle ne sera pas de poser un

geste médical par la suite, son rôle va être de tout simplement envoyer le dossier pour une indemnité ou pas d'indemnité, selon ce qui pourrait être décidé par d'autres.

M. Sainte-Marie (Louis): ...il y a un aspect qui est important. Je vous suis dans vos propos. Dans le fond, ce qu'il faut bien comprendre, c'est que le membre du Bureau d'évaluation médicale, il va trancher, oui, entre deux opinions mais va lui-même se faire sa propre opinion dans le cadre d'un examen médical qu'il va faire du travailleur.

Ce n'est pas uniquement une opinion sur dossier qu'il va rendre comme s'il était uniquement un juge administratif qui statuait sur un dossier qui lui est fourni, il va tenir compte des investigations médicales antérieures, mais il va lui-même se faire une opinion. Et c'est souvent là qu'il va tirer ses conclusions, c'est par rapport aux constatations qu'il va lui-même faire à son examen médical. Il va y avoir des cas — puis là où je peux vous dire que les garanties à mon avis pour les travailleurs sont respectées; il va y avoir des cas — où, par exemple, le membre du BEM va procéder à un examen médical et va arriver lui aussi, comme le médecin désigné par l'employeur, à une conclusion à l'effet qu'il n'y a plus de lésion active au moment où lui le voit en examen médical. Et il pourrait tomber dans la facilité, en concluant que, partant du fait que, lui, conclut, au moment où il voit le travailleur six mois postévénement, qu'il n'y a plus de lésion active, qu'il n'y a jamais eu de lésion active.

Mais je vous dirais que la garantie qu'on a, c'est que, dans tous les rapports des membres du Bureau d'évaluation médicale, à ce moment-là, là ils vont se fier sur l'historique du dossier. Ils vont vérifier qu'il y a eu un suivi médical pendant des mois, qu'il y a eu des traitements de physiothérapie, qu'on a dans le fond eu des anti-inflammatoires qui ont été prescrits et d'autres médications, de sorte que, malgré que son examen soit tout à fait normal, il va quand même conclure à l'existence d'un diagnostic émis initialement par le médecin traitant dans un contexte où il a le pouvoir de le faire et qu'il ne se fiera pas uniquement, dans un cas comme celui-là, à son examen médical qui arrive beaucoup plus tard dans le processus.

À savoir si, quand il le fait, il devrait avoir un préjugé favorable au travailleur, je vous dirais qu'à notre avis ce serait dans le fond d'appliquer un principe qui revient au décideur par rapport à l'admissibilité de la lésion. Vous allez importer une règle juridique dans un jugement qui est médical, et à mon avis ce n'est peut-être pas la façon de concevoir le tout. Parce que ce n'est pas le BEM qui va trancher sur le droit aux indemnités, il va trancher sur des questions d'ordre médical. Mais, lorsque viendra le temps au décideur qu'est la CSST ou éventuellement la Commission des lésions professionnelles de trancher, il le fera selon ces principes-là d'interprétation que nous a enseignés, entre autres, la Cour d'appel du Québec.

M. Borduas (Robert): ...

Le Président (M. Jutras): Oui.

M. Borduas (Robert): Je voudrais peut-être juste rajouter. C'est parce que vous faisiez référence à l'arbitrage. En tant qu'arbitre, vous allez décider, vous allez rendre une décision, tandis que le membre du Bureau d'évaluation médicale, ce n'est pas lui qui rend la décision. Lui, il donne une opinion médicale. La CSST, suite à l'avis du BEM, va rendre une décision.

M. Descoteaux: Mais on parle nécessairement de l'opinion de notre expert, là. Je ne parle pas par la suite des résultats ou des conséquences de son opinion. Je ne veux pas aborder ce volet-là.

Mais où je décroche peut-être au niveau de votre argumentaire, c'est qu'on parle de notre expert, là, et son rôle est purement d'évaluer la condition ou l'état de santé du travailleur. Et, comme si à chaque fois qu'un membre du BEM, une fois que la travailleur a quitté, doit rendre son opinion, vous me donnez l'impression qu'à chaque fois notre expert a une certitude à 100 % de son diagnostic ou de son évaluation, et ça, ça me semble aller trop loin.

Et, s'il n'a pas 100 % de sûreté quant à son évaluation ou à son diagnostic, à ce moment-là, il faut retomber sur des règles juridiques, d'ordre juridique telle l'interprétation de la loi. Oui ou non?

M. Sainte-Marie (Louis): Écoutez, il faudrait poser la question au médecin, comment, dans son rôle d'évaluateur, il s'y prend pour en venir à la conclusion qu'il y a tel diagnostic qui doit être émis plutôt que tel autre.

Je ne suis pas médecin, je ne peux pas vous répondre là-dessus. Ce que je vous dis, par exemple, par rapport à tout ça, c'est qu'on ne peut pas imputer au médecin la responsabilité de se laisser guider par des règles qui sont des règles médicolégales et qui dans le fond sont les règles qui guident dans le fond l'organisme qui indemnise. Et il faut comprendre que, dans la loi, le législateur les a prévues, ces règles-là qui font en sorte que c'est une loi remédiatrice, par l'entremise notamment de présomption de lésions professionnelles, de présomption de maladie professionnelle, qui vont faciliter le fardeau de preuve du travailleur dans sa démonstration qu'il a subi une lésion professionnelle. Est-ce qu'il faudrait instituer une présomption comme quoi, si le médecin évaluateur au niveau du BEM en vient à la conclusion que de façon prépondérante, dans le fond, son examen ne permet pas de conclure à l'existence d'une lésion objectivable, mais il va donner le bénéfice du doute au travailleur? Je ne pense pas que ce soit une démarche scientifique valable. Mais la meilleure personne pour vous répondre, ce serait l'évaluateur lui-même. Mais, nous, on ne croit pas qu'on doit importer ces principes-là.

Et, pour ce que vous disait Me Borduas, ce n'est pas un... on a remplacé le rôle d'arbitre médical par dans le fond une instance qui est chapeautée par le ministère, qui est séparée de la CSST et qui nous donne des garanties qu'on a un expert qui va prendre connaissance du dossier, qui va l'analyser à fond, qui va faire un examen médical puis qui va nous rendre une opinion conforme peut-être pas sur des bases de certitude médicale dans tous les dossiers mais sur des éléments de prépondérance par rapport à son rôle d'évaluateur, et c'est ça qui nous semble important.

Le Président (M. Jutras): M. le député de Montmagny-L'Islet.

M. Morin (Montmagny-L'Islet): Merci, M. le Président. Vous nous avez parlé longuement de l'article 221 et ses conséquences. Qu'est-ce qui motive les membres du Bureau d'évaluation médicale de ne pas donner leurs avis sur chacun des sujets mentionnés à l'article 212, de 1 à 5?

M. Borduas (Robert): Bien, ça, c'est une très bonne question. C'est une très bonne question parce qu'ils ont le pouvoir dans la loi, la discrétion est là. Et, comme je vous disais tout à l'heure, on voit des dossiers, nous, où est-ce que l'examen clinique est tout à fait dans les limites de la normale, et le médecin du BEM a tout le pouvoir de se prononcer sur les points 4 et 5 et il ne se prononce pas. Donc, dans le fond, vous me demandez pourquoi il ne se prononce pas. Je ne le sais pas. Il devrait se prononcer.

M. Morin (Montmagny-L'Islet): Compte tenu que ça retarde le processus. Je ne comprends pas.

M. Borduas (Robert): Bien, ça retarde le processus parce que, regardez, disons, là...

M. Morin (Montmagny-L'Islet): Je comprends que ça retarde le processus, mais les membres du BEM, qu'ils le fassent comme ça, j'essaie de m'expliquer.

M. Borduas (Robert): Bien, moi, je vous dirais qu'à une époque, en 1998, 1999, ils se prononçaient, ils l'exerçaient beaucoup plus, leur discrétion, qu'ils l'exercent actuellement. Donc, demandez-moi pas pourquoi, sauf que, comme je vous ai dit, moi, au niveau du guide qui a été en somme préparé par les médecins, ce guide-là est tellement serré que le médecin, avant de se prononcer, il va y penser deux fois.

M. Sainte-Marie (Louis): Le texte de loi est correct. La discrétion, elle existe au niveau du texte de la loi. Le problème, c'est qu'il y a un consensus au niveau des membres du BEM pour ne pas l'exercer.

Et, comme dit Me Borduas, quelle est la source de ça? Bon. Il y a eu du lobbying à l'époque. Il y a eu des plaintes comme quoi le BEM se prononçait sur des questions qui revenaient aux médecins traitants malgré que la loi lui permettait en toute légalité de le faire. La conséquence, c'est — puis je peux vous dire, là, que j'en traite, des dossiers où on a souvent, dans le même dossier, deux, trois avis du BEM sur une période d'un an, un an et demi: premier avis qui va statuer, par exemple, sur le diagnostic. Par la suite, on va avoir une nouvelle contestation où le membre du BEM va se prononcer sur les sujets 2 et 3, la date de consolidation des soins ou traitements, et il en vient à la conclusion qu'il consolide la lésion au moment de son examen médical. À ce moment-là, puisqu'il consolide la lésion, et c'est le propre de nos propos, il pourrait du même coup statuer sur les séquelles fonctionnelles permanentes qui résultent de la lésion. Parce que le processus, il est en deux temps, hein? Dans un premier temps, il va y avoir une période de consolidation qui fait présumer une incapacité, puis la loi prévoit une présomption d'incapacité, et le travailleur va être indemnisé.

● *(15 h 40)* ●

Le jour où il y a consolidation, atteinte d'un plateau thérapeutique, il faut se poser la question: Est-ce que le travailleur a des séquelles qui résultent de sa lésion ou est-ce qu'il est dans une situation où il est capable de retourner immédiatement au travail? S'il n'y a pas de séquelle, à ce moment-là, il va y avoir un retour au travail immédiat, mais, s'il y a des séquelles, eh bien, là il va avoir tout un processus de réadaptation qui va être enclenché.

Le problème, c'est que le membre du BEM serait positionné pour se prononcer sur ces sujets-là au moment de la consolidation, et ce qui se passe, c'est qu'ils ne le font pas parce qu'ils n'exercent pas leur discrétion prévue à 221. La conséquence, c'est que le dossier est retourné à la CSST qui va courir après le médecin traitant. Et souvent le médecin traitant lui-même ne complétera pas le rapport d'évaluation médicale sur les séquelles parce que lui, c'est un généraliste, puis il a fait le suivi avec sa compétence de généraliste. Mais il dit: Moi, pour évaluer des séquelles, je vais le référer à un orthopédiste. Donc là, il a un rendez-vous qui va être pris avec un orthopédiste qui n'a pas suivi le dossier depuis le départ, qui va agir comme médecin traitant du travailleur à la place du médecin généraliste qui, jusqu'à ce moment-là, fait le suivi médical. Il y a un délai de trois, quatre... avant d'avoir un rendez-vous. Du moment où on a un rapport, l'employeur a un droit de contestation. La CSST, aussi. Et, suite à ça, il va y avoir une nouvelle convocation au BEM.

Donc, on est six, huit mois plus tard. Qu'est-ce qui se passe au niveau du dossier, pendant ce temps-là? Rien, c'est-à-dire que, sur le plan médical, il y a une consolidation, il n'y a plus de soins, il n'y a plus de traitement, et on est en attente. Sur le plan administratif, également on est en attente parce qu'on n'a pas de conclusion sur les limitations fonctionnelles qui permettraient d'enclencher le mécanisme de réadaptation si, en bout de ligne, le membre du BEM retient des limitations fonctionnelles. Qu'est-ce que ça amène comme problème? Pendant six à huit mois, la personne va être payée chez elle, elle va recevoir les indemnités. Au moins, la loi la protège, mais le dossier n'avance pas ni sur le plan médical ni sur le plan administratif, alors que les pouvoirs sont là pour le membre du BEM pour permettre de statuer immédiatement au niveau médical sur les séquelles. Et ce n'est pas uniquement un argument qui se veut propatronal. C'est sûr que, le six à huit mois où ça perdure, il y a des coûts qui vont être imputés au dossier de l'employeur. Si jamais il y a dans le fond un avis du membre du BEM ultérieurement qui dit qu'il n'y a pas de séquelle, l'employeur va pouvoir se faire désimputer des coûts du dossier après la consolidation, en disant: Bien, oui, il y a une consolidation, il n'y a pas de séquelle, je n'ai pas à ramasser les indemnités à mon dossier par la suite, sauf que c'est le fonds général qui va assumer, c'est le système qui assume les coûts quand même.

Et l'autre aspect, c'est que, si quelqu'un est en attente pour une réadaptation, tant qu'on n'a pas l'avis final sur les questions des limitations fonctionnelles, on n'est pas capable de réadapter le travailleur, on ne sait pas en fonction de quoi on devra le réadapter. Donc, de part et d'autre, on a un intérêt à ce que le processus se fasse avec moins d'interventions successives au niveau du BEM, dans la mesure où, après consolidation, le médecin

traitant peut conclure. Alors, on en parle beaucoup dans notre mémoire, mais c'est un des aspects. Puis, comme praticien, moi, je le vois de façon régulière, deux, trois... des délais d'un an, un an et demi, avant que le dossier aboutisse, alors qu'on aurait pu, en vertu de 221, intervenir bien avant.

Le Président (M. Jutras): M. le député de René-Lévesque.

M. Dufour: ...alors, Mme Gauthier, M. Sainte-Marie, M. Borduas, merci pour votre mémoire.

Si je tentais une réponse dans le dossier de ne pas utiliser le pouvoir discrétionnaire, c'est-u parce qu'on fait un 350 de plus puis que prochainement on va faire un 600 de plus? Bien non. Mais, tu sais, je regarde le dossier parce qu'à matin on disait qu'on engorge le système puis on a de la misère à avoir du monde qui est au BEM. Puis là bien on est en train de nous dire qu'on ne se sert pas de son pouvoir discrétionnaire, puis tu as du monde qui sont déjà au BEM, ou qui ont passé au BEM, puis là bien ils vont retourner vers un ortho parce que ça prend un autre. J'image, là. Et on revient dans le processus, parce qu'on a une autre demande de BEM.

Alors là, il y a un problème à quelque part, là, tu sais. Mais est-ce que ma réponse n'est pas trop folle?

M. Borduas (Robert): ...puis dans le fond on le mentionne très bien dans le mémoire, O.K., on mentionne qu'une augmentation du nombre de demandes, O.K., si on exerçait la discrétion, je ne peux pas vous la chiffrer parce que je n'ai pas de chiffre, O.K.? Bon. Disons qu'il y aurait 1 500 demandes ou 2 000 demandes de moins par année.

Bon. À ce moment-là, avec le nombre de médecins qu'on a, ça nous permettrait de faire une meilleure répartition. Puis, avec la question des honoraires, ça nous permettrait peut-être de recruter d'autres médecins. Puis, à ce moment-là, le 405 qu'on vous parlait tout à l'heure, il n'y en aurait peut-être pas qui seraient au-dessus de 405 parce qu'il y aurait moins de dossiers, il y aurait plus de médecins. Donc, c'est comme une roue, ça, là, là, c'est comme la quadrature du cercle.

M. Dufour: ...

M. Sainte-Marie (Louis): Bien, je peux peut-être mettre un bémol à votre supposition, si je peux me permettre. Ce n'est pas le même membre du BEM qui va ultérieurement se saisir du dossier.

C'est sûr que, s'il y a un processus qui est mis en place, éventuellement ça va revenir dans sa cour, puis, lui, aura à se prononcer sur les sujets 4 et 5. Mais ce qu'il y a de plus encore patent au niveau du système, c'est que, quand je voulais de trois évaluations successives dans un dossier, ça va être trois membres du BEM distincts, là. C'est trois orthopédistes qui vont intervenir dans le dossier pour le BEM, ce n'est pas le même qui va se saisir du dossier ultérieurement, là. Donc, ça alourdit davantage le système.

Et, comme dit Me Borduas, pour nous il y a une équation qui est facile par rapport à l'augmentation du nombre d'avis rendus annuellement et le fait qu'on n'exerce pas cette compétence-là qui nous est dévolue par la loi. Et, si on l'exerçait, on aurait un résultat automatique au niveau de la baisse de demandes. Puis, à ce moment-là, par rapport aux quotas qui sont fixés annuellement, il y aurait beaucoup plus de facilité à respecter les quotas en question.

M. Borduas (Robert): ...va ensemble. Le 405 va avec les quotas, va avec la rémunération, va avec tout ça, là.

M. Dufour: Oui, mais ça va entre collègues de travail aussi versus un retour du balancier, là, s'ils repassent deux fois, là. Tu sais, il faut s'entendre aussi, là.

Grosso modo, là, de toute façon on est capables de savoir, nous, là, comme commission, là, sur le fait que tu retournes deux fois devant le BEM, là. On va essayer d'aller décortiquer tout ça. Mais, à mon avis à moi, ce n'est pas des deuxièmes présences au BEM qui font en sorte qu'on est rendu à 11 000 cas, là, à mon avis, là. Parce qu'il y en a qui nous disaient ce matin... Et je regarde à la page 2 de votre mémoire, vous dites: «Il arrive parfois que le médecin ayant charge du travailleur et le professionnel de la santé désigné par la CSST ou l'employeur soient d'accord sur la conduite d'un dossier. Ce n'est pas toujours le cas, et, dans un tel contexte, le recours à une évaluation médicale externe et impartiale est d'une importance indiscutable.» C'est sûr qu'on est ici pour en discuter aujourd'hui, là, ce n'est pas pour rien qu'on est là. Il y en a qui nous disaient ce matin, justement par rapport à des mutuelles que les employeurs ont depuis 1997, 1998: Ça a accru le nombre de dossiers au BEM.

Et il y en a qui parlent d'enlever le pouvoir à l'employeur de contester ou d'envoyer ça au BEM. Qu'est-ce que vous pensez de ça?

M. Borduas (Robert): Bien, moi, sur le nombre de dossiers, il peut y avoir différents facteurs. Oui, il y a eu l'instauration des mutuelles de prévention en 1998. Oui, ça a été instauré. Il y a eu la phase II de la tarification. Le régime de santé et sécurité est beaucoup plus réactif depuis 1999 qu'il ne l'était depuis 1990. Bon. Sauf que, si on regarde le nombre de demandes au BEM, oui, ça a augmenté, mais il y a ce volet-là de la discrétion. Puis, comme je vous dis, je ne suis pas capable de vous mettre un chiffre là-dessus.

Oui, il y a eu une augmentation, mais est-ce que c'est une augmentation de 30 %, comme on voit là, due au phénomène mutuelles de prévention ou due au phénomène phase II de la tarification? Je ne suis pas capable de vous le dire, mais on sait une chose, c'est que ce pouvoir discrétionnaire là qui était exercé, en 1997-1998, par les membres du BEM est plus ou moins exercé aujourd'hui. Puis, si vous regardez les chiffres, là, même avant, là, on parle de 10 000, 11 000 demandes, dans les années quatre-vingt-quinze, quatre-vingt-seize, au niveau de l'arbitrage, là, entre autres.

M. Sainte-Marie (Louis): Si vous me permettez, c'est une conséquence également des modifications législatives qui ont eu lieu à la fin des années quatre-vingt-dix, c'est-à-dire qu'on a responsabilisé davantage l'employeur. Et les mutuelles en sont un bon exemple, c'est-à-dire que des employeurs se regroupent en mutuelle pour augmenter dans le fond leur incitatif à faire de la

prévention puis à gérer leurs dossiers. Parce qu'antérieurement on plafonnait nos coûts puis on le laissait aller, le dossier, donc il n'y en avait pas, de contestation au BEM, au niveau de la date de consolidation ou des limitations fonctionnelles. Vous aviez plafonné vos coûts. Le système le prenait en charge, et vous ne vous en occupiez plus.

Maintenant, on a des coûts pour les employeurs au rétrospectif, qui vont s'étaler sur quatre ans, avec des... s'il y a des coûts qui rebondissent dans le dossier, la troisième, quatrième année, qui montent en flèche. Donc, les employeurs ont un incitatif, en plus de la prévention, à contrôler les coûts du dossier. Puis une façon de les contrôler, c'est, si vous n'avez pas de possibilité de contester l'admissibilité comme c'est le cas dans bien des dossiers, vous allez du moins tenter de réduire les conséquences financières de votre dossier en essayant d'aller chercher une consolidation puis de permettre un retour au travail le plus rapidement possible.

Alors, c'est certain que ça va amener des contestations au niveau de la date de consolidation des limitations fonctionnelles pour ramener le travailleur au travail dans les délais les plus rapides, alors qu'antérieurement on laissait aller le dossier. C'est une conséquence du projet de loi n° 79, ça. Ça nous semble évident.

Mme Gauthier (Pascale): ...

Une voix: En page 4 de votre...

Le Président (M. Jutras): Je m'excuse, madame. Oui, allez-y.

Mme Gauthier (Pascale): Oui, oui. C'était juste pour rajouter qu'effectivement si les employeurs ont des incitatifs à gérer leurs dossiers, dans la mesure où ils font une demande de BEM et qu'un médecin du BEM exerce la discrétion, l'employeur n'en fera pas une deuxième ou une troisième. Alors, à ce moment-là, vous allez avoir une... très, très claire. C'était juste pour boucler la boucle sur cette question-là. Ça va de soi que ça va se régler comme ça.

● *(15 h 50)* ●

M. Dufour: Merci. En page 4 de votre mémoire, vous faites un peu la même évaluation de la question que j'avais posée au Bureau d'évaluation médicale quand ils sont venus faire leur rapport, si vous parlez du cinq ans d'expérience minimal pour faire partie du Bureau d'évaluation médicale. Alors, j'aimerais vous entendre là-dessus.

Et puis vous parlez aussi au deuxième paragraphe: «...une des raisons qui freinent le recrutement des nouveaux membres au BEM est nul doute la rémunération.» Vous parlez de 350 d'expertise pour le BEM, 600 au niveau de la SAAQ ou d'autres organismes. Alors, quelle est votre position là-dessus?

M. Borduas (Robert): Moi, je vous dirais, sur le cinq ans, c'est prévu effectivement dans la politique au CCTM. Je siège au CCTM, moi, sur le comité sur la sécurité des travailleurs, et ça fait partie d'une des conditions en somme à l'article 2 où on dit cinq ans. Bon. C'est un critère qu'on a mis là, puis le critère, c'est parce que — je n'étais pas là au départ, mais je présume — on a mis ça là parce qu'on voulait avoir des gens qui avaient une certaine expérience. Un peu comme dans un autre domaine, parce que je m'occupe aussi d'arbitrage de griefs, où, une personne qui veut devenir arbitre, bon, on va faire une demande d'inscription sur la liste... puis on va lui demander 10 ans d'expérience en relations de travail. On a mis un critère, là.

Moi, je regarde ça puis je me dis: Le rôle que ces gens-là doivent jouer comme membres du Bureau d'évaluation médicale, c'est de juger deux évaluations de leurs pairs qui, pour la plupart, c'est des pairs qui ont peut-être 10, 15, 20 ans d'expérience. Donc, pour moi, mettre un cinq ans là, je trouve ça correct de mettre ça là. O.K.

Puis, j'ajouterais, pour siéger, comme je vous disais, au comité, lorsque la direction du BEM a des candidats à nous soumettre au niveau du comité, parce que c'est le comité qui statue, bon, sur les nouvelles demandes en somme qui sont soumises par la direction du BEM, moi, depuis les trois dernières années, cette question-là du trois, cinq ans, ça n'a jamais été soulevé. Il n'y a pas eu de demande de faite à l'effet que: Regardez, on aurait un candidat qui pourrait être intéressant en ORL ou en orthopédie, mais il ne respecte pas le cinq ans, il a seulement trois ans. Donc, moi, je vous dirais, là-dessus ce n'est pas ça qui va faire en sorte qu'on va en somme faciliter le recrutement des médecins. Puis on a même une disposition dans cette politique-là, l'article 6, qui nous permet à certaines conditions de faire fi de 1, 2, 3, 4, 5 justement dans des cas où est-ce qu'on aurait un médecin qui serait prêt à faire des évaluations au BEM, qui a trois ou quatre ans d'expérience, donc il n'a pas le cinq ans requis. Puis, à ce moment-là, bon, tout dépendant des besoins dans des spécialités x, on pourrait lui dire: Bon, oui, on va faire une exception au principe de l'article 2.

Donc, pour moi, c'est: oui, c'est une contrainte parce que, d'une certaine façon, le médecin, il faut qu'il ait cinq ans. Mais je ne pense pas que ce soit ça qui va faire en sorte qu'on va avoir plus de médecins demain matin, parce qu'on dirait: Bien, à la place de mettre cinq ans, on va mettre trois ans ou quatre ans.

M. Sainte-Marie (Louis): Il faut que vous compreniez que — je regarde, nous, du côté patronal — souvent on va être à la recherche de nouveaux experts, nouveaux spécialistes. On va approcher de jeunes orthopédistes. Ils ne veulent pas prendre de dossiers d'expertise, ils veulent opérer. Si on avait la possibilité de recruter des gens en bas de cinq ans, la plupart qu'on essaie de recruter pour agir comme experts du côté patronal, dans nos dossiers, nous disent: Non, je ne suis pas à un niveau de ma pratique qui va m'amener à rendre des expertises; pour l'instant, je veux prendre de l'expérience, je veux prendre du métier. Et on a de la misère à recruter des gens en bas de 10 ans.

Donc, je vous dis: Si vous le baissez à trois ans, je n'ai pas l'impression, moi non plus, que ça va amener plus de candidats puis que ça va améliorer les choses, là.

M. Borduas (Robert): Je suis loin d'être sûr — peut-être bien pour terminer; je suis loin d'être sûr — que le médecin va être à l'aise d'évaluer ses pairs au BEM en ayant trois ans d'expérience.

Le Président (M. Jutras): Mme la députée de Matapédia.

Mme Doyer: Merci, M. le Président. C'est un peu dans la même foulée de ce que nous sommes en train de discuter. Et tantôt vous avez dit quelque chose qui m'a fait, oups, un petit peu réagir par en dedans. Vous avez dit: C'est la CSST qui applique la loi. Et, moi, à quelque part — puis que dans le fond vous aviez l'air de dire: Ce n'est pas au BEM à appliquer la loi, la CSST est là pour ça — et, moi, je me dis: L'esprit de la loi, il est là puis il doit être pensé et songé par les diverses instances, même si, le BEM, son rôle, c'est de donner dans le fond un diagnostic médical, en tout cas le meilleur possible.

Et tantôt la FTQ, étiez-vous là quand ils ont fait leur présentation?

M. Sainte-Marie (Louis): À la fin de la présentation, oui.

Mme Doyer: Et, dans leurs commentaires généraux puis justement compte tenu des recommandations qu'ils nous font, c'est-à-dire de viser l'augmentation du nombre de médecins puis une meilleure formation sur le contexte de la loi des accidentés du travail, maladies professionnelles et sur les conséquences de leurs avis, ils disent: «La formation des médecins du BEM ne semble pas tenir compte des conséquences professionnelles, sociales et financières d'un processus d'évaluation médicolégale pour les accidentés.» Et en citation: «Si ces mêmes médecins étaient conscientisés sur la situation souvent précaire des personnes qui se présentent devant eux, nul doute qu'ils agiraient d'une manière différente.»

Alors, est-ce que j'ai bien compris ou si à quelque part l'esprit de la loi, là, il doit être compris par les employeurs, par les travailleurs, parce qu'ils ont une responsabilité aussi de se protéger? Et, s'ils sont mis en situation de dangerosité, de les dénoncer avec leur syndicat ou même s'ils sont assujettis aux normes du travail, à mon idée, dans le fond, c'est notre responsabilité à tout le monde.

M. Sainte-Marie (Louis): ...au sens de la loi, en matière de prévention, on parle de la Loi sur la santé et sécurité au travail et des règlements en découlant.

Quand on aborde les questions en vertu de la Loi sur les accidents de travail, maladies professionnelles, on est en mode réparation. Et la loi nous dit effectivement... puis l'interprétation qu'on en fait et les présomptions qui y sont, présomptions d'incapacité, présomptions de lésions professionnelles qui y sont prévues, visent justement à indemniser dans la mesure où la personne remplit ces critères-là.

Au niveau du BEM, j'en reviens encore à la même chose, ce ne sont pas des questions médicolégales. Vous avez employé vous-même le terme, référant au mémoire de la FTQ. À mon avis, c'est là l'erreur. On considère que le Bureau d'évaluation médicale joue un rôle médicolégal; et, non, le Bureau d'évaluation médicale joue un rôle médical. Dans ce contexte-là, il va dans le fond statuer sur le dossier par rapport à des questions qui sont strictement d'ordre médical. Et, s'ils jugent du dossier comme un décideur va juger des questions médicolégales, là ce n'est pas son rôle, puis on vient de lui donner un rôle qu'on a justement, dans la structure, voulu lui épargner en en faisant un organisme qui est distinct de la CSST, qui est distinct du monde patronal, qui est distinct de monde syndical, qui est régi par le ministère du Travail, et qui est indépendant, et qui est là pour ramener aux décideurs et aux parties un éclairage d'ordre médical pour le traitement des questions médicolégales. C'est une nuance qu'il me semble important d'être effectuée.

Mme Doyer: Effectivement, ça demande clarification. Mais vous voyez que, vous, qui siégez aux mêmes instances, souvent vous ne vous comprenez pas nécessairement sur des choses aussi importantes que ça.

M. Sainte-Marie (Louis): Quand vous dites «vous», vous faites référence à qui?

Mme Doyer: Le patronat, les syndicats, etc. Alors, si vous commenciez par parler des mêmes affaires et comprendre les mêmes affaires, bien on avancerait peut-être un petit peu, nous, comme parlementaires.

M. Sainte-Marie (Louis): Mais je vous dirais que des occasions comme celle-ci, je pense que c'est une tribune qui peut effectivement permettre de clarifier les positions.

Mme Doyer: D'accord. Et on se comprend que le Bureau d'évaluation médicale est là pour donner un avis médical qui a une lourde incidence d'un point de vue légal...

M. Sainte-Marie (Louis): Ça, j'en conviens.

Mme Doyer: ...et pour les patrons et pour les travailleurs.

M. le Président, j'ai une autre question. Combien il me reste de temps?

Le Président (M. Jutras): Il vous reste cinq minutes.

Mme Doyer: J'ai le temps. Alors, messieurs et madame, on a parlé, depuis le matin, des mutuelles de prévention, puis là les mutuelles, bon, on nous disait qu'elles ont pris l'habitude de contester même s'il n'y a pas matière pour le faire.

Moi et même quelques collègues, on a dit: C'est quoi, là, ces nouvelles bibites là? Ça fait depuis combien de temps? Les mutuelles de prévention, d'abord c'est dans un secteur donné. Et on parlait aussi des coûts, que des fois ça créait un inconfort parmi certains employeurs qui font partie d'une même mutuelle et qui vont avoir des coûts qui vont leur être imputés par secteurs.

J'aimerais ça que vous nous parliez davantage de ça et de c'est quoi, les implications. Et on nous a dit que des fois il n'y aurait pas lieu d'aller contester, mais qu'avec les mutuelles ils avaient comme une tendance à le faire de plus en plus. Qu'est-ce que vous avez à nous dire de ça?

M. Borduas (Robert): Bien, écoutez, une mutuelle de prévention, ce que je peux vous dire, c'est que ça a été instauré en 1998. Et c'est quoi, une mutuelle de prévention? C'est qu'en somme c'est un regroupement d'employeurs, des employeurs qui sont regroupés au sein d'une mutuelle, O.K.?

Parce que les mutuelles de prévention — puis je ne veux pas rentrer, là, au niveau de la tarification de la

CSST parce que c'est quand même relativement complexe; les mutuelles de prévention — c'est au taux personnalisé. Donc, c'est des petits employeurs qui se regroupent pour accéder au taux personnalisé qui leur permet qu'on tienne compte plus de leur personnalisation qu'un employeur qui est au taux de l'unité, qui, lui, va payer une taxe. Bon. C'est ça grosso modo. Il y en a, je vous dirais, peut-être 150, mutuelles. Il y a peut-être 22 000, 23 000 employeurs qui sont regroupés en mutuelle.

● *(16 heures)* ●

Mme Doyer: D'accord. Alors, à l'intérieur d'une même mutuelle, si on a des entreprises qui prennent des gestes et des mesures intéressants et préventifs et qu'ils ont un bon comportement, employeurs et travailleurs — je responsabilise les deux, mais c'est surtout les employeurs qui paient, en tout cas ce que je comprends — est-ce que c'est vrai qu'ils peuvent être pénalisés?

Et est-ce que c'est vrai qu'il va y avoir une tendance à aller vers des contestations, même s'il n'y aurait pas matière à le faire, et pour quelle raison?

M. Borduas (Robert): Ils en prennent tous, Mme la députée, des mesures, parce que le but des mutuelles de prévention, c'est de faire de la prévention. Donc, tous ceux qui adhèrent à des mutuelles de prévention, c'est ça, l'optique des mutuelles de prévention.

Mme Doyer: Et pour les entreprises qui n'adhèrent pas dans un même secteur, ils continuent de payer?

M. Sainte-Marie (Louis): Là où vous pouvez avoir un problème, c'est qu'à l'intérieur d'une même mutuelle les employeurs qui sont moins performants, qui gèrent moins bien leur prévention en matière de santé et sécurité et qu'il en découle des lésions professionnelles à coût élevé pour l'ensemble de la mutuelle — parce que ça fait partie d'un tout; si votre voisin, dans la mutuelle, ne performe pas, c'est le groupe qui va performer moins bien — bien, à ce moment-là, oui, il va y avoir des répercussions, dans la gestion de ces dossiers-là, sur les autres employeurs qui font partie de la mutuelle.

Donc, il va y avoir, à l'intérieur de la mutuelle puis de la gestion de la mutuelle, une incitation très forte à ce que tout le monde performe parce que la bonne performance de tout le monde a un bon effet pour tout le monde, et la mauvaise performance va amener une hausse de cotisations pour tout le monde. C'est ça, le principe.

Mme Doyer: ...que, là, on le comprend bien, que plus ils font de la prévention, plus ils vont avoir tendance à réduire le nombre d'accidents et à diminuer leurs tarifs, là.

M. Sainte-Marie (Louis): Mais comme tous les employeurs, qu'ils soient hors mutuelle ou dans une mutuelle, puisqu'ils sont davantage personnalisés et que leur performance en matière de santé, sécurité au travail va avoir une incidence directe par rapport aux cotisations qu'ils vont verser à la CSST, bien ils ont intérêt à amener les questions médicales qui doivent être amenées au niveau du Bureau d'évaluation médicale pour circonscrire un dossier qui pourrait dégénérer, parce que, s'ils le laissent dégénérer, ça a une influence tant sur leurs dossiers que sur le dossier de la mutuelle.

M. Borduas (Robert): Peut-être pour terminer là-dessus. Quand vous parliez de «par secteurs», c'est que, oui, il y a des mutuelles par secteurs, mais il y a des mutuelles hors secteur, là. Il peut y avoir des employeurs du secteur du meuble avec un employeur du secteur manufacturier.

Le Président (M. Jutras): Mais est-ce qu'on a raison quand on dit qu'il y a un détournement des objectifs en ce sens que ce n'est plus de la prévention qui se fait, et finalement, pour amener une réduction des coûts, c'est plus de la contestation qu'on va faire?

M. Borduas (Robert): Non, je ne suis pas d'accord avec ça.

Le Président (M. Jutras): Non?

M. Sainte-Marie (Louis): Je ne vois pas comment le fait de contester va amener une réduction des coûts. On vous disait, du côté de la FTQ, ce que j'ai entendu à la fin de leur présentation, c'est qu'on conciliait les dossiers à la CLP, puis qu'on demandait, dans la conciliation, d'être désimputés des coûts. Je m'excuse, ça ne fonctionne pas comme ça.

Quand on a une conciliation, dans un dossier d'admissibilité, entre un travailleur puis un employeur, ce n'est pas les parties qui vont décider qu'il y a une désimputation des coûts au dossier, il faut qu'on ait un règlement avec la CSST. Puis je peux vous dire que là-dessus la CSST, ils ont les cordons de la bourse serrés, puis, avant qu'ils accordent une désimputation, il faut qu'on rentre dans des critères de désimputation qui sont prévus aux articles 326 et suivants de la loi.

Donc, ce n'est pas vrai qu'on fait une équation, que conciliation égale règlement financier à l'avantage de l'employeur. Ce n'est pas comme ça que ça fonctionne.

Le Président (M. Jutras): Alors, c'est le temps dont on disposait. Merci, messieurs, madame, pour votre présentation. Et on va suspendre nos travaux. On va reprendre à 16 h 15.

(Suspension de la séance à 16 h 4)

(Reprise à 16 h 18)

Le Président (M. Jutras): ...nos travaux. Et nous recevons maintenant la Confédération des syndicats nationaux. Alors, bienvenue à la Commission de l'économie et du travail.

Je vous rappelle les règles: vous avez 20 minutes pour la présentation de votre mémoire; par la suite, il y aura un échange de 20 minutes avec les députés ministériels et par après un échange de 20 minutes avec les députés de l'opposition.

Alors, M. Valois, est-ce que vous êtes le principal porte-parole?

M. Valois (Roger): ...

Le Président (M. Jutras): Oui? Alors, si vous voulez nous présenter les personnes qui vous accompagnent et y aller avec la présentation de votre mémoire.

Confédération des syndicats nationaux (CSN)

M. Valois (Roger): Merci, M. le Président. D'abord, ceux qui m'accompagnent: il y a Robert Guimond, qui est conseiller syndical en santé et sécurité à la CSN, depuis 22 ans; et aussi Yves Sicotte, qui est responsable du Service de défense des accidentés et malades du travail.

Donc, la santé et sécurité, à la CSN, c'est un dossier de première importance. On forme, bon an, mal an, des milliers de militants pour s'occuper de prévention parce qu'on trouve que la CSST ne s'en occupe pas abondamment ou suffisamment. Un exemple que je donne tout le temps depuis que je siège au C.A. de la CSST: il y a plus de gardes-chasse et de gardes-pêche, au Québec, qui s'occupent des orignaux, puis des chevreuils, puis du poison qu'il y a des inspecteurs pour surveiller nos milieux de travail.

Les ressources que nous allouons à la défense des travailleuses et travailleurs accidentés sont considérables. Nous traitons, à la CSN, 4 000 dossiers par année, bon an, mal an, 4 000 dossiers. Notre première préoccupation, c'est de diminuer le nombre de procédures, diminuer le nombre d'examens et d'expertises auxquels doivent se soumettre les travailleuses et les travailleurs accidentés ou malades du travail — 12 000 cas soumis au BEM, par année; 50 examens par jour ouvrable.

● *(16 h 20)* ●

Ces examens font suite à autant d'expertises CSST ou d'employeurs. Là aussi, plus de 50 expertises par jour ouvrable... ressources médicales, à tout cela en période de pénurie de ressources, c'est inacceptable. Il me semble que, dans ce pays-là, avec la pénurie de spécialistes puis de médecins, il y a d'autre chose à faire que d'écoeurer les accidentés du travail. Le stress aussi imposé à des gens qui ont déjà subi un accident ou une maladie, c'est inacceptable quant à nous. Les employeurs ont fait la preuve qu'ils utilisent ces mécanismes, d'abord et avant tout, pour des raisons financières. La santé des gens passe derrière. Nous, on dit que ça doit cesser, cela doit changer.

Nous n'avons pas besoin d'une institution comme le BEM. Celui-ci doit être aboli. Notre proposition est simple: pour l'essentiel, l'avis du médecin traitant doit d'abord avoir préséance. Si la CSST et seulement la CSST veut un avis complémentaire, le médecin traitant devrait choisir un spécialiste qui donnera cet avis. Par la suite, s'il y a lieu, la CLP et ce qu'on connaît au niveau de la procédure habituelle. Il est temps qu'on mette fin aux procédures où les expertises se multiplient. Il faut aussi mettre la santé des travailleuses et des travailleurs au premier rang. Nous proposons encore et toujours que les équipes multidisciplinaires soient mises sur pied dans le secteur public pour axer l'intervention médicale sur le retour au travail, pour contrer aussi la chronicité.

Pour ce qui est de toute l'interprétation de tous les mécanismes que nous avons à critiquer sur le BEM et son fonctionnement, je vais laisser mes collègues y aller plus en détail là-dessus. Ce qu'on peut dire aussi d'entrée de jeu, c'est que les médecins du Québec, les spécialistes du Québec, quand ils soignent les accidentés et malades du travail, ils ne deviennent pas séniles et incompétents. Ils sont compétents dans toutes les sphères d'activité. Que vous soyez un accidenté d'automobile, que vous vous fassiez mal chez vous, que vous soyez malade au domicile ou ailleurs dans la société, ces médecins-là sont compétents. Aussitôt qu'il y a un accident de travail, ils deviennent contestables, ils deviennent du monde qu'on peut contester les diagnostics. Ils ne deviennent pas compétents puis ils ne deviennent pas sans crédibilité.

Donc, nous, on dit que ces médecins-là qui soignent le monde dans d'autres secteurs d'activité devraient avoir la même crédibilité quand on est accidenté et malade du travail.

Je vais laisser Me Guimond y aller avec des explications au niveau du BEM et des compléments, s'il y a lieu, par Yves Sicotte.

M. Guimond (Robert): Bien, ce que je veux vous pointer, quelques éléments — c'est sûr qu'on ne lira pas tout le mémoire, là; quelques éléments: on est trop tard, on est trop tard. La FTQ disait: On va voir ça plus tard, l'abolition du BEM. Pour nous, c'est dépassé, le BEM.

Si on met en perspective l'intervention du médecin traitant avec le soutien des spécialistes, avec des équipes multidisciplinaires pour les cas chroniques de longue durée, parce que c'est ça qui coûte cher au système — ce sont nos cas de longue durée, incapacités de longue durée — nous sommes trop tard, puisque déjà, en 1994 — on n'est pas farfelus, à la CSN — le rapport Durand, un comité spécifique de la CSST, avec des gens crédibles, proposait d'alléger le mécanisme, d'abolir le BEM et — j'insiste et c'est notre prétention — de valoriser l'opinion et les conclusions du médecin traitant. Première remarque.

Deuxième remarque. Les organisations syndicales ont été dans le même sens, et ça, je vous réfère à notre mémoire — vous l'avez lu — à la page 13, mais je veux juste vous le souligner. Les quatre organisations syndicales, à la page 13, en 1995, qui représentent la grande majorité des travailleuses et des travailleurs syndiqués au Québec demandaient au président de la CSST, et à la CSST par conséquent, d'avoir une nouvelle approche, de financer des équipes multidisciplinaires, d'aller en soutien aux médecins traitants avec des ergonomes, avec des ergothérapeutes, d'aller sur le lieu de travail: Est-ce qu'il y a moyen d'aménager le poste de travail? Y a-tu moyen de faire une réorganisation du travail, d'aller dans ce sens-là? Ça, c'était en 1995, et rien n'a changé à date. Comme on dit dans notre mémoire, le BEM court toujours.

Troisième remarque. Le système, tel qu'il est, est un système basé sur la confrontation médicale. Et je vais élaborer plus tard sur différents points, là-dessus. Et il faut se battre, quand on représente les accidentés, avec des expertises médicales. Quand vous passez — c'est mon expérience... à débattre d'un diagnostic comme le suivant: Est-ce qu'un travailleur qui a levé un poids de 25 lb, a-t-il une entorse lombaire? A-t-il une hernie discale, que j'appelle, franche ou a-t-il une fissure de l'intérieur de l'anneau fibreux?, quand vous passez trois jours avec mon spécialiste à côté de moi, physiatre, qui m'accompagne tout le temps — parce que l'employeur a ses spécialistes, son orthopédiste, et l'orthopédiste, lui, c'est de la plomberie, hein, spécialisé en plomberie, c'est de la mécanique — alors, s'il n'y a pas atteinte à la racine d'une vertèbre, le nerf, c'est comme: La hernie n'existait pas. Pourtant, notre gars, il souffre.

Alors, trois jours, mon spécialiste, toute la journée; côté patronal, la même affaire, le médecin du Service de

la santé de l'employeur était présent. Imaginez les coûts, à 1 500 $ de la demi-journée, les coûts et puis le siphonnage, ce que j'appelle le siphonnage d'expertise qu'on met non pas à traiter notre monde, mais à débattre, savoir s'il a une hernie, une fissure ou une entorse. L'impact de la détermination du diagnostic est fondamental pour mon travailleur parce que, si j'ai une simple entorse, c'est une atteinte aux tissus mous. Si j'ai une hernie discale, c'est une atteinte à ma structure, à mes os. Ça peut amener des opérations éventuellement, ça peut amener de la souffrance, ça peut amener que jamais je ne pourrai être guéri. C'est fondamental.

Donc, on le voit — on a fait des exemples dans notre mémoire — le fait de prendre des ressources. Et il y a même des employeurs, je vous le dis, je vous le dis — puis ça, ça irrite les médecins traitants d'une façon incroyable — ils convoquent les médecins traitants en audition. Il y en a qui se spécialisent là-dedans, des avocats patronaux. Alors, c'est un siphonnage de ressources, et puis ça donne une insécurité incroyable pour nos gens. Alors, c'était ma troisième remarque.

Ma quatrième remarque, c'est sur la judiciarisation. On en a parlé, mais je veux juste vous souligner à quoi sert le BEM exactement, pour mettre les chiffres sur la table, pour mettre les chiffres sur la table. Alors, il faut pousser là-dessus. Pour notre actuelle présentation, nous avons, à la CSN, vu qu'on a les dossiers — on en a en masse, là, on a pris indistinctement — indistinctement on a pris nos dossiers un après l'autre puis on a tiré les avis du BEM dans chacun des dossiers. On n'a pas fait de déviation, on a pris ça tel quel. Et nous avons voulu avoir le portrait exact, et ceci, pour répondre à une de vos questions. La présente commission a posé la question — je ne sais pas quel député, je m'excuse — mais la question était là: Ça favorise qui finalement, hein?

Une voix: ...

M. Guimond (Robert): C'est vous? O.K.

M. Dufour: ...

M. Guimond (Robert): J'ai...

Une voix: ...

M. Guimond (Robert): C'est tout le temps lui qui pose les bonnes questions.

● *(16 h 30)* ●

Nous avons tenté de répondre un peu à cette question-là. On sait qu'il y a 1 000 avis du BEM qui sont contestés à la Commission des lésions professionnelles, bon, toutes réserves sur l'extrapolation qu'on peut faire de ces chiffres, mais c'est intéressant.

On en a pris 131. Total: 131, indifféremment, peu importe. Là-dedans, il y en a 107 qui parlaient de la consolidation. Et nous avons voulu savoir exactement: Le membre du BEM, il se situe où? Le membre du BEM qui sait, à son examen, que le médecin traitant a continué ses traitements, que la lésion a évolué entre-temps, à son examen, il recule la date de consolidation au médecin de l'employeur, ce qui a un impact, parce que ce n'est pas vrai que le BEM est juste médical. Je reviendrai là-dessus. Puis ça a un impact sur la facture directe de l'employeur en termes de paiement de l'indemnité de remplacement de revenus. Donc, consolidation à la date de l'employeur: 39 % ou 36 % des avis rétroagissent; 7 % parce que la CSST, il faut le dire, elle n'intervient maintenant rarement sur la date de consolidation mais intervient surtout sur l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles — 7 %. Donc, si on additionne les deux, les membres du BEM se collent, excusez-moi l'expression, se collent à l'employeur, à la CSST dans 43 % des cas. Et, 31 %, c'est à la date de son examen.

Ce qui veut dire, si on prend par rapport au médecin traitant maintenant, comment le membre du BEM se démarque, prend une distance par rapport au médecin traitant, ça veut dire qu'il ne suit pas le médecin traitant, c'est dans 74 % des cas, 74 % des cas. Il suit, il endosse le médecin traitant directement dans 4 % des cas et, dans 22 % des cas, il dit: Date non consolidée. Ce qui veut dire en pratique qu'il endosse... une fois, vu que ce n'est pas consolidé, il endosse le médecin traitant.

Donc, nous avons le rapport suivant, d'où l'intérêt d'aller devant BEM: 74 % favorisent la rupture ou la fin du versement de l'indemnité de remplacement de revenus, ce qui est tragique pour notre membre, et aussi la fin des traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie parce que la CSST va refuser de les payer. Et ce que je veux vous dire, souligner l'impact, nous avons, dans nos syndicats, même s'ils sont syndiqués, beaucoup de gens à temps partiel et des gens à temps partiel qui ne sont pas couverts par l'assurance collective. Nous avons des gens à temps partiel qui ne sont pas admissibles à l'assurance chômage, ce qui veut dire que, la coupure rapide, parce que c'est ça qui est visé, on pourrait dire: Coupure du versement de l'indemnité de remplacement de revenus rapidement. Alors, un tel impact, c'est: pas de revenus pour notre membre, donc judiciarisation.

Deuxième élément, parce que le Conseil du patronat l'a souligné — je vais revenir un peu, si j'ai un peu de temps, là-dessus: dans tous les 131 avis, là, la question, là, du pouvoir discrétionnaire du BEM, là, eh bien, il y a seulement 12 % des avis qui concernent les limitations fonctionnelles et l'atteinte permanente. Donc 12 %, c'est un sur 10. Tout le reste, c'est sur les soins, les traitements, les diagnostics et la date de guérison. C'est ça qui est tout le temps l'essentiel de ce qui est mis en question.

Autre élément. Évidemment, le nombre d'expertises, on l'a souligné, je ne reviens pas là-dessus. Une des choses que je veux attirer l'attention pour les gens du BEM, les responsables du BEM, sur les politiques. Et il ne semble pas qu'il y ait de politique. On le souligne dans notre mémoire, mais je vais le dire de cette façon-ci: Sur la suggestion de traitement faite par les membres du BEM, contrairement au plan de soins et au plan de traitements du médecin traitant, dans plusieurs avis, on voit une recommandation de traitement que j'appelle invasif. Cette personne devrait avoir une acromioplastie, autrement dit, une chirurgie à l'épaule. De quel droit un membre du BEM peut-il recommander une acromioplastie sans avoir tous les éléments du dossiers médical, sans connaître la réalité de la personne? Comment peut-il faire ça? Une myélographie? C'est tous des traitements d'orthopédie. Il n'y a pas juste l'orthopédie qui soigne au Québec, il y a les rhumatologues, il y a la physiatrie, la neurologie. Alors, de quel droit peut-il s'impliquer dans la recommandation de traitement invasif?

Autre élément, et je porte attention là-dessus, on le mentionne avec plusieurs exemples dans notre mémoire, ça vient directement dans tous les avis qu'on a soulignés: les antécédents. Les antécédents. On dirait que pour le BEM les responsables... Je n'accuse pas les responsables, mais je ne sais pas quelle est la politique lorsqu'on voit, dans deux avis différents: «Son père avait le cancer osseux, sa mère est morte de cardiopathie, et son frère avait le sida.» Avis du BEM. Deuxième avis. Il reste quoi? Deux minutes?

Le Président (M. Jutras): ...ça passe vite, hein?

M. Guimond (Robert): Ça va vite. O.K.

M. Valois (Roger): ...des questions.

M. Guimond (Robert): Mais de voir que quelqu'un a le sida, là, le BEM, il peut-u réfléchir, là, que l'avis, il peut aller sur la place publique, si on va devant la CLP, que, là, l'employeur va le savoir, que la direction, les ressources humaines vont le savoir, que le syndicat va le savoir, que les camarades de travail vont le savoir? On peut-u faire attention à la confidentialité? Message.

Je termine ma dernière minute sur...

Une voix: ...

M. Guimond (Robert): ...très préoccupation, parce qu'on en a débattu avec la FTQ, dans sa présentation à vous, puis vous avez posé des questions aussi au niveau du Conseil du patronat. À la page 21 de notre mémoire, très préoccupation — attendez; 21, 24, peut-être...

Une voix: ...

M. Guimond (Robert): ...24, attendez une minute — oui, c'est ça, 21, en bas, sur les critères scientifiques. Dans la politique du BEM, ils disent qu'on ne juge pas en fonction de la preuve qui est devant nous mais en fonction de critères scientifiques.

Je vous donne un exemple pour écourter mon temps, seulement la durée de consolidation. Ça veut dire quoi, ça, un critère scientifique, là? Ça veut dire qu'une personne qui est plus faible va prendre plus de temps à guérir. Un critère scientifique, c'est fait sur des moyennes. Une entorse lombaire, ça prend six semaines, ou deux mois, ou un mois. Il y a tout des critères à travers le monde. Ça, ça veut dire que le BEM, il prend son critère. Même si la personne est souffrante puis est traitée, etc., il prend son critère, il l'impose: Voici, peu importe la réalité spéciale de la personne. Alors, quand on parle d'une loi libérale puis ouverte à la question du bénéficiaire, on doit tenir compte de l'ensemble de la personne telle qu'elle est, et là, à ce moment-là, il faut tenir compte de la personne. Les critères scientifiques, là, il faut les mettre à côté, et ça, ça n'a pas été révisé. À ma connaissance, ça n'a pas été encore révisé par le BEM, cette approche-là.

● *(16 h 40)* ●

Et, je finis avec ça, le BEM, de par la façon dont la loi est faite, vu que la CSST est liée, bien il a un rôle juridique, pas juste médical, il a un rôle juridique, qui a un impact d'effet juridique. Et je pense que les membres du BEM auraient intérêt, dans leur formation, à avoir ce genre de formation là. Et je ne sais pas s'ils l'ont parce qu'on ne connaît pas le contenu de la formation des membres du BEM. Merci.

Le Président (M. Jutras): Merci. On va procéder aux échanges maintenant. Alors, M. le député de Groulx.

M. Descoteaux: Merci, M. le Président. Écoutez, merci de votre présentation. C'est difficile de poser des questions peut-être parce que votre mémoire était passablement bien étoffé, mais j'aimerais reprendre, puisque vous étiez présents, je pense, lors de nos échanges tant avec le Conseil du patronat qu'avec la FTQ, justement sur le rôle du BEM et soit l'approche remédiatrice, une interprétation large et libérale de la loi versus le critère scientifique ou l'approche scientifique.

Et évidemment il y a deux thèses et deux approches, mais vous avez dit — et je voudrais juste vous entendre un peu plus là-dessus: Ce n'est pas vrai que le BEM a juste un rôle médical, donc il aurait un rôle médicolégal. Et je voudrais que vous élaboriez un petit peu plus là-dessus parce qu'à mon sens, pour avoir un rôle médicolégal ou si ça va de soi qu'il y a un rôle médicolégal, c'est parce qu'il est obligé de poser un geste à la lumière d'une loi. Mais je vous laisse aller.

M. Guimond (Robert): Le critère de base dans la remarque que j'ai faite et qui fait référence au rapport que le BEM a déposé dans cette commission, le critère de base au niveau de la loi ou de l'approche de cette loi-là, c'est de tenir compte de la preuve qui est devant lui. Autrement dit, le BEM, il doit tenir compte de ce qui lui est présenté et il doit être transparent. Disons que je m'exprimerais comme ça, il doit être transparent, une transparence. On prend le dossier, on prend la personne telle qu'elle est, on prend les notes cliniques, on prend les investigations qui ont été faites: Est-ce qu'il y a une résonance magnétique? Et puis quoi?, etc. On prend la personne telle qu'elle est. Alors, si on se réfère à qu'est-ce que j'appelle des critères cachés, nous avons posé la question à savoir quels sont les critères cachés. On n'a pas eu de réponse. Si on prend des critères cachés, bien là le membre du BEM ne tient plus compte de la preuve qui lui est présentée devant lui.

Ça, c'est la première chose. L'élément, le principe de base de donner un avis éclairé, c'est de tenir compte de la situation qui lui est présentée avec le dossier qui lui est remis.

Le deuxième élément, c'est le doute, puis je vous donne un exemple, l'exemple suivant. Puis ça, ça entraîne beaucoup de contestations. Je ne vous le cacherai pas, ça entraîne beaucoup de contestations de notre part, et c'est extrêmement, pour nos travailleurs, pour nos travailleuses, important. Il y a des débats d'écoles au niveau médical. Ça fait partie du décor aussi, de la preuve et de tenir compte de la réalité. Lorsqu'un médecin traitant — je vous donne l'exemple suivant; lorsqu'un médecin traitant — traite une entorse lombaire, entorse lombaire, entorse lombaire, ça se continue tout le temps, il donne des traitements de physiothérapie trois jours par semaine, cinq jours par semaine, ça dépend, puis là ça ne se passe pas, ça ne se passe pas. Donc, il y a quelque chose en arrière. Là, il décide de faire des examens beaucoup plus, une résonance magnétique pour savoir qu'est-ce qui en est. C'est beau, une résonance magnétique, mais là on découvre tout ce

qu'on a à l'intérieur de notre corps, hein? Si on a de la discopathie puis si on a une arthrose, on va le savoir. Alors, avec ces examens-là souvent ils vont conclure à ce que j'appelle des hernies sous-ligamentaires, une hernie pas franche, une hernie qui est encore en train de se former. Donc, il faut faire attention. Là, il faut faire des limitations, il faut voir, se comporter différemment, etc.

Donc, une hernie pas franche. Le médecin traitant, qu'est-ce qu'il fait comme pratique médicale actuelle? Eh bien, il va mettre «hernie discale», il l'ajoute, même si elle n'est pas franche, si ça ne compresse pas une racine.

L'orthopédiste d'un employeur, pour les orthopédistes, les sous-ligamentaires, ça n'existe pas. Nous autres, on fait le débat à la Commission des lésions professionnelles, on est en train d'ouvrir. Ils sont en train de s'ouvrir à cette réalité-là.

Alors, devant l'application, pour répondre à votre question, que la douleur continue, qu'on voit une hernie discale qui est confirmée au niveau radiologique puis par le médecin traitant, il me semble que le membre du BEM devrait être ouvert à ce genre de situation pour appuyer le médecin traitant puis dire: Voici, il y a un doute, là. En termes scientifiques, il y a un doute, là. Il y a une zone d'ombre, il y a un débat. Alors, il devrait pencher du côté du médecin traitant.

M. Descoteaux: Donc, selon vous, au niveau du BEM, après l'examen du dossier, obtenir une certitude à 100 %, ce n'est pas toujours le cas.

M. Guimond (Robert): ...absolument pas. D'ailleurs, ils ne peuvent pas toujours le faire, hein, ils ne peuvent pas se permettre de dire: Bien, il y a une certitude à 95 % au niveau scientifique, là. Ils ne peuvent pas le faire. Il y a des doutes, mais il marchent selon des normes, leurs normes à eux autres, préétablies.

Alors, on n'est pas en matière de critères de relation ou de certitude scientifique, dans notre domaine, on est dans la vraisemblance de preuve. Autrement dit, là, pour le dire autrement, un membre du BEM, quand il reçoit un dossier puis qu'il le voit, là, le mot, là, se servir de son «gros bon sens». Il peut-u se servir de son gros bon sens avec une approche réelle, réaliste, tel que ça se présente? Se servir du sens commun, le gros bon sens, c'est ça que nous disent les orientations des décideurs, ce qu'ils décident en fonction des lois sociales. Le BEM a un rôle de décideur au niveau médical, qui va avoir des impacts évidemment juridiques et des conséquences juridiques.

M. Descoteaux: Je vous demandais de répondre brièvement parce que mes collègues veulent vous poser des questions aussi. Mais, sur justement l'application ou de l'exception de l'article 221, vous nous avez dit: En principe, il devrait décider à la lumière de ce qui est devant lui et non pas de principes extérieurs nécessairement.

En fait, si je comprends bien votre position, la logique derrière ça, pour ne pas s'embarquer sur des considérations qui ne sont pas demandées, à ce moment-là, ce serait la même chose, c'est-à-dire que, tant qu'on n'a pas toute la preuve, on ne touche pas à certains éléments d'un dossier.

M. Guimond (Robert): Oui, parce que la raison suivante: on est devant quelqu'un qui est en évolution, une maladie, une lésion en évolution. On a l'opinion du médecin traitant, qui est prudent, puis il tente différents soins.

Et le BEM sur le pouvoir discrétionnaire a une position intéressante qu'on a rapportée — attendez une minute, pouvoir discrétionnaire, page 24; qu'on a rapportée — dans le mémoire. Et puis nous sommes en désaccord évidemment avec la position du Conseil du patronat. À la page 24, sur les limitations fonctionnelles, puis je trouve ça très intéressant — O.K., à la fin du dernier, le dernier paragraphe à la fin...

M. Descoteaux: Page 24?

M. Guimond (Robert): ...24, oui — ils disent, les membres du BEM entre eux autres, puis, nous autres, on appuie cette position-là: Conviennent que les principes généraux. «Cependant, ils considèrent que le médecin qui a charge connaît mieux le travailleur et son — important, là — son environnement de travail...» Il est mieux placé pour le connaître et puis il est mieux placé pour dire les limitations fonctionnelles.

Autrement dit, j'ai un employeur qui fait ceci, je vous le dis, là, il fait ceci. S'il y a une limitation de dire: Moins que 35 lb, les gens qui font de la manutention, je ne vous parlerai pas de l'employeur parce qu'il est partout au Québec, actuellement, là, mais, s'il y a une limitation de dire: Moins que 35 lb, ce qu'il fait, 35 lb, tu ne peux pas lever les boîtes qui sont de 40 lb ou de 50 lb, congédiement. C'est-u le membre du BEM qui sait ça, que, s'il met 35 lb puis 40 lb, le travailleur va se congédier? Le BEM n'est pas placé pour pouvoir faire ce genre d'évaluation. Donc, les membres du BEM sont très prudents là-dessus. Le médecin traitant va dire: O.K., 35 lb? Tu peux lever 35 lb. Fais attention, comporte-toi de cette façon, prends telle position, on va organiser ça pour ne pas que tu te fasses congédier. C'est le médecin traitant qui est placé pour ça, ce n'est pas le BEM, qui, théoriquement, de son gros cahier, va dire: 40 lb, avec l'impact que notre travailleur ou notre travailleuse va se faire congédier. Voilà mes remarques là-dessus.

● *(16 h 50)* ●

M. Sicotte (Yves): Ce que je peux rajouter là-dessus, c'est que l'approche du comité patronal, à savoir qui doit se prononcer sur l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles, c'est illogique dans le fond parce que c'est le médecin traitant qui le suit, c'est lui qui le sait.

Dans le fond, ce qu'il veut, le comité patronal — au début de l'après-midi, on parlait de machines à boules — c'est un jeu électronique à haute vitesse pour consolider le travailleur et mettre fin à ses indemnités de remplacement de revenus. Ce n'est rien que ça.

Quand il a dit que ça prenait six à huit mois avant que le médecin traitant, qu'il réfère à un orthopédiste pour les atteintes permanentes et les limitations fonctionnelles, dans la plupart des cas, ce n'est pas ça parce que l'agent d'indemnisation de la CSST, lui, si le médecin traitant n'a pas choisi, il va avertir le travailleur: Si tu ne choisis pas un médecin dans les trois prochaines semaines, on va t'en choisir un, nous autres. On en a, des médecins, on le sait.

Et puis tout simplement, c'est pour ça. Quand ils font, les médecins du BEM, sur l'atteinte permanente,

quand c'est clair que la personne est consolidée, ils vont dire: Il n'y a pas d'atteinte permanente, il n'y a pas de limitation fonctionnelle. Mais les médecins du BEM ne sont pas pour mettre des atteintes permanentes et des limitations fonctionnelles avant même le médecin traitant, ça n'a aucune logique.

Une voix: Merci, M. le Président.

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

M. Bachand: Merci, M. le Président. Une machine électronique, là, pour diminuer les coûts, il y a peut-être du vrai un peu, mais mettons que c'est présumé rapidement. Mais, ceci étant, mettons, on attendrait peut-être à la fin de la commission pour savoir si c'est vraiment ça. Mais je respecte votre avis là-dessus.

Une voix: ...

M. Bachand: Non, mais je suis sensible à ça, M. Valois. Ce que je veux vous dire, moi, j'ai trouvé une qualité sur le plan historique aussi de votre mémoire, intéressante. Vous dites que, quand la Commission de la santé et de la sécurité s'est prononcée, M. Pierre Shedleur, qu'on connaît bien, il arrive à des conclusions: Un rapport qui déclare ainsi qu'un régime fondé sur la confrontation d'avis médicaux. Ça nous semble évidemment, hein, ça, que la confrontation d'un avis médical, ça nous met dans un dilemme où le travailleur autant que les médecins traitants sont pris un peu.

Puis il y a des questions que je n'ai pas posées aux gens qui étaient là, en place, mais il y a toute cette problématique-là qu'on rencontre, hein? Parce que je regardais le conseil patronal qui disait: Oui, mais la raison pour laquelle on a de la misère à trouver des spécialistes au BEM, c'est parce qu'ils ne sont pas assez payés. Mais il n'y a pas juste ça, hein? Parce que les spécialistes du BEM, là, je regrette, mais ils doivent établir des avis qui vont souvent à l'encontre de leurs collègues. Et ça, on les met dans des positions qui sont, vous en conviendrez avec moi, assez délicates.

Pour cette raison-là aussi puis en accord avec le rapport qui a été présenté, que vous dites: Bon, nous, on préconise l'abolition du BEM — je présume ça — moi, j'ai une question pour vous, M. Valois. Effectivement, je vous reconnais quand vous dites: Pourquoi le médecin traitant qui traite un patient ordinaire, il devient moins compétent lorsqu'il a à traiter, par exemple, quelqu'un qui est accidenté du travail, hein? C'est un peu votre raisonnement. Je comprends ça, mais, moi aussi, je me pose la question. Sauf que le médecin traitant, lui, il envoie aussi ses patients à des spécialistes parce qu'il n'est pas capable... pas qu'il n'est pas capable, mais il veut confirmer ses doutes ou ses dires par rapport aux patients. C'est un peu ça qu'on fait.

Le médecin, lui, le spécialiste de la CSST, là, même à partir de ce que vous me donniez comme renseignement puis comme façon de procéder — parce que vous me dites un peu ça — au lieu d'aller au BEM, il pourrait établir avec la CSST un spécialiste qui confirmerait son diagnostic ou l'organisation. Mais, au-delà de ça, ça ne veut pas dire que le spécialiste, lui, a la certitude non plus.

En fait, le BEM était là pour déjudiciariser, puis on n'a pas réussi à le faire. Et, la solution, là, que vous préconisez, moi, je trouve ça fantastique, mais avez-vous déjà vu ça ailleurs à travers le monde? Ça s'appelle... Ne bougez pas, j'ai vu ça, là. Ça s'appelle... Pas la grille d'évaluation, ça s'appelle comment? M. Valois, éclairez-moi. Ah, le travail et la coopération interdisciplinaire — vous ne m'aidez pas fort — interdisciplinaire.

Le travail et la coopération interdisciplinaire, expliquez-moi ça, puis ça, en plus une approche dite globale. Puis j'ai lui ça, puis c'est beau, mais je vais te dire qu'il y a du travail là-dedans, là. Ça existe-tu ailleurs dans le monde, ça?

M. Valois (Roger): Je vais laisser Robert parler, mais ce que je veux dire d'entrée de jeu, là, parce que c'est bien important quand on parle de réduire les coûts, c'est toute la philosophie qui est autour des accidents du travail. Les contestations, on l'a dit, la FTQ le dit, nous autres, on le dit: C'est arrivé devant tout le monde, il a tombé, tout le monde l'a vu tomber, le boss l'a vu tomber, mais il conteste. C'est parce que le prochain qui va tomber, s'il ne s'est pas fait trop mal, il va dire qu'il s'est fait mal chez eux parce qu'il ne veut plus aller à la CSST.

À Berthier, à l'abattoir de poulets de Berthier, d'Olymel, les accidents de travail, il n'y en a quasiment plus, mais sauf que les travailleurs présentement, ils paient 56 $ par semaine d'assurances groupe. Ça, c'est la partie de l'employé. Pourquoi? Parce qu'ils ne veulent plus les déclarer, les accidents de travail, puis les maladies, les épicondylites, les tunnels carpiens. Ils ne déclarent plus ça. Ça prend l'éternité pour venir à bout de se faire payer. Bon. Puis mission accomplie. Ça a commencé dans le temps d'une certaine présidente qui avait dit: On va tout contester, ça va baisser les accidents. Ça n'a pas baissé les accidents, ça a baissé les compensations par exemple.

C'est ça qui se passe, puis le BEM, la CLP, puis alouette. Les contestations; ce n'est pas des millionnaires, là, ce n'est pas des présidents de compagnie qui vont en contestation puis qui ont le temps d'attendre la justice. Le boeuf est lent, mais la terre est patiente, mais, quand tu ne manges pas, là, puis que tu n'as pas de revenus, nous autres, on dit: Ça prend des équipes multidisciplinaires pour s'occuper de la peau du monde pour qu'ils retournent au travail; pas qu'ils se pognent le cul chez eux, pour qu'ils retournent travailler. L'équipe multidisciplinaire, il va vous expliquer ça, il est là-dedans à la journée, lui.

M. Guimond (Robert): Juste pour ajouter. Vous posez la question, c'est très intéressant. Le Québec est en avant, est en avant actuellement sur cette approche-là. Autrement dit, une personne, surtout pour les gens qui ont des maux de dos qui durent longtemps, alors, quand on prend la personne, il faut regarder à l'intérieur de l'usine, comme on dit dans notre mémoire: Y a-tu moyen de lever le banc un peu, de 6 po, pour pouvoir? Y a-tu moyen d'acheter des semelles orthopédiques à quelqu'un? Y a-tu moyen de réorganiser le travail pour que notre madame ne force pas à 40 lb mais que c'est les gars qui forcent? En tout cas, il y a toutes sortes d'aménagements qu'on peut faire.

M. Bachand: La CSST ne le fait pas actuellement?

M. Guimond (Robert): Non, ce sont des équipes qui sont financées en partie par des projets de recherche de l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail. C'est en développement. Moi, je suis sur le conseil scientifique de l'Institut de recherche. Ils ont des financements, ils ont un peu de fonds de Sherbrooke, de fondations, du public, mais c'est en gestation.

Vous posez la question: Est-ce que ça...

M. Bachand: Bien, ça veut dire que ce n'est pas prêt demain matin. Mettons qu'on abolit le BEM...

M. Guimond (Robert): Ah, oui, oui. Oui, actuellement, là, il y en a, là. Oui, oui, oui.

M. Bachand: Oui?

M. Sicotte (Yves): ...des automobiles du Québec, là, là, tout simplement l'emploie plus souvent que la... l'équipe interdisciplinaire, avec des ergonomes, etc. Ils l'emploient — les physiothérapeutes — pour le retourner à son travail, faciliter son travail même sur des emplois convenables, qu'on appelle. Et ils l'emploient, ça, la SAAQ, là-dessus. Ils ont des équipes.

M. Guimond (Robert): Puis juste pour compléter...

Une voix: Oui, oui, monsieur.

M. Guimond (Robert): ...l'autre dimension de cette approche-là, c'est de tenir compte de la personne. S'il y a un divorce, hein, ça joue sur sa guérison, là, hein?

M. Bachand: Bien, c'est intéressant que vous me parliez de ça parce que je vous écoutais tout à l'heure là-dessus. Si vous me permettez, je vais vous poser juste une petite question, puis ça va vous donner la chance de compléter.

C'est intéressant, ce que vous avez dit tout à l'heure à propos de la personne. Parce que, moi, je me mets à la place d'un spécialiste du BEM. Vous aussi, mettez-vous pour quelques secondes à leur place, là. Eux autres, ils ont un avis à poser. À partir de ce qu'un confrère a fait comme diagnostic, ils ont un avis à poser, puis c'est un avis qui est un avis médical, biomédical en tout cas, là. Biomédical, on a compris que c'est biomédical parce que c'est biologique puis c'est médical. C'est médicolégal, pardon, parce qu'il y a une question d'application de la loi. En tout cas, là, pour faire une histoire courte, là, ce qu'il faut comprendre là-dedans, c'est que, lui, il a à poser un diagnostic et puis il a à porter un jugement sur la situation du malade.

Moi, je vais vous poser la question: Si deux malades se présentent, il y en a un qui a le bras cassé puis il y en a un qui est atteint de fibromyalgie puis qui a le bras cassé, comment le spécialiste fait pour diagnostiquer? Pas la cause à l'effet, parce que, lui, là, il n'a pas à déterminer la cause à effet, il a à déterminer le cas pathologique, hein? Donc, lui, il a un bras cassé, oui, mais la madame, elle dit: Oui, mais je suis en fibromyalgie... je suis fibromyalgique, pardon, aussi. Donc, pour reprendre ce que vous avez dit tout à l'heure, ça va lui prendre un peu plus de temps à retourner au travail. Et là vous avez dit du même coup: Bien là, là, il va prendre son dossier, il va dire: Bon, bien, écoutez, moi, j'ai des critères puis j'applique les critères. Moi, je comprends ce que vous me dites, mais d'un autre côté, si on se place, nous, comme spécialistes au BEM, bien, lui, je veux bien croire qu'il est fibromyalgique, mais la cause à effet, là, elle n'est pas là.

Elle s'est cassé le bras, comme vous avez dit, parce qu'elle est tombée en pleine face. Tout le monde l'a vu. Qu'est-ce qu'on fait dans ce temps-là? Qu'est-ce que le spécialiste du BEM fait? Il peut tenir compte de la personne, mais, dans son niveau de réhabilitation, qu'on appelle — comment, là, le terme? — là, consolidation, là, comment il en tient compte? Et est-ce qu'il en tient compte?

M. Guimond (Robert): Bien, moi, je vais vous répondre à ça.

Le Président (M. Jutras): En 30 secondes.

Une voix: Le temps, c'est comme l'argent, on n'en a jamais assez.

● *(17 heures)* ●

M. Guimond (Robert): Il m'a posé deux questions, puis je n'ai pas fini ma première. Fibromyalgie, bien ça m'a l'air un autre spécialiste, un rhumatologue. Donc, lui, il regarde la plomberie, il donne la fracture, l'orthopédiste. S'il y a une autre dimension dans la consolidation... Par exemple, ils disent, dans les avis — les membres du BEM — ils disent: Il y a de la douleur, il faudrait que la personne consulte la Clinique de la douleur de Montréal, au CHUM de Montréal; il y a des éléments psychiatriques, il faudrait qu'elle consulte les psychiatres. Mais, dans sa consolidation, ces éléments-là qui empêchent une personne d'atteindre un plateau pas uniquement physique mais global, alors ça, il n'en tient pas compte.

Deuxième petite réponse — 15 secondes, si vous permettez, M. le Président: l'approche, qu'on préconise, multidisciplinaire, c'est l'approche mondiale actuellement.

M. Valois (Roger): De toute façon, je vais vous donner un exemple.

M. Guimond (Robert): Les provinces de l'Ouest ont pas mal développé cette approche-là, sur l'incapacité. Il y a eu des colloques internationaux. Tout le monde au niveau international s'est intéressé à l'expérience du Québec là-dessus. C'est très intéressant.

M. Valois (Roger): Au premier congrès de la CSN, en 1921, les congressistes avaient demandé des bancs pour les caissières. Ils disaient «pour les jeunes demoiselles» à l'époque. On a fait une plainte, en 1986, à la CSST — un marché d'alimentation de Port-Cartier — qu'on a gagnée, puis ils n'ont pas trouvé le banc encore. On est en 2005-2006.

En Europe, les caissières sont assises convenablement, le client est en avant. On y va à cette heure, en Europe. Avant, on n'y allait pas. Là, on y va. Ils n'ont pas trouvé le banc encore. Parce que, les marchés d'alimentation, pour eux autres la caissière doit être debout pour recevoir un client. Peu importe le mal de dos, peu importent les varices, ils s'en foutent, ça fait qu'ils contestent, puis

on charge le... Aïe, pas besoin de BEM pour ça, là, ça prend un banc.

Le Président (M. Jutras): M. le député de René-Lévesque.

M. Valois (Roger): ...

M. Dufour: Merci, M. le Président. Alors, M. Roger Valois, M. Sicotte, M. Guimond, merci pour votre mémoire assez étoffé. Il y a beaucoup de questions à poser, pas beaucoup de temps.

On a entendu quelques représentants, quelques organismes. Il y en a qui ne parlaient pas d'éliminer le BEM. La FTQ n'était pas favorable à faire sauter le BEM, si je peux m'exprimer ainsi, mais il est sous le respirateur artificiel.

Vous dites très clairement, dans votre mémoire: Suite à un rapport émis le 6 mai 1994 sur la déjudiciarisation. Je l'ai ici, le rapport, je l'ai feuilleté pas mal. Vous reprenez un peu le même. Alors, effectivement, la position est que, vous, vous évincez le BEM. Par contre, vous avez dit d'entrée de jeu qu'il est trop tard.

Alors, ma question est: S'il est trop tard, qu'est-ce qu'on fait? On le fait-u sauter ou bien donc on travaille pour trouver des solutions? J'aimerais vous entendre là-dessus.

M. Guimond (Robert): Moi, je trouve qu'il faut travailler à trouver des solutions alternatives.

Évidemment, on a un peu expliqué notre approche là-dessus. Puis c'est trop tard dans le sens qu'il se fait tard. Dans ce sens-là, il se fait tard. Tu sais, on aurait dû suivre les recommandations du rapport, du fameux rapport, puis de mettre en place peut-être des moyens de transition, puis, tu sais, il y a moyen de regarder ça, tu sais, il n'y a pas... si on a une volonté politique de faire des changements sur un régime et sur le fait d'une approche d'assistance aux médecins traitants et aux accidentés finalement, avec différents éléments d'aide. Comme je vous dis, c'est surtout les grands accidentés, ceux qui durent longtemps. C'est ceux-là qui deviennent chroniques. Et, quand on devient chronique, après ça tu es séparé du milieu de travail. C'est très difficile de revenir au travail, peu importe où. Alors, c'est l'intervention un peu efficace, rapide, si on peut le faire, qui va être porteuse d'un retour au travail important.

Et, l'expérience, parce qu'on a rencontré Dr Loisel puis on a des discussions avec eux autres, l'équipe du Dr Loisel disait que, dans les places où ils ont fait cette approche-là, eh bien, le taux de récidive ou d'aggravation ou de rechute est très minime, il est minime.

M. Valois (Roger): Et, pour rajouter, M. le Président, dans une autre commission parlementaire, le retour au travail, pour nous c'est bien important parce que ça fait partie de la guérison. Ça a été longtemps qu'on s'est objectés, longtemps, à la CSN, à l'assignation temporaire. Et, devant l'analyse qu'on nous a démontrée — puis on a fait des discussions très dures, à l'intérieur de la CSN, là-dessus — on a pris position et on est maintenant favorables au retour au travail encadré parce que ça fait partie du processus de guérison. Quelqu'un qui retourne avec ses compagnons de travail, avec ses compagnes de travail puis qui est capable d'avoir une place pour l'intégrer de façon correcte à son travail, ça fait partie de la guérison. On n'est pas immuables au changement.

Mais, sur le BEM, on a regardé ça en long, en large. Ils sont là-dessus... ils sont là-dessus à la journée, eux autres, hein? On a regardé ça. S'il y avait eu une chance de leur donner, on l'aurait donnée. Ça fait qu'on n'a pas mis dans notre mémoire l'amélioration du BEM, le fonctionnement pour améliorer le BEM, on veut qu'il saute, on ne veut pas l'améliorer. Il n'y a plus de place là. On dit qu'il y a d'autres mécanismes. le médecin traitant, le spécialiste choisi par lui si la CSST est d'accord. On dit à l'employeur: Tu ne contesteras plus, je ne contesterai plus. Tu t'assures pour ça. La CSST, c'est leur mutuelle d'assurance, c'est elle qui doit voir à ça. Je siège, là, moi, puis c'est paritaire. Ça fait que, nous autres, c'est clair: le BEM, «out», fini, parce que ça n'a pas donné ce qu'on voulait que ça donne. Ça a été des cas de psychologie très, très touchée.

Puis, le stress, là, je vous conseille, là-dessus. Il y a une chercheuse d'université, Katherine Lippel, qui est en train de préparer — elle va la soumettre bientôt — une recherche à l'ensemble du Québec, à la population, une recherche qu'elle a faite sur les accidents de travail, tout ce qui entoure le stress que ça occasionne, un accident de travail, d'abord d'avoir l'accident, tout ce qui entoure, tout le stress qui entoure au niveau de la compensation, le stress des contestations, et tout. Katherine Lippel va soumettre ça bientôt.

Donc, on ne fait pas ça pour des gamineries, là. On ne vient pas ici parce qu'on n'avait rien à faire après-midi: On va aller faire sauter le BEM, on repassera, en passant, là, on a d'autres choses à faire. Mais, comme on fait 4 000 cas par année puis que le BEM ne joue pas le rôle qu'il a à jouer, c'est pour ça qu'on dépose ce mémoire-là devant vous autres. Il y a du monde. Bien, tiens, la FTQ, je respecte leur position, mais ils n'ont pas dit que, si ça ne se place pas vite, vite, ils vont être d'accord avec nous autres, là, hein? Puis on siège à la même place, moi puis Henri, là. Il n'y a pas de trouble avec ça, là, on les voit aller.

M. Dufour: Bon. On essaie de trouver des solutions alternatives, je comprends bien. Même les inter — comment vous appelez ça, là? — les équipes interdisciplinaires pourraient être une solution alternative aussi.

Mais, quand je regarde tout le processus, parce que, là, on parle du BEM, là, regardez bien, là — j'essaie de faire une histoire pour ne pas trop me mêler, là, parce que la CSST, c'est toute une patente, là: tu as une lésion professionnelle, tu as le médecin traitant, tu as un diagnostic; l'employeur peut contester, la CSST peut contester, tu t'en vas au BEM. Il n'y a plus de BEM; il arrive quoi? Parce que le problème que je découvre au-delà de ce qui se passe versus la lésion professionnelle, le BEM, c'est qu'on a la fameuse CLP où est-ce que ça prend des deux ans puis des deux ans et demi avant d'atterrir là.

Ça se peut-u, ça? Y a-tu un problème là aussi? Y a-tu un problème de ressources au niveau de la Commission des lésions professionnelles?

M. Guimond (Robert): C'est sûr que, si on abolissait le BEM demain matin, avec les dossiers qui sont

là, c'est sûr que le recours à la CLP resterait, demeurerait. Ce serait l'instance finale finalement pour débattre des questions. Comme on parlait du diagnostic, tantôt, là, tu sais, là, la fissure puis la hernie, là, bon ce serait le lieu de débat. Alors, c'est sûr que ça prendrait des ressources. Ça, ça me paraît évident.

Ça suppose un nombre plus important de ressources au niveau de la Commission des lésions professionnelles, mais on allège par ailleurs tout le processus avant parce qu'à ce moment-là c'est le médecin traitant, la CSST valide, fait valider l'opinion de son médecin par un spécialiste. Bon. On regarde ça. Là, souvent, dans la pratique, quand le médecin traitant va à un spécialiste en qui il a confiance... Supposons qu'il va à tel orthopédiste, qu'il va à tel physiatre, il va suivre après, il va suivre le plan du spécialiste comme tel. Donc, ça évite les contestations. Alors, si l'employeur n'est pas d'accord sur le diagnostic, bien là il ira à la CLP. Votre question est tout à fait pertinente. Ça amène comme conséquence, ça entraîne comme conséquence.

M. Dufour: Oui, tu sais, j'imagine, l'ensemble de la machine. Parce qu'il y en a qui disaient ce matin, même le Conseil du patronat disait que ça prend des six, sept mois, ça peut aller jusqu'à deux ans avant de passer à la Commission des lésions professionnelles. D'une chose.

● *(17 h 10)* ●

Quand je regarde votre position... Parce qu'il y a plusieurs petits picots, là, il y en a cinq, l'abolition du BEM; le respect de l'opinion du médecin traitant et un mécanisme simplifié de vérification de son opinion par des experts, ce que vous venez de dire, les spécialistes; l'abolition de la contestation de l'employeur. Bien, si on n'a plus de BEM, ça veut dire...

M. Guimond (Robert): Contestation médicale. C'est la contestation médicale.

M. Dufour: O.K. D'accord. O.K. Je comprends.

M. Guimond (Robert): Autrement dit, c'est la CSST qui est la caisse, entre guillemets, d'assurance. C'est celle qui administre le régime. On a ça dans certaines provinces. C'est la commission des... de travail qui administre tout le côté médical, puis tout ça, puis c'est eux autres qui s'occupent de ça. Il restera le dernier «stretch». Si l'employeur, il veut aller devant la CLP, bien il ira à la CLP, et le débat se fera à la CLP.

M. Sicotte (Yves): ...CLP. La question des délais comme tels, bien, souvent, l'employeur veut amener son expert en audition, parce que la CLP va être cédulée à l'intérieur des six mois, quatre mois même de temps en temps.

Et tout simplement ce que fait le représentant de l'employeur, il dit: Moi, j'ai absolument besoin de son expert. C'est drôle, par exemple, hein, tout le temps, tout le temps, ils ont des experts, eux autres, aux auditions. Nous autres, bien, souvent, on arrive juste avec notre expertise médicale parce que c'est une question d'argent et de temps pour le médecin expert. Mais là ça recule de six à huit mois parce qu'il n'y a pas de date. Moi, j'ai un médecin expert, là, il est juste libre le lundi ou le vendredi. Puis vous savez que, le vendredi après-midi, à la CLP, pour procéder, il faut que ce soit important, hein? Ça fait que donc ça enlève beaucoup, beaucoup, autrement dit, de temps pour les travailleurs pour se faire entendre.

M. Valois (Roger): Et je vais juste vous signaler une chose. Au niveau des médecins, il y a des médecins, au Québec, qui ne s'occupent des cas d'accidents de travail que pour leurs patients réguliers. Il y a beaucoup de monde qui n'a pas de médecin, entre guillemets, de famille. Et ils ne prennent pas de cas d'accidents de travail. Pourquoi? Parce qu'ils disent: Moi, si j'avais voulu faire un avocat, c'eût été beaucoup moins long que faire un médecin. Je ne passerais pas mon temps à la cour, moi. J'ai d'autres choses à faire, je veux soigner le monde. Ils ne veulent plus prendre de cas. Et ma belle-soeur qui est médecin dans un CLSC, elle, à chaque fois qu'elle a un cas d'accident de travail, parce qu'elle les fait, elle dit: Je deviens une ignorante, chaque cas que j'ai est contesté.

Les cas... automobile, c'est... contesté. Les assurances privées, le monde se font mal chez eux... jamais contesté, CSST, clac, c'est automatique, elle n'est plus médecin, là. Bien, il faut que ça arrête, là. Il faut que ça arrête. Les médecins ne deviennent pas, je l'ai dit d'entrée de jeu, ils ne deviennent pas séniles et incompétents parce qu'ils soignent du monde qui se sont fait mal au travail. Il faut que ça arrête, ces folies-là.

Le médecin traitant; si ça ne marche pas, le spécialiste choisi par le médecin traitant. Si ça ne marche pas, la CSST, elle, elle dit: Ton médecin traitant, puis on va régler ça, comme l'a dit Robert, devant la CLP. Les délais, là, ils s'arrangeront. Mais qu'ils n'aient plus le droit aux experts puis les médecins traitants de... Les médecins de compagnies, là, ça devrait soigner les compagnies, ça.

M. Dufour: D'accord. Ça s'est dit ce matin, au niveau des médecins traitants, là, qu'ils ne veulent plus prendre de cas. Puis effectivement il y en a qui y vont soit sur les assurances ou l'assurance-emploi quand c'est des travailleurs temporaires. Ça s'est dit au niveau de certains organismes.

Deux petites questions avant de passer la parole à ma collègue. M. Guimond, vous avez parlé de traitement invasif. J'aimerais vous entendre un peu plus là-dessus. Et ma deuxième question. C'est que je regarde la fédération des travailleurs accidentés. Il y a l'ATTAQ qui va présenter son mémoire demain. Et grosso modo, là, très rapidement, là, comment ça peut coûter? Parce que vous êtes une organisation syndicale, comme la FTQ, qui a beaucoup de membres, qui a un potentiel financier autre que certains autres groupes, comment ça peut coûter, un dossier, quand tu le prends de a puis que tu t'en vas jusqu'à la CLP, qui inclut les spécialistes?

M. Guimond (Robert): L'expertise médicale? Si on veut avoir des bons experts, faire l'expertise médicale, facilement, facilement 1 500 $ à 3 000 $. Ça, c'est pour faire l'expertise médicale, O.K.?

S'il y a de la recherche, si c'est compliqué, dans les cas compliqués, on peut aller à 4 000 $ facilement. Première étape. Donc, on a ça.

Si c'est un cas, comme je vous disais, là, la question de la fissure puis de la hernie, il faut aller en audition. La dernière fois — ça, ça dure une journée au moins; la dernière fois — que j'ai été en audition avec mon expert

qui est un physiatre, j'ai gardé la facture hier, justement parce que je venais ici puis je voulais savoir exactement comment on avait payé pour sa présence en audition...

M. Dufour: Ma question est pertinente, vous avez amené la facture.

M. Guimond (Robert): ... — oui, c'était très pertinent — elle était à 4 400 $. Un expert qui témoigne — les tarifs; qui témoigne — devant la CLP pour un avant-midi, c'est 1 500 $ l'après-midi, 1 500 $. Après ça, il faut que tu paies le temps de voyage, les frais de transport, etc. Alors ça, c'est une journée.

Si vous avez un cas un peu compliqué qui prend deux jours, puis ça arrive, ça, puis j'ai besoin de mon expert deux jours, moi, il faut que je marche avec mon expert. Je ne suis pas un médecin, moi, là, là. Puis, lui, il est là puis il sait comment m'orienter. Alors, mettez un autre 4 000 $. Ça fait 8 000 $ plus 3 000 $, ça fait 11 000 $.

Puis j'ai vu parce que j'ai signé. Il a été une époque où je pouvais signer, autoriser les affaires. Dans les abattoirs, on a fait... un médecin, un grand spécialiste qui est venu dans les abattoirs. Ceux qui font l'accrochage de poulets, là, tu sais, on avait quatre, cinq travailleurs qui avaient des tendinites aux épaules puis on a voulu préparer ça puis faire un rapport. Alors, il a été à quelques reprises dans l'usine. Mais je n'ai pas parlé tantôt... un spécialiste qui va dans l'usine, là, s'il va dans l'usine, regarde des postes de travail, examine, fait le rapport, fait la recherche, eh bien, sur la table, la facture pour la production de ce rapport-là pour trois ou quatre travailleurs qui avaient des tendinites — puis là on ne parle pas de l'audition parce que, l'audition, il fallait qu'il soit là, lui, là, là — 20 000 $. Puis je ne vous mens pas, là, c'est 20 000 $ qu'on a dû payer cette fois-là. Évidemment, il y avait plusieurs travailleurs en cause, il y avait quatre ou cinq travailleurs en cause, ce n'est pas rien qu'un.

Alors, autrement dit, ce que je veux vous dire, si le problème est complexe, et qu'il touche plusieurs travailleurs, et qu'on a besoin d'une expertise d'un spécialiste pour tout le monde, le défi pour notre monde, ils ne peuvent pas se permettre ça sans qu'il y ait un organisme en arrière qui a les reins assez solides pour pouvoir «stander» ça. Et pour quelqu'un individuel ça peut tourner autour de 7 000 $ à 8 000 $.

M. Sicotte (Yves): ...psychiatriques, c'est encore pire parce que, les psychiatres, il faut que tu les emmènes chaque journée d'audition, parce qu'il faut qu'ils entendent la preuve, etc. Et des employeurs pour nous mettre dans les câbles, là... on a eu une cause dernièrement, 14 jours d'audition, ça nous a coûté au-dessus de 50 000 $ en experts. Tu sais, ça n'a aucun bon sens.

M. Valois (Roger): La CSN dépense, à tous les ans, pour les accidentés et malades du travail 2 millions.

Le Président (M. Jutras): Mme la députée de Matapédia.

Mme Doyer: Oui, merci. Parce que, M. le Président, tantôt je suis comme restée sur ma faim. Effectivement, ça m'a étonnée que le Conseil du patronat dise que dans le fond le BEM n'avait qu'un aspect médical et qu'il n'y avait rien du tout, dans le fond, légal, ça flotte dans les airs. Puis, vous, vous dites que vous réclamez l'abolition du BEM, mécanisme de judiciarisation. Alors, il y a comme un paradoxe, là.

Et, dans le document que nous avons eu, rapport d'évaluation du BEM, du Bureau d'évaluation médicale, ils le disent à la page 7: «Ils visent également — en parlant avec des échanges avec la CSST et de leurs liens, ils disent; ils visent également — à s'assurer que l'avis que le BEM transmet à la CSST soit suffisamment compréhensible et précis pour lui permettre de prendre des décisions qui s'imposent sur le plan médicolégal.» Et, moi, pour avoir eu des dossiers puis m'être fait rabrouer au téléphone par des spécialistes que j'avais eu l'horreur d'appeler comme députée parce qu'ils m'ont dit de me mêler de mes affaires, parce que j'avais eu — comment je dirais ça? — l'outrecuidance de dire que le mot «possiblement»... Parce que c'est venu à quelque part, ce matin, je ne me souviens plus d'où, mais, moi, je trouvais que, dans un rapport médical, dans un dossier de CSST, avec le fichu de mot «possiblement», peut causer «possiblement», c'était lourd d'impact.

Une voix: ...

Mme Doyer: Souvent, là — «possiblement du trouble», comme mon collègue le dit — mais des fois des mots des spécialistes. Puis en même temps, nous, on n'est pas des spécialistes, hein, les parlementaires, puis ces mots-là souvent sont lourds de conséquences. Alors, comment on fait? Puis vous avez dit que vous n'étiez pas d'accord avec ça, mais parlez-moi plus de l'aspect légal. Parce que, le BEM, c'est le Conseil du patronat. Le BEM, peut-être qu'il nous dirait autre chose, qu'eux autres, ils ont un aspect légal dans leur pratique, leurs... Comment? Parlez-nous davantage de tout ça, l'aspect légal.

● *(17 h 20)* ●

M. Guimond (Robert): Oui. Dans le rapport sur la déjudiciarisation, ils ne parlent pas de médical, ils parlent de médicolégal parce que la loi est ainsi faite. J'étais, moi, à la commission parlementaire. J'ai fait les 135 heures de la commission parlementaire sur la loi n° 42 à l'époque, en 1985, avec le ministre Raynald Fréchette et avec la CSST. J'étais avec mes camarades de la FTQ aussi. L'arbitrage du BEM, la façon dont c'est fait, pour éviter des contestations du BEM lui-même, ils ont en fait un artifice, que j'appelle, administratif.

Alors, on se rend compte, depuis 1985, le BEM, ou l'arbitrage médical à l'époque, il n'y a pas de contestation judiciaire sur le BEM à date, tu sais, c'est comme un mécanisme administratif. Alors, ils ont trouvé une fiction, ce que j'appelle une fiction juridique, O.K., dans le sens suivant: ils disent: Votre avis, vous le rendez sur une entorse, la lésion est telle puis elle va durer tant de temps, et, nous, la CSST, on va rendre une décision qui est une copie carbone de l'avis du BEM. Donc, l'avis du BEM, quand il sort, il a un impact juridique. Ça veut dire que, si l'avis du BEM dit: On te consolide aujourd'hui, l'impact que ça a pour notre monde, ça veut dire que, quand la CSST verse... paie les traitements de physiothérapie, il y a un téléphone de l'agent d'indemnisation qui s'en va directement au physiothérapeute et qui dit: Arrête, on ne paie plus.

Ensuite de ça, l'autre décision, c'est qu'on t'a payé, on te coupe. Ça, c'est ce que j'appelle les effets, les

conséquences, les effets juridiques. Quand un médecin du BEM rend une décision puis une opinion, il devrait avoir, si ce n'est pas le cas, il devrait avoir toutes ces dimensions-là dans son avis. S'il dit: Oui, j'ai un doute, on pourrait prolonger d'un mois, ça lui permettrait de continuer son indemnisation pour x raison, pour ci, pour ça. J'ai du jus, parce qu'elle souffre puis elle pourrait continuer — elle pourrait continuer.

Une voix: ...

M. Guimond (Robert): O.K. Alors, c'est ça, les aspects qui sont en arrière, et puis que ça prendrait une sensibilisation à ce niveau-là.

Le Président (M. Jutras): Alors, merci, messieurs, pour votre présentation et bon retour chez vous.

Et je demande aux représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec de s'avancer et prendre place.

(Changement d'organisme)

Le Président (M. Jutras): Nous continuons nos travaux, et je souhaite la bienvenue aux représentants de la Fédération des médecins spécialistes du Québec.

Étant donné l'heure avancée et vu les obligations de certaines personnes, nous avons convenu: la présentation de votre mémoire, 10 minutes; par la suite, un échange avec les députés ministériels de 10 minutes; et par après un échange de 10 minutes avec les députés de l'opposition.

Alors, Dr Dugré, est-ce que c'est vous, le porte-parole?

M. Dugré (Yves): Oui.

Le Président (M. Jutras): Oui. Alors, si vous voulez présentez les personnes qui vous accompagnent et y aller immédiatement avec votre mémoire.

Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ)

M. Dugré (Yves): M. le Président, M. le vice-président de la commission, Mmes les députées, MM. les députés, la Fédération des médecins spécialistes du Québec remercie cette commission de l'occasion qui lui est faite de s'exprimer sur le rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale. Je suis accompagné, à ma gauche, de mon collègue Dr Louis Morazain, qui est vice-président de la fédération, orthopédiste et membre du BEM, et, à ma droite, Dr Pierre Lavallée, qui est président de l'Association d'orthopédie du Québec.

La Fédération des médecins regroupe 34 associations mais pas encore l'association des plombiers — c'est le local 144, à ce que je sais — et près de 8 000 médecins spécialistes. Il y a des rhumatologues effectivement et des physiatres. La mission de la fédération est de défendre effectivement et de promouvoir les intérêts économiques, professionnels et scientifiques de ses membres, et elle se présente à chaque fois qu'est l'occasion de faire valoir les intérêts des patients, qu'ils soient des accidentés ou les autres.

La présentation et le mémoire seront faits par le Dr Morazain, qui est vraiment impliqué dans ce dossier et qui le connaît. Merci.

Le Président (M. Jutras): Dr Morazain.

M. Morazain (Louis): Or, la raison de la présence de la fédération en ces lieux découle directement des audiences de la commission du mois d'octobre où vous avez entendu le rapport du BEM. À cette audience et suite à cette audience, nous avons vu apparaître, dans les journaux, des commentaires peu flatteurs à propos de médecins membres du Bureau d'évaluation médicale et nous avons senti le besoin de nous présenter ici pour rectifier certains faits et surtout donner le point de vue de notre organisation tant sur le bureau lui-même et sa pertinence que sur le rôle qu'il joue et que jouent dans ce bureau les médecins spécialistes membres du Bureau d'évaluation.

Si on se rapporte à la loi qui est rentrée en vigueur le 17 août 1985, la loi a donné préséance à l'opinion du médecin traitant du travailleur accidenté, liant ainsi la CSST, cette opinion du médecin traitant qui lie la CSST dans tous ses gestes, à moins qu'elle ne soit contestée soit par l'employeur ou soit par la CSST elle-même via le médecin désigné. Cependant, le législateur, dans sa sagesse, a bien compris que la CSST ne serait inopérante lorsque confrontée à des opinions médicales divergentes, opposées, contradictoires, parallèles. Elle a donc institué en ce sens un bureau d'arbitrage médical qui a commencé en 1987 et qui a été rapidement remplacé par le BEM. Le Bureau d'arbitrage médical avait pour mandat d'éclairer la CSST dans les cas litigieux et de procéder à un arbitrage entre les deux parties.

Lorsque le BEM a été fondé, en 1992, on a demandé aux membres du BEM d'être recommandés par leur ordre professionnel pour leur neutralité et leur expertise. Les membres du BEM doivent signer une règle d'éthique propre aux membres du BEM lors de leur application comme membres au Conseil consultatif du travail et de la main-d'oeuvre. Ils ne pourraient devenir membres du BEM s'ils avaient agi comme médecins experts soit de l'employeur soit des syndicats dans les années précédentes. D'ailleurs, soyez sûrs que le Conseil consultatif du travail et de la main-d'oeuvre, qui est un comité paritaire, voit à ce que les membres choisis soient des membres qui n'ont aucune relation contractuelle avec l'une ou l'autre des parties en cause. C'est ainsi que le législateur l'a voulu et c'est ainsi que c'est.

Alors, qu'est-ce qu'on demande aux membres du BEM? D'abord, ces membres-là, ce sont des médecins spécialistes. Il n'y a pas d'omnipraticien. Ce sont tous des spécialistes formés pour donner une opinion dans un cadre légal, soit la loi, la LATMP, et ils doivent donc se conformer aux règlements divers qui régissent cette loi. Les dossiers qui sont référés au Bureau d'évaluation sont donc toujours des dossiers où il y a une divergence d'opinions émises et pour lesquelles la CSST n'a pas d'autorité pour prendre une décision. En effet, ce sont des opinions médicales venant de médecins, soit le médecin de l'employeur, soit le médecin du travailleur, même si elles peuvent être divergentes, opposées ou contradictoires. En matière de médecine, il peut arriver que certaines situations vues sur

un angle différent puissent être interprétées de façons différentes.

Or, ce qu'on demande aux membres du BEM, c'est justement de revoir ce dossier, de l'évaluer, d'évaluer le travailleur, sa pathologie, son incapacité sous un angle neutre, ni favorable à l'employeur ni favorable au travailleur. On leur demande une opinion dite médicale. En médecine, ce que nous demandons aux médecins, c'est de se baser sur les faits médicalement reconnus, ce que nous appelons la médecine de base, l'évidence, la médecine, en anglais, «scientific-based medicine». Et ça, il n'y en a pas une pour les orthopédistes, une pour les physiatres et une pour les rhumatologues, il n'y en a qu'une seule.

● *(17 h 30)* ●

Alors donc, ce qui doit primer, c'est ce qui est médicalement reconnu. Même si parfois certains gestes, en médecine, sont faits de façon empirique, lorsqu'on évalue le dossier d'un accidenté du travail, au Bureau d'évaluation, on ne doit pas tomber dans le piège de l'empirisme. Le membre du BEM doit évaluer la pathologie du travailleur en fonction des plus pures et des plus complètes données de la médecine scientifique, selon des données probantes. C'est ce qui doit déterminer son jugement.

Il devient donc évident qu'à ce moment-là les jugements ou les opinions du membre du BEM ne peuvent être paritaires. On ne peut pas dire: J'ai six cas aujourd'hui; je vais en sortir 50 du côté de l'employeur, 50 du côté du travailleur. S'il y en a six qui sont de tel ordre, ils sont six de telle façon, et c'est comme ça que ça doit être fait parce que les données probantes vont être sur les faits objectifs, vérifiables. Et c'est comme ça que le membre du BEM doit agir. Le résultat en a été qu'au cours des dernières années 90 % des opinions du BEM, des membres du BEM n'ont pas été contestées ni par le travailleur ni par l'employeur. Probablement qu'il n'y avait pas de matière à contestation dans ces 90 % de dossiers. Ces dossiers ont été réglés par la suite à la CSST qui a pris les mesures administratives pour régler le dossier et le litige qui avaient fait que le dossier est venu au Bureau d'évaluation. C'est une bonne performance, 90 %. C'est vrai qu'il en reste 10 % sur lesquels il y a eu des... Il y en a un certain pourcentage qui sont rejetés à la commission d'appel, mais, si on analyse les causes de renversement, ce n'est pas nécessairement toujours sur le point de vue médical que c'est renversé. C'est parfois pour des points de vue administratifs, c'est parfois sur d'autres éléments, des caractères sociaux, légaux ou simplement paritaires. On ne se mettra pas à discuter des statistiques du BEM, le BEM est là pour le faire.

Regardons le profil des médecins qui sont membres du BEM. Je vous l'ai dit tantôt, ce sont des médecins spécialistes. Ils sont tous soumis à un code de déontologie strict qu'ils doivent suivre comme membres du BEM et comme médecins. Ces règles sont définies par le collège et demandent des qualités de neutralité, et nous croyons que tous les membres spécialistes au BEM répondent à ces critères de qualité et de neutralité. Ces membres, ce sont d'abord des cliniciens. Des cliniciens, c'est des gens de pratique courante qui ont appris à évaluer des situations cliniques pour en déterminer le diagnostic, le traitement, l'incapacité qui en résulte ainsi que les limitations fonctionnelles. Ce sont des médecins d'expérience. Au BEM, on ne peut être médecin du BEM à moins d'avoir cinq ans d'expérience en pratique. Il est évident que certains ont quitté la pratique active, font moins de chirurgie, moins de garde, et sont plus disponibles pour le BEM, et en font plus. On blâme ces médecins de faire trop d'évaluations parce qu'ils sont disponibles, mais malheureusement le BEM a un gros problème d'effectifs. Le problème d'effectifs, nous allons y revenir plus tard.

Alors, à ces membres, on leur demande une opinion médicale dans le cadre légal, c'est vrai, mais on ne leur demande pas une opinion légale. Et ce serait malheureux que les membres du BEM commencent à jouer à l'avocat, au travailleur social ou au psychologue. Ces gens, ce sont des médecins et ce qu'on leur demande, c'est une opinion médicale. Actuellement, les membres au BEM accusent une pénurie d'effectifs pour satisfaire les requêtes et les ordonnances qu'ils ont, les dossiers qu'ils ont à couvrir. 85 % de ces dossiers sont des lésions musculosquelettiques, donc on doit avoir recours à des orthopédistes, des physiatres, des neurochirurgiens et des neurologues. Vous n'êtes pas sans savoir qu'au Québec il y a 1 000 médecins spécialisés qui manquent au Québec et particulièrement en orthopédie. Alors, les orthopédistes à qui on demande de faire plus de prothèses, plus de traumato, cette pénurie se répercute au BEM.

Je vais finir, en terminant, en vous demandant qu'est-ce qui arriverait si le BEM était dissous. La loi demande au BEM de se prononcer sur cinq points: le diagnostic, qui est exclusivement du domaine du médical, je le répète; le traitement, qui découle évidemment du diagnostic; ainsi que la date de fin de traitement; les limitations... et le pourcentage d'incapacité dépendent évidemment du diagnostic retenu. On ne voit pas comment ces dossiers pourraient se retrouver au niveau supérieur de juridiction et être jugés par des gens non-médecins qui auraient à trancher entre deux opinions, celle du médecin du travailleur, celle du médecin de l'employeur ou du médecin désigné à la CSST, et à émettre une opinion sans avoir la connaissance ou l'expertise nécessaires pour se faire une opinion indépendante et neutre de la situation. Ce n'est pas leur rôle.

Nous ne comprendrions pas qu'une mutuelle d'assurance comme la CSST ne puisse avoir recours à une évaluation neutre des problématiques médicales pour éclairer dans ses décisions face à des situations problématiques.

En terminant, M. le Président, Mmes les députées et MM. les députés, nous vous rappelons qu'à notre avis le Bureau d'évaluation médicale a été créé par le législateur, dans sa sagesse, pour jouer un rôle déterminé. Nous croyons que ce rôle, il est bien rempli, que, grâce à la présence de médecins experts neutres, de qualité, des cliniciens qui donnent une opinion médicale neutre, indépendante, basée sur des faits objectifs et des évidences médicales et non pas sur de l'empirisme ou sur toute autre considération de nature non médicale, nous croyons que la performance du BEM prouve notre assertion et que sa disparition serait une erreur monumentale pour un organisme comme la CSST. Merci beaucoup.

Le Président (M. Jutras): Alors, merci. M. le député de Groulx.

M. Descoteaux: Merci, M. le Président. Merci, messieurs, pour la présentation.

Je sais que nous n'avons pas beaucoup de temps. J'aurais une question très brève parce que mon collègue

veut vous en soumettre une ou deux aussi. Vous représentez les médecins spécialistes du BEM, c'est ça?

M. Morazain (Louis): Nous représentons les médecins spécialistes de la province de Québec.

M. Descoteaux: C'est ça, mais ça m'amenait à mon autre question. Vous représentez les médecins spécialistes du BEM tout autant que les médecins spécialistes qui peuvent être retenus par les employeurs, par la CSST et tout autre organisme, c'est ça?

M. Morazain (Louis): Effectivement.

M. Descoteaux: Et les médecins spécialistes du BEM, vous nous avez indiqué qu'ils appliquaient, au niveau du diagnostic, «a scientific-based medicine» ou «scientific-based medicine». C'est ça?

M. Morazain (Louis): Oui.

M. Descoteaux: Je présume — corrigez-moi si je me trompe — que le spécialiste qui est requis par la CSST ou un employeur, puisqu'on est en matière de diagnostics, va appliquer exactement la même base.

M. Morazain (Louis): Il n'y a pas deux médecines.

M. Descoteaux: Il n'y a pas deux médecines.

M. Morazain (Louis): Il y a une médecine, et elle devrait être la même et basée sur des faits scientifiques, évidences, que l'on soit médecin d'employeur, que l'on soit un médecin désigné, que l'on soit médecin traitant ou que l'on soit médecin du BEM.

M. Descoteaux: Donc, même le généraliste doit appliquer les mêmes critères, la même médecine.

M. Morazain (Louis): Oui.

M. Descoteaux: On se rejoint.

M. Morazain (Louis): Et le physiothérapeute et l'ergothérapeute.

M. Descoteaux: Tout à fait. Ça m'amène à la question un peu évidente, c'est que notre médecin du BEM va être appelé à trancher entre deux médecins qui appliquent la même médecine, y compris lui qui applique la même médecine, et il va donner raison à un ou l'autre, ou partiellement à un, ou partiellement à l'autre.

Ce qui m'amène à dire: Est-ce que — et corrigez-moi si je me trompe; est-ce que — dans un cas comme ça, le médecin spécialiste du BEM n'est pas tout autant vulnérable à une erreur ou à une appréciation qui n'est pas tout à fait juste ou, en fin de compte, à rendre une décision à l'intérieur de probabilités ou sans nécessairement une certitude absolue, tout comme le médecin requis qui est demandé par la CSST ou l'employeur, tout comme le médecin qui est le médecin traitant?

M. Dugré (Yves): L'objectif dans l'impartialité, la neutralité du médecin du BEM... dû au fait qu'il n'a pas le biais humain. Les médecins ne sont pas désincarnés, les avocats ne sont pas désincarnés, il y a toujours deux côtés.

M. Descoteaux: Même les députés ne sont pas désincarnés.

M. Dugré (Yves): Je pense que la cour a deux côtés. Et même la Chambre, cette Chambre, a deux côtés. Donc, pour le médecin du BEM, il n'est pas lié par le biais humain de son patient à lui, qu'il peut revoir effectivement à l'épicerie ou que sais-je, et où le médecin du travailleur... On parlait tantôt que le travailleur ou le médecin traitant pourrait avoir recours au médecin de son choix à lui, médecin traitant, et il y a certains risques. Il peut se développer un certain biais que certains médecins aussi aient le biais syndicaliste ou le biais travailleurs.

Donc, le médecin du BEM, lui, on a cette garantie-là de neutralité, il n'est pas plus pour la CSST, pour le travailleur. Donc, c'est cette neutralité-là qui est importante, je pense.

M. Descoteaux: Vous comprendrez que votre réponse me désole un peu, malgré que je la comprends. Parce que le médecin de l'employeur, le médecin de la CSST, le médecin du salarié ou du travailleur et le médecin du BEM devraient quand même appliquer, vous l'avez dit vous-même, la même médecine. Mais, je comprends, l'humain étant ce qu'il est.

● *(17 h 40)* ●

Mais ça m'amène donc à la problématique qu'on a discutée une bonne partie de la journée, où certains prétendent que, puisque c'est une opération ou une évaluation purement médicales, on peut appliquer des critères purement scientifiques, comme si personne n'est désincarné, sauf le travailleur, alors que d'autres disent: Oui, mais il faudrait respecter la loi, et d'où on approche le problème sous l'angle médicolégal, parce que notre médecin spécialiste du BEM oeuvre dans le cadre d'une loi. Je pense que c'est la conclusion que je tire de vos propos et des questions que je vous ai posées.

Puisque tous ne sont pas infaillibles, puisque tous, on n'a pas de science à 100 %, à ce niveau-là, on est au niveau de l'humain, est-ce qu'il ne devrait pas... ne devrait pas y avoir, excusez-moi, une approche avec un préjugé ou favorable au travailleur blessé ou, comme le dit la loi et comme le dit la Cour d'appel justement, une approche d'interprétation libérale de la loi, donc dans le sens où notre spécialiste du BEM, lorsqu'il y a un certain doute — puis je présume qu'il y en a, des doutes, parce qu'il a deux rapports devant lui et il faut qu'il arbitre — à ce moment-là, devrait interpréter son rôle à la lumière de la loi et donc avec une approche large et libérale en faveur du travailleur blessé?

M. Morazain (Louis): Je vais juste répondre brièvement. D'abord, le rôle du BEM, ce n'est pas nécessairement un rôle d'arbitrage. Il n'a pas à donner raison à l'un ou à l'autre, à choisir une thèse plus que l'autre, il a à voir le dossier et le travailleur et le voit avec ses notions médicales. Et, quand il voit le travailleur, il le voit de façon totale et entière, en tenant compte de ses autres maladies aussi, en tenant compte de sa personnalité, en tenant compte de beaucoup d'autres choses. Ce que j'ai entendu tantôt m'a fait presque frissonner dans le dos,

comme membre du BEM, mais je ne reviendrai pas là-dessus.

Donc, le membre du BEM qui fait une évaluation regarde le travailleur dans son ensemble: il est gros, il est petit, il est fort, il est faible, c'est une femme, c'est un homme. Tout est regardé, mais il doit quand même cerner le problème: Quelle est la lésion médicale? Quel est le diagnostic médical selon les données probantes de la médecine? Qu'est-ce qui est la plus probable comme situation que j'ai devant moi?

M. Descoteaux: Mais ce qui est probable — moi, j'arrive exactement exactement à la même conclusion que vous ou je retiens la même conclusion que vous — ce qui est le plus probable n'est pas une certitude à 100 %.

M. Morazain (Louis): Monsieur, je n'ai jamais eu la prétention d'être infaillible.

M. Descoteaux: Merci.

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

M. Bachand: Oui, merci, M. le Président. Bonjour, messieurs. Je peux facilement convenir que ce n'est pas une position nécessairement confortable d'être un spécialiste, et Dieu m'en garde, du BEM. Je comprends très bien l'appréciation scientifique que vous devez faire, et ça, pour comprendre une approche scientifique, il faut avoir eu une formation scientifique. Déjà là, ce n'est pas facile à comprendre pour ceux qui n'ont pas cette approche-là.

Moi, je vous dirais, je vais aller plutôt vers la formation plutôt que toutes les problématiques, parce qu'il y en a plusieurs qui ont été à mon sens répondues, là. Mais, au niveau de la formation — puis je suis un peu mal à l'aise avec ça puis malheureusement parce qu'à l'intérieur de la formation on a parlé de deux aspects — il y en a une qui parle d'une formation qui serait une rétro, je dirais...

Une voix: ...

M. Bachand: ...oui, une rétroinformation qui viendrait, par exemple, de la CLP. Et ça, c'est le Conseil du patronat qui est venu nous expliquer que finalement ils disent en gros: «Implanter un mécanisme de rétro-information pour les membres du BEM à la suite des décisions prises par la CLP.» Et eux, ils disent, ils concluent que «le BEM continuera à dispenser aux membres des séances de formation au rythme de deux [...] année, afin d'améliorer la qualité de leurs avis» puis somme toute, eux autres, ils sont satisfaits de ça.

Mais j'en comprends aussi que vous avez d'autres formations, et ça, c'est un peu moins... Mais je ne veux pas vous mettre en boîte. Donc, je veux quand même vous en parler, de cette formation-là, parce que, moi, je suis un peu mal à l'aise avec ça. Donc, ça a tombé sur la table, ici, *Astuces pour évaluer le patient difficile*. À l'intérieur de ça, et là ce n'est pas très scientifique à mon sens: «Fiabilité et validité des résultats.» Vous connaissez, en recherche scientifique, la fiabilité et la validité, la différence entre les deux — on partage ces mêmes sources d'information là — et là: «Quelles sont les motivations du patient? Troubles de la personnalité.» Je vais vous donner quelques... Et là ils disent: «S'agit-il d'une personne qui présente un trouble de la personnalité?» Et là, entre parenthèses, c'est marqué «pas rare». «Modalité durable de l'expérience...» Et là il y en a un paquet comme ça.

Une voix: ...

M. Bachand: Ce document-là, c'est un document qui... ça s'intitule *Astuces pour évaluer le patient difficile*, c'est une formation pour les membres du BEM. Le document, est-ce qu'il est déposé?

M. Jutras: ...il a été déposé devant la commission. Mais je comprends le docteur, là, il ne l'a pas vu, là, lui, hein, c'est ça?

M. Morazain (Louis): Non, je ne l'ai pas vu. Premièrement, je dois dire que...

Une voix: ...

M. Morazain (Louis): Excuse.

M. Lavallée (Pierre): ...il y a des formations une ou deux fois par année, puis ça, je pense, c'est la dernière qu'il y a eu sur le patient difficile ou quand la relation médecin-patient était difficile.

Juste pour vous dire que les commentaires des gens qui ont assisté et des gens qui sont au BEM... ils ont trouvé que c'était une des meilleures formations qu'ils avaient eues parce que c'est un problème des fois, qu'on a, de contacts, de relations. Ce n'est pas tout le temps facile. Il y a des fois différents problèmes. Puis je sais que ça a été très apprécié, cette formation-là.

M. Bachand: ...vous nous dites que ça a été... Bon.

M. Lavallée (Pierre): ...parce que, quand on regarde dans les plaintes ou dans les reproches qui ont été faits, des fois c'est l'attitude du médecin spécialiste à l'examen, de la façon qu'il examine les patients, des fois faire mal aux patients, de la façon qu'il va les interpeller, puis ça touchait un peu ces points-là.

M. Bachand: Moi, je comprends ça, M. Lavallée, mais ce que je comprends aussi, c'est que vous êtes désavantagés par une perception comme celle-là, et ça, c'est malheureux.

M. Lavallée (Pierre): Non, ce n'est pas une perception, parce qu'il faut comprendre que, là, on est dans le haut de la pyramide. On parle de cas qui se sont rendus à une situation plus difficile puis là on parle de cas plus difficiles. Il y a des patients, au travers de ça, que c'est difficile, c'est plus difficile, puis il ne faut pas se le cacher. Il y a des fois que les relations sont plus difficiles, puis je ne pense pas que c'est une...

Le Président (M. Jutras): ...est épuisé, puis je comprends que, si vous ne l'avez pas vu, Dr Morazain, là, que...

M. Morazain (Louis): Depuis quatre ans, je suis membre du BEM et, depuis quatre ans, à cause de mes activités à la fédération, je n'ai pas le temps d'aller au BEM. Donc, je n'en fais pas vraiment, actuellement, là. C'est pour ça que je n'ai pas fait cette formation-là.

Le Président (M. Jutras): De toute façon, on va vous en remettre une copie avant que vous quittiez. Puis, si jamais vous avez des commentaires à nous formuler, vous pourrez toujours communiquer, là, soit avec moi ou nous envoyer une lettre, là, si vous avez des commentaires à formuler. Parce que je comprends que, ne l'ayant pas vu, c'est difficile de vous interroger à ce sujet-là.

M. le député de René-Lévesque.

M. Dufour: Oui. Merci, M. le Président. Alors, M. Dugré, M. Morazain et M. Lavallée, merci d'être en commission parlementaire. M. Dugré, vous êtes attendu à une autre instance, je crois.

Quelques questions très brèves mais une qui est pertinente, en partant. Dans l'introduction, vous dites que, «suite au dépôt de ce rapport à ces audiences, nous avons vu apparaître, dans les journaux, des commentaires peu flatteurs à propos des médecins membres de ce Bureau d'évaluation médicale et nous avons senti le besoin de nous présenter devant vous».

Pouvez-vous élaborer davantage sur les propos peu flatteurs qu'il y aurait eu dans les journaux?

M. Morazain (Louis): Bien, je vous référerais aux éditions du *Journal de Montréal* du temps, là. J'ai eu quelques découpures de presse qui n'ont pas été très élogieuses à propos de ce qui s'est dit, à propos de certains de nos confrères. Ce n'était pas très flatteur, ce qu'on en a lu là, alors c'était une attaque assez personnelle. Dans certains cas, les gens étaient nommés. Ce n'était pas très élégant, alors on a senti le besoin de venir vous dire que ce que l'on a vu dans les journaux, ce n'était peut-être pas la réalité de tous les médecins du BEM ou des médecins spécialistes du Québec.

M. Dufour: Vous parlez peut-être qu'il y a des noms de médecins qui auraient été nommés, qui faisaient au-delà de 405...

M. Morazain (Louis): Évaluations, etc.

M. Dufour: Bon. Je reviens justement à ça. Certains groupes nous ont dit, incluant des organisations syndicales qui ne sont pas d'accord, je dirais, d'abolir le Bureau d'évaluation médicale, dit qu'il manque du monde au niveau du BEM, qu'il manque de spécialistes au niveau du BEM. De là vient le fait que des fois, ne se servant pas non plus, je dirais, de sa prise discrétionnaire concernant les picots n°s 4 et 5 du pouvoir qu'il a... fait en sorte que ça engorge parce que la personne peut retourner une deuxième fois voir le Bureau d'évaluation médicale.

Deuxième élément, c'est qu'il manque de spécialistes au niveau du Bureau d'évaluation médicale. C'est pour ça qu'on retrouve souvent les mêmes par rapport à certaines spécialités. Même M. Massé disait qu'il manquait de monde dans certaines spécialités. Mais ça parlait aussi au niveau du mode de rémunération.

Quel est votre point de vue là-dessus?

M. Morazain (Louis): Sur le manque d'effectifs?

M. Dufour: Mode de rémunération au niveau des effectifs puis au niveau de certaines catégories de spécialités.

M. Morazain (Louis): Bien, dans le mémoire ou dans l'allocution que j'ai faite, j'ai sauté le bout sur la pénurie, là. Écoutez, 85 % des lésions musculosquelettiques, c'est des orthopédistes qui sont dans les dossiers. Ce sont les orthopédistes qui sont les plus nombreux spécialistes du musculosquelettique au Québec, avec les rhumatologues et les physiatres en plus petit nombre. On retrouve, au BEM, surtout des orthopédistes.

● *(17 h 50)* ●

Mais les orthopédistes ne peuvent pas tout faire quand on leur demande de faire et la traumatologie. Vous avez les commandes ministérielles de faire plus de prothèses... de hanche, de genou, de baisser les listes d'attente de chirurgie, de répondre aux cliniques externes. C'est inévitable que la pénurie va toucher le BEM. Mais ceux qui ne font plus de chirurgie, ne font plus de garde étant plus disponibles pour faire de ces évaluations, c'est normal qu'on fasse appel à eux. Quand vous avez des délais de 30 jours à respecter comme directeur du BEM, ce qu'on me dit, alors, à ce moment-là, c'est normal qu'on fasse appel à des individus plus souvent qu'à d'autres.

Le plus bel exemple, c'est moi. Depuis quatre ans, je n'ai donné aucune disponibilité. Alors, c'est clair, c'est vrai qu'on avait demandé, et l'Association en orthopédie où j'étais dans le temps, en 1996, avait demandé qu'il y ait un plafond d'expertise, mais parfois il a été dépassé, effectivement.

M. Dufour: O.K. En page 3 de votre document, vous dites que c'est le comité consultatif du travail et de la main-d'oeuvre, qui est un comité paritaire, qui voit à ce que les membres choisis pour faire partie du BEM soient des membres qui n'ont pas de relation contractuelle avec l'une ou l'autre des parties en cause. Est-ce qu'on peut confirmer que c'est l'heure juste qu'on a dans votre rapport, au moment où on se parle?

M. Morazain (Louis): C'est ma perception des choses.

M. Dufour: C'est votre perception des choses.

M. Morazain (Louis): Je reçois ma nomination du conseil consultatif, et on me demande à chaque fois de bien m'assurer que je n'ai jamais eu de relation contractuelle depuis les derniers cinq ans, enfin peut-être trois, là.

M. Dufour: O.K. En page 4 de mon document — une dernière question, je passe la parole à ma collègue — juste pour ne pas que ce soit moi qui sois dans l'incompréhension, là, mais, à la page 4 de votre document, vous parlez: «Et quel en était le résultat? Le résultat en a été qu'au cours des dernières années 90 % des dossiers amenés devant le Bureau d'évaluation médicale n'ont été contestés ni par l'employeur ni par le travailleur.» À ce

que je sache, le travailleur ne peut pas contester le bureau du BEM, c'est la CSST et l'employeur.

M. Morazain (Louis): Je pense que tout le monde peut contester l'avis du BEM. Si le travailleur, il n'est pas content de la décision de la CSST prise sur l'avis du BEM, il va la contester. Il ne contestera pas le BEM, il va contester l'avis de la CSST basé sur l'opinion du BEM.

M. Dufour: C'est parce que ce n'est pas comme ça que c'est indiqué dans votre document, puis c'est pour ça que ça m'a l'air trompeur un peu. Vous dites: «...90 % des dossiers amenés devant le Bureau d'évaluation médicale n'ont été contestés ni par l'employeur ni par le travailleur.» Mais le travailleur ne peut pas contester le BEM.

M. Morazain (Louis): Ni l'employeur non plus. C'est la décision administrative de la CSST qui va être contestée.

M. Dufour: O.K.

Mme Doyer: Merci, M. le Président.

M. Morazain (Louis): Ça fait le relais entre les deux.

Mme Doyer: Bonjour, messieurs. Bienvenue à la commission.

Depuis le début des auditions, aujourd'hui, on a entendu différentes suggestions, puis, moi, ce que j'ai lu dans le rapport d'évaluation du BEM, c'était qu'il y avait une banque d'à peu près 78 noms, mettons, autour de 80, 78, 80 noms, dont 36 à Québec, 42 à Montréal. Nous parlons d'une banque de noms de possibles spécialistes qui agissent dans différents dossiers, et que, pour les attirer, ces médecins spécialistes, à agir, il faudrait harmoniser les salaires, les revenus, dépendamment des actes posés, à ceux de la SAAQ, la Société d'assurance automobile du Québec, ou de la CSST, et que ça, ça aurait comme effet possiblement — je vais utiliser ce charmant mot, «possiblement» — de faire en sorte d'augmenter la banque de médecins spécialistes. Bon.

Ça, c'est ma première question: Est-ce que vous êtes d'accord avec ça? Ou qu'est-ce que...

M. Morazain (Louis): Je m'excuse. Sur l'augmentation des honoraires?

Mme Doyer: Oui, sur l'harmonisation des honoraires, parce que, quand on fait une évaluation, un examen médical, une évaluation, à la CSST, à la SAAQ, ils sont payés plus cher à l'acte que vous, mettons, au BEM et que ça aurait un effet négatif sur cette banque de noms. Parce qu'on a beau avoir une banque de noms, ça ne veut pas dire que toutes ces personnes-là agissent. Et c'est ça qui était sorti dans les journaux et qui donne une image à un moment donné. Ce que les gens peuvent penser dans la population, c'est qu'il y en a qui agissent sur le nombre d'examens médicaux pour se faire un salaire, alors que vous et moi, on peut penser autrement, que ce n'est pas nécessairement le cas. Mais les gens, c'est quand tu dépasses les 405 dossiers puis que tu es rendu à, je ne sais pas, moi, 500, 600 dossiers traités.

Ça, c'est ça, là: Quels sont les moyens, les mesures que vous verriez, admettant le fait qu'on dit: «On va continuer avec le BEM», puis qu'on veut améliorer la situation, accélérer le traitement des dossiers ou quoi que ce soit? C'est quoi, les mesures que vous verriez?

Et j'ai une autre question que je vous poserai tantôt.

Une voix: ...

M. Dugré (Yves): ...Mme la députée, je pense qu'on va prendre vos paroles, on va les transposer à Mme Jérôme-Forget quand on va aller en négociation sur les honoraires. Je pense ça peut être intéressant qu'elle entende ça, qu'on puisse augmenter.

Mais je vais juste dire deux points là-dessus, sur aider. La rémunération de l'expertise au Bureau d'évaluation médicale fait partie d'autres examens ou d'autres analyses qui sont faits par les orthopédistes et autres spécialistes dans le cadre de l'évaluation des travailleurs. Il faut toujours regarder l'équilibre entre tous ces éléments-là pour que tout puisse se faire à cause d'un problème de pénurie. Donc, oui, la rémunération, c'est un élément et c'est regardé actuellement dans cette négociation-là.

Comment augmenter la banque de travailleurs et faire que les 78 qui sont déjà dans le BEM... Bon. Il y a quand même des initiatives personnelles, mais il faudra le regarder avec les avantages et inconvénients de voir à ce que ça puisse se faire aussi en dehors des grands centres. C'est un autre élément. C'est un élément qui peut être regardé. Mais il n'y a pas seulement des avantages nécessairement. Il faut regarder toujours la question de qualité, l'endroit où c'est fait, l'environnement nécessaire pour ces évaluations, mais certainement c'est des éléments qui peuvent être regardés absolument pour augmenter la performance, disons, de ceux qui en font actuellement.

Le Président (M. Jutras): Sur la question des honoraires, est-ce que la fédération, vous vous êtes penchés sur les honoraires... chargés par les spécialistes qui font des expertises et qui vont témoigner devant le tribunal?

Vous avez entendu auparavant la CSN. Je pense que vous étiez là, Dr Dugré. Et vous avez entendu parler des montants d'honoraires, là.

M. Dugré (Yves): Ce n'est pas dans la convention, là. On parle quand même d'honoraires qui sont faits, là, à ma compréhension, complètement... les honoraires, j'appelle ça, juridiques, si on veut. Bon. Exactement.

Le Président (M. Jutras): Et donc ma question: Est-ce que vous vous êtes penchés sur cette question-là?

M. Dugré (Yves): Absolument, mais c'est un peu ce que je vous ai répondu par rapport à l'équilibre par rapport à d'autres tarifs. Il faut craindre le déséquilibre dans ces éléments-là, par rapport à la fonction de l'Association d'orthopédie en tant que telle. Ses membres ont besoin d'être aussi à l'urgence, de répondre aux patients en urgence.

Donc, il y a un équilibre parmi l'organisation du travail. Ça fait partie de voir comment avec la Société

de l'assurance automobile, mais le volume n'est pas le même. On ne parle pas de même volume. Et c'est sûr que c'est un élément qui est regardé, d'harmoniser les tarifs médicolégaux ou juridiques.

Le Président (M. Jutras): ...secondes.

Mme Doyer: D'abord, les personnes que vous évaluez, est-ce que vous les voyez uniquement une fois ou plusieurs fois? Au besoin?

Une voix: ...

Mme Doyer: Une fois. Vous les voyez seulement une fois. Et est-ce que vous vous basez sur l'historique de cette personne-là d'un point de vue médical, d'après ce qu'elle a vécu à venir jusqu'à temps qu'elle a eu cet accident-là? Vous dites que vous voulez faire une évaluation complètement neutre, mais j'imagine que vous partez aussi de sa vie, de son vécu.

M. Morazain (Louis): On a le travailleur avec nous. On a son dossier complet, qu'on a la chance d'éplucher, et parfois c'est assez imposant. Et on a le travailleur, qu'on a le loisir de... pas questionner, mais d'interroger ou de dialoguer sur son problème pendant aussi longtemps que c'est nécessaire. On a le privilège de l'examiner avant de se faire son opinion.

C'est habituellement suffisant, et je dirais que la moyenne des évaluations au BEM dure une heure, parfois une heure et demie. On me dit: En psychiatrie, deux heures et deux heures et demie pour se faire une opinion sur un problème particulier quant à un diagnostic. C'est beaucoup moins que ça en pratique courante, là, de faire un diagnostic. Lors du diagnostic, s'il fallait prendre une heure à une heure et demie par patient pour faire un diagnostic, je pense que les listes d'attente seraient encore pas mal plus longues au Québec.

Le Président (M. Jutras): ...c'est le temps dont nous disposions. Merci, messieurs. Bon retour. Et les travaux de la commission sont ajournés à demain, jeudi 23 février, 9 h 30.

(Fin de la séance à 17 h 59)