



---

---

# ASSEMBLÉE NATIONALE

---

---

DEUXIÈME SESSION

TRENTE-SEPTIÈME LÉGISLATURE

## **Journal des débats**

**de la Commission permanente  
de l'économie et du travail**

**Le mercredi 12 avril 2006 — Vol. 39 N° 2**

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

**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](http://www.assnat.qc.ca)

Dépôt légal: Bibliothèque nationale du Québec  
ISSN 0823-0102

## Commission permanente de l'économie et du travail

Le mercredi 12 avril 2006 — Vol. 39 N° 2

### Table des matières

Auditions	1
Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (FMOQ)	1
Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)	10
Bureau d'évaluation médicale (BEM)	19

### Intervenants

M. Claude Bachand, vice-président  
Mme France Hamel, présidente suppléante

M. Pierre Descoteaux  
M. Norbert Morin  
M. Marjolain Dufour  
Mme Danielle Doyer  
M. Jean Rioux  
M. Éric R. Mercier

\* M. Louis Godin, FMOQ  
\* M. Pierre Belzile, idem  
\* M. Alex G. Potter, AQESSS  
\* M. Raymond Paquin, idem  
\* Mme Danielle Michaud, idem  
\* Mme Francine Huot, idem  
\* Mme Mona Landry, idem  
\* M. Daniel Charbonneau, BEM  
\* M. Jean Tremblay, idem

\* Témoins interrogés par les membres de la commission

**Note de l'éditeur:** La commission a aussi siégé les 22 et 23 février 2006, au cours de la première session de la Trente-septième Législature, concernant le même mandat. Les comptes rendus de ces séances sont publiés dans des fascicules distincts.

Le mercredi 12 avril 2006 — Vol. 39 N° 2

**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**

*(Neuf heures trente-cinq minutes)*

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Donc, sur les bons mots que vous vous échangez je vais ouvrir la séance. Ça met la table pour une commission fort détendue et fort conviviale. Donc, à l'ordre, s'il vous plaît! C'est déjà fait. Je déclare la séance de la Commission de l'économie et du travail ouverte.

Donc, je vous rappelle très rapidement le mandat de la commission. L'article 68 de la Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant différentes dispositions législatives donne le mandat à la commission compétente, dans ce cas 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 les groupes intéressés et concernés par la question.

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

**La Secrétaire:** Non, M. le Président, il n'y a pas de remplacement.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...vous connaissez les formalités. Je vais vous demander de fermer vos cellulaires pour la bonne marche de notre commission, et, en tout respect pour les gens qui nous accompagnent et qui vont nous informer, je pense que c'est la moindre des choses.

**Auditions**

Donc, je vais demander aux organismes de se présenter et de venir prendre place. Donc, j'ai nommé la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Donc, bienvenue, messieurs. Donc, je vous rappelle un petit peu... Êtes-vous familiers, oui, avec la commission?

**Une voix:** Un peu.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Un peu, hein, c'est ce que j'imaginai.

Donc, M. Louis Godin, je vais vous demander éventuellement de vous présenter, mais je vous souhaite tout de suite la bienvenue à notre commission et je vous rappelle les règles: donc, il y a 20 minutes pour la période de présentation et 40 minutes d'échange de part et d'autre, du côté de l'opposition et du côté ministériel.

Donc, je vais vous demander de vous identifier et de nous présenter votre mémoire. Allez-y, messieurs.

**Fédération des médecins  
omnipraticiens du Québec (FMOQ)**

**M. Godin (Louis):** Merci, M. le Président. D'abord, je vous remercie, vous, ainsi que vos collègues députés, de

nous recevoir afin de nous permettre de vous transmettre certains commentaires sur le rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale. Je suis le Dr Louis Godin, je suis médecin omnipraticien. Je suis toujours en pratique active et je suis également vice-président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Je suis accompagné, ce matin, de Me Pierre Belzile, qui est avocat et chef du contentieux de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. Donc, je vous transmets à nouveau nos remerciements de bien vouloir nous accueillir et de permettre à la fédération qui est un organisme en vertu des syndicats professionnels, qui représente les 7 800 médecins omnipraticiens au Québec qui travaillent principalement en cabinet privé et en établissement.

Comme vous le savez, les médecins omnipraticiens, dans leur pratique de tous les jours, ont à rencontrer un bon nombre de travailleurs qui auront subi un accident de travail ou une lésion professionnelle. La majorité de ces travailleurs-là seront rencontrés principalement soit au niveau des cabinets privés ou dans les salles d'urgence. Pour la fédération, nous souscrivons pleinement à deux éléments fort importants dans la Loi de la santé et sécurité du travail, soit le choix du travailleur de son médecin traitant, ce qui nous apparaît essentiel, et également le fait que les décisions diagnostiques et thérapeutiques du médecin traitant lient la CSST et les parties. Ce sont, pour nous, je veux dire, deux principes auxquels nous souscrivons sans réserve, comme médecins. Malheureusement, actuellement, la situation des effectifs médicaux au Québec fait que beaucoup, beaucoup de travailleurs n'ont pas de médecin de famille, qui est comme la situation, je veux dire, de beaucoup de Québécois actuellement.

Cette situation est due essentiellement à la pénurie des effectifs médicaux, et ce qui fait qu'aujourd'hui souvent les travailleurs ont à rencontrer... comme lieu de premier contact, suite à un événement traumatique ou à une lésion professionnelle, auront à rencontrer un médecin soit dans une clinique sans rendez-vous ou carrément dans une salle d'urgence. Malheureusement, le suivi médical, je veux dire, de ces gens-là souvent sera fait par des médecins différents compte tenu de la disponibilité de plus en plus restreinte des médecins omnipraticiens dans les services à leur clientèle. Naturellement, cette prise en charge par différents médecins cause des problèmes, et, au niveau de la fédération, on espère, au cours des prochains mois, d'en venir avec des mécanismes avec la CSST afin de favoriser la prise en charge des travailleurs toujours par le même médecin.

Nous sommes actuellement en discussion avec la CSST afin de mettre sur pied différents incitatifs et différentes façons de faire qui permettront au médecin omnipraticien de pouvoir et de faciliter le suivi régulier du patient qu'il verra pour une première fois, lors d'un premier contact, soit à la clinique sans rendez-vous ou au niveau de la salle d'urgence.

● (9 h 40) ●

Comme vous le savez sans doute, la majorité des gens qui subissent une lésion professionnelle évolueront rapidement et dans la bonne direction vers une consolidation sans problème. Malheureusement, il y a quelques cas qui vont s'étirer dans le temps ou dont la condition clinique va nécessiter des soins beaucoup plus prolongés, et c'est à ce moment-là que soit la CSST ou l'employeur demandera à ce que ce travailleur-là soit rencontré par un médecin expert et qui pourra, à ce moment-là, infirmer certaines des conclusions du médecin traitant et amener, à ce moment-là, que le dossier soit référé au Bureau d'évaluation médicale.

Lorsque le médecin, je veux dire, est évalué par le travailleur et que ce dossier est infirmé, souvent le médecin traitant n'est pas pleinement au courant de la procédure qui va s'en suivre et particulièrement que la décision, je veux dire, qui émanera du Bureau d'évaluation médicale et qui sera transmise à la CSST liera les parties. De la même façon, le rapport d'évaluation médicale n'est pas toujours transmis au médecin traitant, et souvent l'avis de la CSST est transmis directement au travailleur sans que le médecin traitant soit avisé de cette situation-là. Donc, nous souhaiterions, dans un premier temps, que, lorsque le travailleur est convoqué à un examen d'évaluation médicale... du Bureau d'évaluation médicale, que, dans l'avis qui est transmis au médecin traitant, de cet avis de... là, il soit clairement indiqué que les conclusions de cette évaluation médicale lieront, à ce moment-là, les parties. De la même façon, lorsque cet avis-là est transmis au niveau du travailleur — de la décision de la CSST suite à l'avis du Bureau d'évaluation médicale — que le médecin soit mis au courant de cette situation-là.

Parce que dans les faits qu'est-ce qui se produit, c'est que souvent le travailleur sera au courant de la situation; le médecin traitant, lui, est plus ou moins au courant. Il doit revoir le travailleur. La situation, je veux dire, est souvent un petit peu confuse notamment lorsque les traitements sont... suffisants ou qu'il y a consolidation, et ça amène souvent des situations qui sont un peu ambiguës au niveau de la relation, là, médecin-patient. Donc, nous apprécierons que ces choses-là soient éclaircies auprès du médecin traitant, lorsque les envois sont envoyés.

Lorsqu'il y a un rapport qui est infirmé, naturellement qu'un rapport complémentaire est demandé au médecin traitant. Le médecin traitant a, à l'intérieur de ce rapport-là, le pouvoir d'étayer ses conclusions ou ses opinions par rapport à la démarche thérapeutique qu'il a auprès de son patient. Il peut, à l'intérieur de ça, fournir au besoin un rapport de consultation ou un rapport d'évaluation supplémentaire qu'il jugera à propos de fournir au médecin évaluateur afin de lui permettre, je veux dire, de mieux apprécier la condition, je veux dire, de son patient qu'il a eu à suivre durant cette période-là. Naturellement, je veux dire, il y a aussi le processus de demande de consultation qui est toujours possible par le médecin traitant auprès d'un autre professionnel pour étayer à l'intérieur d'un rapport complémentaire, sauf que vous comprenez que cette procédure-là, compte tenu de la difficulté d'accès actuellement à un médecin, est une procédure qui n'est à peu près pas utilisée.

Malheureusement, comme médecins traitants et comme représentants de ces médecins-là, nous avons peu d'informations actuellement sur quelle est l'utilité réelle

du rapport complémentaire pour les médecins évaluateurs et surtout pour leur utilisation. Nous croyons donc qu'il y aurait lieu, pour nous, de faire une analyse au même titre qu'on a pu faire une analyse des rapports des médecins évaluateurs au niveau du Bureau d'évaluation médicale, que nous puissions faire une analyse des rapports complémentaires qui sont complétés par le médecin traitant afin de voir quelle est vraiment leur utilité qui en est faite par les médecins évaluateurs et quels sont, à l'intérieur de ces rapports-là, les points qui apparaissent les plus importants ou ceux qui nous apparaissent devoir être plus bonifiés.

Au cours des dernières années, différentes mesures ont été mises de l'avant afin d'améliorer les services du Bureau d'évaluation médicale notamment au niveau de l'évaluation des avis qui étaient fournis par les médecins évaluateurs, de la formation de ces médecins évaluateurs et également du souci qui était apporté à l'amélioration des rapports humains avec les travailleurs lors de ces évaluations-là. Comme fédération, nous soucrivons entièrement à ces démarches-là, particulièrement à ce souci d'améliorer les rapports humains avec les travailleurs lors du processus d'évaluation médicale. À la lecture du rapport d'évaluation, nous avons pu constater cependant qu'il y a toujours des délais importants dans l'évaluation des travailleurs. Cette situation-là nous apparaît l'aspect le plus important lié à la pénurie des effectifs, qui se situe également au niveau des médecins évaluateurs.

Nous, on pense que le nombre de médecins évaluateurs au niveau du Bureau d'évaluation médicale est probablement insuffisant compte tenu qu'il est à peu près le même qu'il était il y a quelques années, alors que le nombre d'évaluations médicales demandées au niveau du Bureau d'évaluation médicale ont nettement augmenté. Donc, pour nous, nous croyons cependant qu'une des façons, des solutions, ce serait de permettre à un plus grand nombre de médecins omnipraticiens d'agir comme médecins évaluateurs, au niveau du Bureau d'évaluation médicale. Nous croyons fermement qu'un bon nombre de médecins omnipraticiens ont toutes les connaissances médicales et toutes les habiletés requises pour agir à titre de médecins évaluateurs, en plus d'avoir, à l'intérieur de leur formation et de leur pratique, une approche, je dirais, un peu plus biopsychosociale, je veux dire, que purement lésionnelle, et à ce titre possèdent sûrement toutes les qualités pour agir à titre de médecins évaluateurs.

Donc, pour nous, il nous apparaîtrait intéressant qu'il y ait un nombre plus grand de médecins omnipraticiens qui puissent agir à titre de médecins évaluateurs, au niveau du Bureau d'évaluation médicale, ce qui nous permettrait de diminuer la pression actuelle sur le nombre de médecins évaluateurs et sur la tâche de travail qu'ils ont à faire face.

Naturellement, dans le processus d'évaluation, il arrive à plusieurs reprises que le médecin évaluateur va se limiter essentiellement aux points qui lui auront été demandés de se prononcer, souvent sur la date de consolidation et la nature des traitements, et il n'utilisera pas son pouvoir discrétionnaire pour se prononcer sur d'autres points. Naturellement, on peut voir cette attitude-là comme étant un respect du médecin traitant, c'est-à-dire de laisser au médecin traitant le privilège de fournir un nouveau rapport, un rapport médical sur les limitations fonctionnelles et l'atteinte permanente qui

peut s'ensuivre, et puis on apprécie ce respect probable, je veux dire, des médecins évaluateurs pour le médecin traitant. Cependant, de façon pratique, pour beaucoup de médecins omnipraticiens nous pensons que ce ne serait pas perçu comme étant un geste inapproprié que le médecin évaluateur se prononce à la fois sur les limitations fonctionnelles et sur l'atteinte permanente. À ce moment-là, nous croyons que ça éviterait, dans beaucoup de cas, beaucoup de délais et de nouvelles évaluations parce que souvent le médecin traitant va fournir un rapport d'évaluation médicale sur les limitations fonctionnelles et sur l'atteinte permanente.

Il est fort possible qu'à ce moment-là ce rapport-là puisse être à nouveau lui aussi infirmé par une autre partie qui demandera un nouveau passage au Bureau d'évaluation médicale, et là vous comprenez que ce sont tous les délais qui s'étendent de période en période, et finalement se retrouver souvent au même résultat, c'est-à-dire où le rapport d'évaluation médicale satisfait les parties ou sinon on va retourner à nouveau vers le Bureau d'évaluation médicale. Donc, bien que nous apprécions cette réserve des médecins évaluateurs au rôle du médecin traitant et de ne pas se prononcer sur des sujets autres, nous croyons qu'ils pourraient utiliser leur pouvoir peut-être un peu plus souvent sur des situations qui... apparaissent, là, les plus claires pour se prononcer et éviter, à ce moment-là, des délais indus.

J'aimerais finalement porter à l'attention de la commission le rôle important que la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec joue en termes de formation médicale. La fédération joue un rôle très important en formation médicale auprès de ses membres, que ce soit dans l'organisation de congrès, l'organisation d'ateliers de formation ou que ce soit à l'intérieur de différentes publications.

● (9 h 50) ●

Je vous mentionnais tout à l'heure l'intérêt que nous aurions que le ministère procède à une analyse des rapports complémentaires qui sont fournis par les médecins traitants, afin de s'assurer de leur contenu ou de la façon dont ils sont faits afin qu'on puisse en ressortir à la fois les points forts et les points qui peuvent demander amélioration, également, je veux dire, pour voir quelle utilité ou qu'est-ce qui pourrait être fait dans la complétion de ces rapports complémentaires là pour qu'ils soient les plus utiles possible au niveau des médecins évaluateurs du Bureau d'évaluation médicale. Ceci, couplé à des liens étroits qui peuvent être maintenus et qui de toute façon sont entretenus entre la fédération et la CSST, nous permettrait de notre part de se retourner vers nos médecins omnipraticiens et de pouvoir leur fournir les outils de formation les plus adéquats pour leur permettre de remplir les rapports complémentaires de la meilleure qualité possible, et ce, toujours au bénéfice de leurs patients.

Donc, ce sont les commentaires que nous avons à vous fournir ce matin, comme représentants de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, sur le rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Ça va? Merci, M. Godin. Donc, du côté ministériel, pour la période d'échange, la période de questions, M. le député de Groulx.

**M. Descoteaux:** Merci, M. le Président. Dr Godin, Me Belzile, bienvenue devant la commission. Merci de votre mémoire, un mémoire bref mais rafraîchissant, direct au but.

J'aime beaucoup votre approche et je pense que c'est peut-être innovateur. Mes collègues pourront revenir sur la question où vous nous recommandez qu'on utilise les médecins omnipraticiens au niveau du BEM, et je pense que, s'il y a un reproche qui a été fait peut-être en ce qui concerne les experts à ce niveau-là, c'était l'approche peut-être purement scientifique sans considérer toutes les conséquences, sans considérer aussi qu'il y a toujours un peu d'empirisme dans l'évaluation médicale. Lorsque vous nous dites que les médecins omnipraticiens ont une approche biosociale, bien je pense qu'effectivement c'est peut-être un des reproches qu'on faisait au BEM de s'écarter un peu trop de ce point-là.

Je voudrais toutefois aborder un autre volet, que vous évitez ou sur lequel vous ne vous penchez pas, c'est cet aspect où le travailleur accidenté a le libre choix de son médecin. C'est un droit fondamental. Et, à l'opposé de ce principe-là, on a entendu ou on reproche quelquefois le fait que le médecin en question, le médecin traitant, aurait peut-être une tendance à être moins objectif. On va partir de moins objectif pour peut-être aller jusqu'à la complaisance dans certains cas. Est-ce que, vous, de votre côté, vous voyez, vous considérez qu'il y a une certaine dichotomie au rôle du médecin omnipraticien, au rôle du médecin traitant lorsque son rôle premier vis-à-vis le travailleur accidenté, c'est son rôle de personne qui doit apporter un traitement, viser la guérison, et sous-jacent à ça ou se superpose à ça le fait que le médecin devienne un petit peu, et je le dis entre guillemets, là, l'expert, puisque son rapport va devoir servir à des fins d'indemnisation, donc du côté administratif?

Comment voyez-vous cette dichotomie-là? Est-ce qu'elle est là, cette dichotomie, ou est-ce que c'est une illusion? Peut-être élaborer un peu sur ça.

**M. Godin (Louis):** Pour nous, le rôle du médecin traitant nous apparaît relativement clair, mais le médecin traitant prend en charge un travailleur et, je veux dire, va le traiter selon les règles de l'art, selon ce que la bonne pratique médicale, je veux dire, lui transmet. Il va transmettre naturellement des informations médicales à la commission qui vont lier les parties. Et pour nous l'aspect de complaisance qui pourrait y exister est quelque chose, je veux dire, pour nous qui est très, très marginal si ça existe, là. Pour nous, nous ne croyons pas, je veux dire, qu'un médecin traitant puisse avoir une attitude qui va être plus complaisante parce que c'est le médecin traitant et c'est le médecin de famille.

Cependant, il est clair que, lorsqu'un médecin suit un patient de longue date qui est un travailleur qui subit une lésion professionnelle, il y aura probablement une vision qui est un peu différente de celle d'un médecin expert qui va rencontrer le travailleur lors d'une évaluation qui va durer une heure et qui va se terminer là. Il y aura probablement différents aspects. Mais, pour moi, je n'y vois pas, je veux dire, de conflit ou de difficulté à l'intérieur de ça. Au contraire, moi, je pense que la prise en charge par un médecin de famille, que ce soit à l'intérieur d'une lésion professionnelle, d'un accident de travail ou de n'importe quel autre événement, est une plus-value

importante dans la résolution d'un problème. Et, moi, je n'y vois pas de difficulté, à l'intérieur de ça.

Il est clair que cet aspect un peu médico-administratif peut parfois, je veux dire, mettre mal à l'aise certains médecins. On a des médecins omnipraticiens qui actuellement se retirent du champ de la prise en charge des travailleurs qui ont subi des lésions professionnelles ou un accident de travail à cause justement de tout cet aspect administratif ou — je n'ose pas employer le terme juridique, mais pour un médecin c'est presque un aspect juridique, là — de tout ce qui s'en suit dans les phénomènes où on pourra confirmer ou infirmer son opinion.

Mais cette base-là de prise en charge par le médecin traitant, pour nous, nous apparaît une plus-value importante, et, si on est capables de trouver des moyens pour faire que le travailleur soit pris en charge par un médecin et qu'il ait le suivi de ce médecin-là durant tout cet épisode de soins là, je pense qu'on y serait grandement gagnants.

**M. Descoteaux:** Lorsque vous dites qu'il y a certains médecins qui se retirent justement — c'est peut-être un des points sur lesquels la commission veut se pencher surtout — qu'est-ce qu'on peut faire pour justement éviter que des médecins se retirent de ce champ de pratique là, jusqu'à un certain point, évitent le travailleur accidenté pour ne pas se retrouver dans les dédales administratifs et juridiques de l'indemnisation des travailleurs?

**M. Godin (Louis):** Je pense que, dans un premier temps, il faut mettre des efforts à bien faire connaître le processus administratif auprès des médecins, s'assurer, je veux dire, que, lorsque, dans les démarches administratives... le travail du médecin traitant soit respecté à l'intérieur de ça, qu'il n'ait pas crainte, là, qu'il soit appelé à aller à différents tribunaux administratifs, même si dans les faits ce n'est pas le cas — parce que les médecins traitants sont très, très, très rarement appelés, je veux dire, à aller au niveau des tribunaux administratifs — mais un peu les rassurer par rapport à ça. C'est important aussi de continuer à travailler au niveau de la formation, je veux dire, des médecins, de leur transmettre le plus de formations et d'informations sur leur travail à l'intérieur de ça pour qu'ils se sentent le plus à l'aise.

Il y a également, je veux dire, des choses à faire du côté des conditions comme telles, je veux dire, de rémunération qui se fait des médecins omnipraticiens et des conditions de pratique. Vous savez, actuellement on vit une pénurie d'effectifs, qui est terrible, au niveau de la médecine de famille, spécialement au niveau des cabinets... et ce qui fait qu'il y a des biens médecins qui, à choisir entre s'occuper d'un accidenté du travail ou de s'occuper d'un autre patient qu'ils connaissent depuis longtemps, vont choisir souvent de s'occuper d'un autre patient parce qu'ils sont plus à l'aise à l'intérieur de ça. La pénurie qu'on parle au niveau des médecins évaluateurs, vous retrouverez cette même pénurie là, je veux dire, sur l'ensemble des soins de première ligne.

Donc, à un moment donné, il y a des choix, il y a des intérêts, mais je pense que, si on réussit à transmettre une information, à démystifier un peu l'aspect administratif qui entoure le bureau, tout le processus administratif au niveau de la CSST, je pense que les

médecins vont vouloir et si on réussit à trouver certains incitatifs pour les intéresser à prendre en charge ces travailleurs-là.

**M. Descoteaux:** ...à ce moment-là, qu'une de vos recommandations qui dit que les décisions du BEM devraient, entre autres, retourner au médecin traitant fait partie de cette logique-là, puisqu'au fond le médecin traitant est écarté à partir du moment où la décision monte.

**M. Godin (Louis):** ...il y a souvent des délais. Le médecin est peu au courant de cette situation-là. Le travailleur revient. Le médecin n'est pas trop, trop, trop au courant de ce qui se passe comme situation: Est-ce que le patient a été consolidé? S'il a été consolidé, donc on met fin au traitement. Il y avait déjà un traitement qui était en cours, le travailleur le continue. Il y aura des problèmes, je veux dire, au niveau de la rémunération. C'est tous des détails qui font que, dans le quotidien du médecin, au niveau de son cabinet, bien ces éléments-là font que la pratique est un petit peu plus désagréable. Et les médecins, bien ils recherchent aussi à éviter ces choses-là.

**M. Descoteaux:** Merci bien.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Ça va? Oui. M. le député de Montmagny-L'Islet.

**M. Morin (Montmagny-L'Islet):** Merci, M. le Président. Bon matin, messieurs. Dans votre mémoire — et vous venez d'en parler — vous parlez de formation continue, votre revue, *Le Médecin du Québec*, qui consacre de nombreux numéros. Mais, au point de départ, est-ce que la formation du médecin omnipraticien inclut une formation relative au régime d'indemnisation en santé et sécurité au travail?

**M. Godin (Louis):** ...je veux dire, les médecins omnipraticiens sont tout à fait habilités, de par leur formation, à prendre en charge des travailleurs. Ça, je n'ai aucune crainte à l'intérieur de ça. Ils sont même aussi au fait des règles administratives, là, qui gèrent la CSST, sauf qu'il faut comprendre que la science médicale est une science qui évolue énormément avec les années, et, nous, on se donne comme mandat de fournir à nos membres des outils de formation pour leur permettre de maintenir cette mise à jour là dans leur pratique médicale.

● (10 heures) ●

Ce désir-là par rapport au rapport complémentaire, c'est qu'actuellement on a peu de rétroaction sur comment sont complétés ces rapports complémentaires là, sur l'utilité, je veux dire, qu'en font les médecins évaluateurs, sur quelles sont vraiment les informations qui leur apparaîtraient utiles de se retrouver à l'intérieur de ces rapports complémentaires là.

Donc, si on était capables d'avoir un peu plus d'informations de la même façon qu'on a procédé à une grille d'évaluation des rapports, des avis du Bureau d'évaluation médicale, si on était capables d'avoir une certaine évaluation des rapports complémentaires qui sont fournis par les médecins, pour nous ça va être

beaucoup plus facile, à partir de ce moment-là, de leur fournir les outils de formation professionnelle pour leur permettre de fournir les rapports complémentaires les plus utiles et... meilleure qualité autant pour leurs patients que pour le médecin évaluateur. Parce qu'on comprend que le médecin évaluateur se sert aussi de ce rapport d'évaluation, de ce rapport du médecin traitant pour l'aider à forger son opinion sur la condition du travailleur lorsqu'il va l'examiner, lorsqu'il va prendre aussi connaissance du rapport du médecin expert qui infirmera certaines de ses conclusions.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Oui, allez-y, M. le député.

**M. Morin (Montmagny-L'Islet):** ...à l'université, dans votre cours de médecin, est-ce qu'il y a une approche à ce régime d'indemnité? Est-ce qu'il y a vraiment une approche, un cours, il y a des cours?

**M. Godin (Louis):** ...omnipraticiens, durant leur formation, vont être exposés, pendant au moins la moitié du temps, vraiment à ce qu'on appelle les services courants et les services de première ligne en médecine familiale. Donc, dans le cadre de leur formation, ces médecins-là vont être mis au courant, ils vont être exposés. Naturellement que, la formation comme telle sur tous les aspects juridiques ou sur les aspects administratifs du régime d'indemnisation de la CSST, les médecins n'ont pas, je veux dire, cette formation-là au même titre, ils l'ont surtout à l'intérieur de la formation médicale sur les différentes pathologies qui sont prises en charge et également sur des aspects un peu plus par la bande, sur les aspects administratifs de la complétion des formulaires et tous les rouages administratifs de la CSST.

**Une voix:** Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Allez-y, M. Belzile.

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...là, M. Belzile.

**M. Belzile (Pierre):** Bien, en complément à ce que vous disiez et à ce qu'expliquait Dr Godin, il y a quelques années encore, à la fédération, il y a donc tout ce volet de formation médicale continue, mais il s'est développé, ces derniers temps, tout un volet aussi formation professionnelle continue. Il y a une grande nuance entre les deux. Et ça, ce sont des produits de formation, des outils de formation qui sont de plus en plus offerts par la fédération au bénéfice de ses membres. C'est la raison pour laquelle on l'a inscrit dans notre mémoire à titre de recommandation.

Donc, en renforçant ces liens-là, c'est de permettre de développer des produits de formation qui feront en sorte de mieux former les médecins omnipraticiens sur le terrain, avec tout l'aspect administratif d'un phénomène comme celui de l'évaluation médicale, où il y a tout son lot de formulaires, de délais, de principes, de critères avec

lesquels les médecins sont moins familiers, puisqu'ils se concentrent davantage sur l'aspect scientifique. Alors ça, ça permettrait aussi bien sûr de démystifier, auprès du médecin omnipraticien, toute cette pratique-là et peut-être donc de dynamiser le processus finalement, là, au bénéfice, là, du système comme tel.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...M. le député d'Iberville? Non? Ça va? Ah, j'avais cru comprendre. Oui? Mme la députée de La Peltrie.

**Mme Hamel:** Merci, M. le Président. Vous l'avez abordé tout à l'heure, là, puis d'ailleurs, votre introduction, là, «dans le feu de l'action de leur pratique polyvalente», alors vous l'avez mentionné, qu'il y avait un manque... médical, et tout ça, mais la FATA a prétendu qu'il était fréquent, là, que des médecins refusent de traiter des cas de CSST parce que c'est trop de trouble. Vous en avez parlé tout à l'heure. Mais est-ce que c'est courant, ça se fait fréquemment?

**M. Godin (Louis):** ...d'indication très précise en termes de pourcentage, mais effectivement il nous est rapporté et on le voit, nous, dans notre pratique, là, en discutant avec de nos confrères, qu'il y a effectivement des médecins qui, de plus en plus, je veux dire, refusent de prendre en charge des gens qui sont victimes de lésion professionnelle pour différentes raisons probablement qui rejoignent celles que je vous ai mentionnées tout à l'heure.

Cependant, je ne peux pas vous donner un nombre exact de pourcentage de médecins qui vont accepter ou non. Je pense que c'est encore une minorité de médecins qui refusent de prendre en charge des travailleurs. Cependant, ce que les médecins ont actuellement le plus, ressentent le plus de difficulté — c'est qu'on ne décide pas un bon matin d'avoir un accident de travail, hein, ça arrive, c'est un événement qui arrive une journée, et souvent le médecin a déjà sa liste de patients, sa liste de rendez-vous — donc, souvent, les travailleurs sont vus dans les processus du sans rendez-vous, et là actuellement c'est plus difficile pour revoir le travailleur, il y a toujours un jeu de chaise musicale. Il y a des gens qui, plutôt que de se retrouver dans cette situation-là, disent plutôt: Bien, écoutez, nous, là, on ne prend plus en charge. Je pense que c'est encore une minorité.

Naturellement que, s'il arrivera de la pénurie d'effectifs au cours des prochaines années, on espère que ça va s'atténuer, même si on n'en est pas convaincus. Et c'est sûr que c'est un problème auquel on a à faire face et c'est pour ça que, nous, comme organisme négociateur aussi avec les instances gouvernementales, on cherche actuellement des moyens pour favoriser cette prise en charge là, pour s'assurer que le médecin ait le plus d'intérêt, je veux dire, à le faire, et, autant, je dirais, au niveau de la rémunération que de la formation, que de l'information qu'on transmet aux médecins, toutes ces mesures-là vont probablement le rendre plus à l'aise face à cette situation-là, et on va probablement être capable de contrôler cette situation-là.

Il n'en demeure pas moins qu'on aura toujours certains médecins qui vont préférer se consacrer plus à un champ d'expertise au niveau de la première ligne

qu'un autre. Ça, c'est clair. Mais la situation m'apparaît encore une situation, je dirais, d'une minorité de cas, mais qui existe. Ça, on ne le nie pas du tout.

**Une voix:** Et, encore là, il faut faire attention.

**M. Belzile (Pierre):** ...je vous dirais, s'il y en a, il y a deux choses qui s'opposent, là, hein: il y a le droit consacré, le choix du médecin qui est consacré par la loi, mais il y a la pénurie d'effectifs dont on parle. Et ça, c'est difficile, là, de gérer ces situations-là. Très souvent, les travailleurs se présentent, ils n'ont pas de médecin de famille. Ils se présentent devant le médecin, et ce médecin-là peut produire une attestation, mais il peut y avoir après ça un autre médecin, il peut y avoir une pluralité de médecins dans le dossier. Il peut y en avoir plusieurs qui traitent le dossier de ce travailleur-là, et, au bout du compte, ce n'est pas nécessairement toujours à l'avantage du travailleur, et ça met une pression sur le corps médical.

Or, il y a des médecins qui vont hésiter. Il y a des sanctions pénales qui se rattachent au fait de ne pas respecter des délais pour les médecins. Il y a des sanctions administratives qui se rattachent à tout ça. Alors, vous avez une pénurie d'effectifs, vous avez le choix du patient donc de choisir son médecin. Ça s'oppose, ça, là, là. Il va falloir trouver une situation, là, pour régler ça. C'est trop facile de dire, là: Bien, il y a des docteurs qui ne prennent pas de dossier ou qui ne prennent pas ce type de patient là. Il faut voir un peu, là, dans quel contexte ils ont à évoluer, ils ont à travailler, et ce n'est pas toujours évident de suivre ces patients-là. Et, nous, ce qu'on pense, c'est qu'ils le font, en très grande majorité, de façon professionnelle, en respectant toujours leur code de déontologie — ça, c'est vraiment la perception qu'on en a — et dans un contexte quand même très difficile, là.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Ça va, Mme la députée?

**Une voix:** Oui, merci.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Oui. M. le député d'Iberville, est-ce que finalement vous avez décidé d'intervenir?

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Non? Ça va? O.K., excusez-moi d'insister. Ce n'est pas le cas, là, c'est une fausse perception. M. le député de Groulx, allez-y.

**M. Descoteaux:** Merci, M. le Président, Dr Godin, une brève question. J'espère que ce ne sera pas la question qui tue, mais ça me chatouille depuis que j'ai lu votre mémoire. Et je me rapporte au fait que vous disiez que vous voyez d'un bon oeil le fait que les médecins généralistes se retrouvent au BEM.

Vous êtes médecin généraliste au BEM; je vous décrète aujourd'hui que vous êtes médecin à ce niveau-là. Comment allez-vous réagir si vous recevez le rapport d'un éminent spécialiste, disons donc, peu importe le

domaine ou peu importe le champ de spécialité, d'un éminent spécialiste, professeur à l'université, et vous avez déjà référé des patients à ses talents, et là vous êtes sur le siège d'un tribunal, et vous recevez le rapport de ce spécialiste-là pour lequel vous avez le plus grand des respects? Comment allez-vous aborder la situation?

**M. Godin (Louis):** D'abord, si vous avez décrété que je suis assis sur le siège...

**Une voix:** ...

**M. Godin (Louis):** ...tout à fait, et, je vous le dis tout de suite, c'est pour les fins de la commission seulement. Un médecin omnipraticien qui se retrouverait comme médecin évaluateur, c'est parce qu'on aura jugé au départ qu'il a les connaissances et les compétences pour agir comme médecin évaluateur. Et pour nous il est tout à fait réaliste et possible qu'un médecin omnipraticien, de par sa formation, ait toutes les compétences requises pour faire une évaluation médicale de qualité parce que c'est une évaluation médicale de qualité.

● (10 h 10) ●

Donc, s'il est là, ça veut dire qu'il a la compétence et il a les connaissances pour procéder à cette évaluation-là. Il aura devant lui, je veux dire, le rapport d'un éminent spécialiste, j'en conviens, sauf qu'à partir du moment où le médecin omnipraticien est là et on a jugé qu'il avait la compétence de le faire, il fera son évaluation avec les règles de l'art médical, avec les règles de l'art et le code de déontologie, là, qu'on lui demande de respecter et il fournira son avis. Je veux dire, pour moi il n'a pas nécessairement à être influencé par le rapport de l'autre côté parce qu'il est fourni, je veux dire, par un éminent spécialiste.

Je veux dire, la médecine, c'est la médecine, là, et, je veux dire, elle n'a pas, dans l'évaluation, nécessairement à être différente parce qu'elle est faite par un médecin omnipraticien ou par un médecin spécialiste. Je suis profondément convaincu, nous sommes profondément convaincus qu'il y a des médecins omnipraticiens qui ont toutes les qualités pour fournir des évaluations médicales de grande qualité, probablement et sûrement d'aussi grande qualité que celles fournies par un médecin spécialiste, malgré tout le respect que je dois, je veux dire, aux médecins spécialistes.

**M. Descoteaux:** Donc, avec l'approche bio-sociale, il n'y aurait pas d'hésitation à contredire le rapport d'un expert.

**M. Godin (Louis):** Écoutez, moi, je pense que c'est approche qui est un peu plus large de la part d'un médecin omnipraticien. Ça fait partie de son bagage de formation, de sa façon, je veux dire, de réagir et d'évaluer, je veux dire, certains problèmes, et je pense que c'est peut-être là une voie où on pourrait dans certaines circonstances bonifier un peu l'évaluation un peu au-delà de l'aspect purement très, très lésionnel comme on voit souvent, où ça se produit.

**M. Descoteaux:** Merci beaucoup.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Merci, M. le député de Groulx. M. le député de René-Lévesque.

**M. Dufour:** Oui. Merci beaucoup, M. le Président. Alors, Dr Godin, Me Belzile, alors je peux vous dire que j'apprécie grandement votre présence à cette commission, pour un, par rapport au court délai que vous avez eu de nous présenter un mémoire et peut-être vous signifier aussi que la commission, on est en train de faire un travail somme toute, je dirais, assez transparent par rapport à tout ce qui a trait aux travailleurs accidentés en partant, bien entendu, du médecin traitant à aller jusqu'à l'ensemble des courroies en montant, que ce soit la CSST, la CLP. Puis on s'est même donné des mandats d'initiative pour étudier d'autres dossiers, là, dans un laps de temps assez court.

Je suis content que vous soyez ici parce que, dans une bonne majorité de groupes qu'on a rencontrés, là, pendant cette commission parlementaire, ils nous ont effectivement dit ou confirmé qu'il y a des médecins traitants que c'est vrai qu'ils vont faire le choix d'une autre clientèle au lieu d'une clientèle de travailleurs accidentés parce que, un, s'ils avaient voulu être un avocat, ils auraient suivi un cours au Barreau, O.K., le fait aussi d'être poignés dans des dédales administratifs au niveau de la papeterie. Il y en a qui nous ont dit que le médecin traitant devrait... c'est eux qui en premier lieu traitent le travailleur et qu'ils se devraient d'être un peu mieux écoutés. Bien sûr, on a la théorie de l'opposé qui dit que, bon, il y a des spécialistes, puis il ne faut pas oublier qu'entre les deux c'est toujours la victime, là, qui, je dirais... le mémoire de la FTQ, il le prenait comme une boule dans une machine à boules, là, parce que, tu sais, c'est bing, bang à une place, bing, bang à l'autre.

Je comprends, dans votre mémoire, ce que vous dites par rapport au BEM, là. Je pense que M. le député de Groulx a décrété que vous étiez rendu au BEM. Je ne sais pas s'il en avait parlé à son ministre, là. Mais, à vous entendre parler, là, ma première question, là — puis j'ai lu bien attentivement votre mémoire — c'est qu'il devrait y avoir un meilleur maillage entre le bureau du BEM et les médecins traitants quand c'est le cas d'un accidenté du travail, bien entendu. J'aimerais vous entendre plus profondément sur cet aspect-là du maillage entre les spécialistes et le médecin traitant.

**M. Godin (Louis):** En fait, ce que l'on veut dire par rapport à la relation entre le médecin traitant et le Bureau d'évaluation médicale, c'est que, bon, comme médecins traitants, on a la charge d'un patient ou d'un travailleur. C'est nous qui l'accompagnons, puis l'objectif, là, je veux dire, c'est de guérir cette personne-là puis de lui permettre d'avoir le retour à la plus grande intégrité physique et psychologique, là, possible. On est conscients qu'on ne peut pas évacuer cet aspect administratif là. On est dans un système où il y a un régime d'indemnisation et on comprend qu'il doit y avoir, je dois dire, des instances qui devront trancher à quelque part. Et ça, je vous dirais, nous, on est très à l'aise, je veux dire, avec la présence d'un bureau d'évaluation médicale où un médecin va avoir à se prononcer sur deux visions médicales ou deux opinions médicales différentes. On est beaucoup plus à l'aise avec le fait que ce soit un médecin qui se prononce là-dessus que ce soit, là, une

instance administrative ou plus judiciaire. Donc ça, on est très à l'aise avec ça.

Cependant, qu'est-ce qui arrive souvent dans la vie de tous les jours, c'est que, le continuum, ou la démarche, ou les délais qui sont donnés, le médecin traitant, est souvent, à l'intérieur de ça, peu informé ou a de la difficulté à suivre, là, tout ce qui se passe, O.K.? Il apprend, à un moment donné, ce, oui, il apprend de son patient que, là, il a été convoqué soit par la CSST ou par l'employeur pour avoir une expertise. Bon. Il sait que ça va se passer. À l'occasion, il va recevoir copie de cette expertise-là. Si ça infirme une de ses conclusions, c'est sûr que, là, il va en entendre parler par le rapport d'évaluation médicale. Il va savoir qu'il va être convoqué à un moment donné, puis ce n'est pas toujours clair pour lui est-ce que la décision va être liée ou non. Mais, pendant ce temps-là, le patient, tu continues à le voir dans ton bureau, là, puis tu continues à l'évaluer, puis tu es toujours dans le même objectif de lui donner le meilleur retour à la meilleure condition physique et psychologique à l'intérieur de tout ça.

À un moment donné, tu vas savoir, la plupart du temps par le patient, que, là, il a reçu une note de la CSST qu'il est soit consolidé, ou qu'on cesse les traitements, ou que, là, il devra avoir un rapport d'évaluation médicale pour déterminer les limitations fonctionnelles, des atteintes permanentes. C'est en ce sens-là où, nous, on aimerait que l'information soit transmise, de façon beaucoup plus systématique et beaucoup plus claire, au médecin traitant pour faire que, lorsque le médecin a à discuter avec son patient ou lorsqu'il revoit son patient, il sache exactement où on se situe à l'intérieur de cette démarche-là. Et c'est surtout en ce sens-là que l'on veut que cette information-là soit transmise.

**M. Dufour:** C'est un peu, M. Godin, ce que vous reflétez dans vos recommandations d'ailleurs à la fin de votre mémoire. Et je prends aussi, à la page 6, le dernier paragraphe en bas de la page 6, sur: «Nous ne savons pas quel est le pourcentage de dossiers où ces rapports ont été reçus avant la fin du délai de 30 jours.» Et là c'est là que c'est important: «Nous ne savons [pas] non plus si ces rapports ont joué le rôle qui leur était dévolu.» Donc, c'est là que rentre le lien d'arrimage avec l'ensemble du processus.

**M. Godin (Louis):** ...que l'on faisait la recommandation qu'au même titre qu'on a fait une analyse, une évaluation des avis médicaux qui étaient rendus par les médecins évaluateurs il serait probablement intéressant qu'à un moment donné on procède à cette même évaluation des rapports complémentaires, à savoir: Est-ce que les médecins les complètent? Lorsqu'ils sont complétés, est-ce qu'ils servent vraiment ou finalement, je veux dire, c'est un document qui ne sert strictement à rien? Et après ça, je veux dire, qu'est-ce qu'il serait opportun, je veux dire, d'y ajouter? Qu'est-ce qu'on ne devrait pas y mettre? Et après ça, pour que, nous, nous puissions nous retourner vers nos membres et les médecins qu'on représente et travailler avec eux à savoir comment compléter le mieux possible ces rapports-là, savoir c'est quoi qui est le plus pertinent d'y être indiqué pour que le rapport complémentaire puisse jouer vraiment le rôle qu'on lui a dévolu, parce qu'essentiellement

le rapport complémentaire est là pour que le médecin traitant puisse donner, lui, une opinion qui va faire contrepoids à celui du médecin expert dont le rapport va infirmer.

Bon. Probablement qu'il y a des situations où le médecin traitant, il n'a pas de rapport complémentaire à compléter parce qu'il est probablement d'avis du médecin expert. Ça, ça arrive, puis, je veux dire, probablement que c'est des situations qui peuvent se produire. Mais il arrive aussi où il doit en compléter parce qu'il n'est pas nécessairement de l'avis du médecin expert. Et, nous, on aimerait voir justement comment est-ce que ce rapport complémentaire là évolue, si on veut, dans la machine administrative et qu'est-ce qu'on peut faire pour l'améliorer, qu'est-ce qu'on peut faire pour que les médecins aussi fournissent le meilleur rapport possible pour éclairer la décision des médecins évaluateurs.

**M. Dufour:** Puis c'est surtout que c'est le travailleur qui est pris dans ce dédale-là, là, c'est un élément qui est très important.

**M. Godin (Louis):** Vous parliez tout à l'heure d'un aspect juridique. Pour nous, le médecin traitant, là, c'est un peu l'avocat de son patient, hein?

**M. Dufour:** Oui, mais c'est pour ça que je voulais voir votre vision là-dessus. C'est important parce que vous dites en page 8 aussi, comme plusieurs autres groupes nous ont dit, c'est qu'ils se prononcent sur les points 4 et 5, là, par rapport à, bon, soit les lésions. Ils ont le loisir de le faire malgré que le médecin traitant, lui, ne l'avait pas mis dans son rapport. Alors, vous, vous dites: Bon, ce serait peut-être pertinent qu'ils le fassent. Parce qu'il ne faut pas oublier non plus qu'à l'opposé l'employeur ou les associations qui viennent nous voir, c'est qu'ils ont une certaine légitimité de nous dire puis ils nous le font transparaitre aussi que c'est eux autres, les payeurs. Alors, il est clair que, dans tous les délais, même il y a des délais qui sont contestés, là.

Alors, dans la vision que vous avez, c'est qu'il y ait un arrimage et un maillage qui font en sorte qu'on prend en conséquence le travailleur, bien entendu, mais de faire le tout dans la plus belle transparence du médecin traitant à aller au Bureau d'évaluation médicale. C'est ce que je comprends.

● (10 h 20) ●

**M. Godin (Louis):** Tout à fait. Parce que, pour nous, de faire la même étape 90 jours plus tard, si on sait que de toute façon on risquerait de se retrouver là finalement, là c'est le patient, là, qui, en bout de ligne, paie le plus de ça parce qu'il va se retrouver dans la même situation de toute façon mais 90 jours plus tard, avec tous les délais, les délais d'attente, nouvelles évaluations, nouvelles réévaluations par les médecins experts, etc., et tous les inconvénients et les inconforts que cela entraîne.

Bien qu'on présuppose que, si les médecins experts ne se prononcent pas, c'est, entre autres, par le respect du médecin traitant et qu'on apprécie ça, on comprendrait très bien que ces délais-là soient raccourcis parce que finalement on arrive souvent au même résultat mais avec des délais qui sont plus grands, puis tout le monde est un peu perdant là-dedans, là.

**M. Dufour:** Effectivement. Alors, peut-être une dernière question avant de passer la parole à ma collègue la députée de Matapédia, c'est que je reviens à ce que mon collègue de Groulx disait tout à l'heure, là: Vous êtes aujourd'hui sur le BEM, là. Il vous avait donné l'autorisation. Et, par rapport aux connaissances et aux compétences — c'est ce que vous lui avez dit — que tu sois un médecin traitant ou que ce soit un spécialiste, et j'aurais le réflexe de vous demander si effectivement... Parce qu'on ne se le cachera pas, là, pendant la commission, là, on se dit aussi que des fois c'est David contre Goliath, là, ça devient une guerre de spécialistes. Alors, vous, vous êtes un généraliste, vous siégez sur le BEM, mais le réflexe que vous pouvez avoir par rapport à ce que soit la CSST ou le Bureau d'évaluation médicale pourraient faire, c'est que vous pouvez avoir le réflexe aussi d'aller vous chercher un expertise avec un spécialiste aussi pour asseoir votre diagnostic.

Est-ce que je me trompe, si vous pouvez faire ça, oui ou non?

**M. Godin (Louis):** Comme médecin évaluateur?

**M. Dufour:** Oui.

**M. Godin (Louis):** Bien, moi, ma perception, et peut-être que je me trompe, mais comme ma perception, c'est que le médecin évaluateur fait son évaluation et c'est lui qui la fait. Il va avoir à apprécier, si vous voulez, les informations qui lui sont transmises par l'employeur et celles par le médecin traitant. Mais c'est lui, en bout de ligne, là, qui va se faire une opinion à partir de ses connaissances et de l'examen qu'il va faire du travailleur.

**M. Dufour:** Mais ce que je veux... Vous êtes un médecin généraliste, mais vous siégez au BEM. Vous avez un diagnostic qui est contesté par rapport que c'est un spécialiste. Est-ce que vous auriez un réflexe d'aller vous chercher un spécialiste et de vous accoter par rapport à un diagnostic de spécialiste?

**M. Godin (Louis):** Moi, je pense qu'il faut faire attention, là. Il y a des situations, je veux dire, dans le domaine médical qui demandent une expertise très, très pointue. Il y a beaucoup, je veux dire, de situations médicales qui vont se retrouver notamment au Bureau d'évaluation médicale ou dans bien d'autres domaines, où un médecin omnipraticien a toute la compétence et l'expertise pour porter un jugement qui, en toute déférence pour mes confrères spécialistes, a autant de valeur que l'opinion qu'ils peuvent transmettre. Vous savez, au Québec, actuellement, dans bien des endroits, dans bien des situations, les médecins omnipraticiens ont à faire le même travail que les médecins spécialistes font, et pour moi c'est aussi vrai, je veux dire... évaluation musculo-squelettique ou en chirurgie plastique, ou etc.

Il demeure des situations bien précises où probablement un médecin spécialiste sera plus à même de rendre une opinion, mais je suis d'avis que l'expertise ou l'évaluation que peut faire un médecin omnipraticien peut avoir une aussi grande valeur que celle d'un médecin spécialiste.

**M. Dufour:** Merci.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Ça va? Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Merci, M. le Président. Alors, bonjour, messieurs, merci de votre apport à nos travaux. Moi, je prends votre présentation à deux niveaux: il y a un niveau administratif et il y a un niveau où c'est de la formation. C'est aussi, je dirais... La décision qu'on aurait, par exemple, d'intégrer des médecins de médecine générale au BEM, ça amènerait à quelque part pour moi des changements en ce sens que tout l'aspect biosocial, l'aspect qui souvent est — moi, je vais le dire comme je le pense — négligé dans le sens de la réintégration, dans le sens du diagnostic...

Parce que, moi, j'ai deux exemples concrets que j'ai eus. Ça fait 12 ans que je suis députée. J'ai un exemple d'un cuisinier qui avait glissé dans la cuisine où est-ce qu'il travaillait, puis la CSST avait considéré qu'il était consolidé. On l'a réintégré au travail. Il a aggravé ses blessures. Il a eu une bataille de deux, trois ans pour faire, je dirais, entériner sa vision des choses, qu'il n'était pas apte à reprendre son travail. Et vraiment ce n'était pas parce qu'il n'aimait son travail, il l'aimait, mais ça a pris deux ans de batailles juridiques, etc. J'en ai un autre qui avait eu bras sectionné dans une entreprise de ma circonscription, qu'on a réintégré, qui a fini par se suicider.

Et pour moi il y a quelque chose, là, qui manque, c'est-à-dire le maillon entre le médecin généraliste qui suit le patient, qui l'avait avant. Il y a l'événement, et ensuite il y a le bureau d'experts, là, avec les médecins experts, et il y a quelque chose, un chaînon manquant — je vais l'appeler comme ça — il y a un chaînon manquant où est-ce qu'on a l'aspect scientifique de la blessure, l'aspect, mais il manque tout ce qui concerne l'intégration au travail, le suivi du médecin.

Et, moi, quand vous me dites ça, souvent j'ai eu des batailles même avec des médecins, moi, puis je ne me suis pas mêlée de mes affaires, puis je me suis fait dire de me mêler de mes affaires. Et ça, c'est là-dessus que je voudrais que vous vous exprimiez. Puis je n'aime pas ça me faire dire ça, mais j'y étais allée avec des gants blancs et des pincettes. Je vais vous expliquer. Et ça va chercher un petit peu tout ça, l'importance d'un diagnostic juste et précis et pas flou qui flotte dans les airs puis qu'on ne sait pas trop qu'est-ce qu'il retourne, de quoi il retourne avec la personne qui a subi l'événement. Et, à un moment donné, est-ce qu'elle est inapte ou non à retourner en emploi? Et est-ce qu'elle est consolidée? Et combien de temps ça va prendre, et tout ça? Et à quelque part c'est toujours elle qui subit les contrecoups de ça. Et, moi, je m'étais fait dire: Vous n'avez rien à voir, madame; vous êtes députée, vous êtes sociologue de formation. Et il m'avait demandé c'était quoi. Puis c'était un spécialiste. Je l'avais appelé à Rimouski, puis il m'avait dit de me mêler de mes affaires. J'ai dit: Monsieur, vous n'avez même pas été capable de donner un diagnostic précis. Et c'est la personne qui en subit les conséquences parce qu'ils ne savent plus si elle est apte ou inapte à retourner en emploi.

Alors, moi, je pense que, vous, les médecins de médecine générale, vous amèneriez effectivement un apport. On pourrait aller chercher un certain nombre de

médecins de médecine générale qui ont travaillé en médecine industrielle, en tout cas. Ça, moi, côté compétences, je n'ai pas d'inquiétude. Mais vous apporteriez à quelque part cette espèce de virage, qui m'apparaît nécessaire, vers une vision davantage globale de l'événement, de tout ce qui est processus de réintégration. Qu'est-ce que vous avez à dire là-dessus?

**M. Godin (Louis):** Bien, je pense que les points que vous soulevez sont très, très larges, là.

Il y a plusieurs aspects à l'intérieur de ça. D'abord, en ce qui concerne le Bureau d'évaluation médicale et notre préintention que des médecins omnipraticiens pourraient y travailler, je reviens avec la notion de compétence, mais je veux quand même souligner une chose: c'est que l'évaluation médicale, c'est une évaluation médicale et c'est de la médecine. C'est sûr que, dans l'appréciation d'une condition médicale, il y a des fois des choses qui peuvent déborder l'aspect purement lésionnel, mais il n'en demeure pas moins que c'est un aspect médical, je veux dire. Et ça, je veux dire, l'évaluation, que ce soit d'un mal de dos ou d'une lésion à l'épaule, ça demeure qu'on évalue un mal de dos et une lésion à l'épaule, et on doit le faire selon les règles de l'art de la médecine. Ça, c'est clair.

L'autre point que vous soulevez, je veux dire, c'est justement toute la difficulté de ce processus, je dirais, d'indemnisation qu'ont à subir les accidentés du travail et souvent, lorsque ce sont des lésions qui vont se compliquer et là qui vont amener judiciarisation, si on peut employer ce terme-là, le processus de réadaptation, réintégration au travail avec toutes les contraintes qui existent. Et là c'est sûr que pour le patient ça peut être souvent très, très difficile et c'est probablement à ce moment-là où la prise en charge par un médecin de famille, la transmission, je veux dire, de l'information ou des situations au médecin de famille vont probablement permettre de mieux accompagner le travailleur à l'intérieur de cet événement-là. Mais pour moi la présence d'un médecin omnipraticien au Bureau d'évaluation médicale et le rôle du médecin omnipraticien dans le suivi des travailleurs, ce sont pour moi deux choses complètement différentes.

Il m'apparaît clair que la prise en charge et le suivi d'une personne pour quelque condition que ce soit seront toujours bénéfique si c'est fait par un médecin de famille. Nous, on est des forts partisans de ça. C'est vrai pour n'importe quelle pathologie puis n'importe quelle condition, mais c'est vrai aussi pour une lésion professionnelle ou un accident de travail. Et souvent, dans tout le processus de réadaptation d'un travailleur qui travaille à l'occasion dans un domaine qui est plus pointu, il voit son univers souvent bouleversé, là, et les conséquences de ça sont énormes. Donc, que le médecin de famille puisse l'accompagner à l'intérieur de ça, c'est un aspect qui est très, très important, et plus on sera capables d'aider les médecins à faire ce travail-là, à leur fournir les outils et les informations nécessaires pour le faire... ce sera un bénéfice pour les travailleurs.

● (10 h 30) ●

Cependant, lorsqu'on parle de la présence de médecins évaluateurs au niveau du BEM, il n'en demeure pas moins que pour nous c'est une décision qui est médicale, je veux dire. Le médecin qui est là, il doit

rendre une décision médicale. Il peut y avoir des aspects qui peuvent déborder, je veux dire, le simple caractère de la lésion pure, surtout lorsqu'il y a des douleurs alléguées ou des choses comme ça, parce qu'on sait maintenant que c'est un phénomène qui est beaucoup plus large souvent que le seul aspect lésionnel. Il peut y avoir, en termes de thérapeutique... suggérer des approches beaucoup plus larges que les approches conventionnelles à l'intérieur de ça.

Mais l'aspect que vous soulevez là pour moi relève surtout de l'importance dans la prise en charge, par un médecin omnipraticien, d'un travailleur sur le terrain et de l'accompagner dans tout ce processus-là, qui, comme vous le mentionnez bien, des fois peut s'échelonner sur plusieurs années.

**Mme Doyer:** Puis une dernière.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Très rapidement, oui.

**Mme Doyer:** Très rapidement, la formation. Qu'est-ce que vous allez mettre d'urgence dans vos contenus de formation? Là, si vous aviez à prioriser un créneau de formation pour les médecins généralistes, ce serait quoi, là, actuellement? Parce que vous avez parlé de la revue puis que vous avez des articles, mais, sur le terrain, là, qu'est-ce qui presse, là?

**M. Godin (Louis):** Ah, nous, sur le terrain, on fait, auprès de nos médecins, je veux dire, des évaluations constantes de leurs besoins qu'ils perçoivent en termes de formation, et tous nos programmes de formation sont bâtis à partir de ça. On a des cycles réguliers sur une période de à peu près 24 mois, autant à l'intérieur de nos publications que les congrès ou les ateliers qu'on organise, qui couvrent l'ensemble de la pratique médicale.

**Mme Doyer:** Je vous remercie, messieurs.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Merci, Mme la députée. M. Belzile, M. Godin, merci de vous être présentés à la commission, merci d'avoir fait partager vos compétences avec l'ensemble des membres de la commission. Donc, bon retour chez vous.

Et je vais appeler immédiatement l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Donc, bienvenue, messieurs mesdames, à la commission. Ça me fait plaisir de vous recevoir au nom de mes collègues, ici, de l'Assemblée nationale, l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux. Donc, M. Potter, je présume? Oui?

**Une voix:** Oui.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Donc, M. Potter, si vous voulez bien présenter. Vous aviez un peu entendu — je sais que vous étiez présent avec nous tout à l'heure, vous avez entendu: il y a 20 minutes de présentation pour votre mémoire. Il y a aussi 20 minutes

d'échange de la part du côté ministériel et du côté aussi de l'opposition officielle. Pour un peu éclairer les propos que vous aurez avec nous aujourd'hui, donc je vais vous inviter à présenter vos collègue-es et vos collègues pour le bénéfice des membres de la commission.

Allez-y, M. Potter.

#### **Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS)**

**M. Potter (Alex G.):** Merci, M. le Président. Chers membres de la Commission de l'économie et du travail, en tant que président de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, l'AQESSS, je vous remercie de permettre à notre association d'exprimer ses commentaires et ses recommandations au regard de l'examen du rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale et du document d'actualisation de ce rapport.

Permettez-moi de vous présenter les personnes qui m'accompagnent à cette audience, au nom de notre association: le porte-parole, M. Raymond Paquin, directeur des ressources humaines à l'AQESSS; Mme Mona Landry, à sa gauche, analyste-conseil en santé et sécurité du travail à l'AQESSS; à ma droite, Mme Francine... non, je m'excuse, Mme Danielle Michaud, chef du Service de santé et sécurité du travail au CHUM, Hôpital Saint-Luc; et, à l'extrême gauche, Mme Francine Huot, chef du Service de santé et sécurité du travail au Centre de santé et services sociaux d'Achamps, Montréal-Nord, et assessesseur patronale à la Commission des lésions professionnelles.

Je ferai tout d'abord une brève mise en contexte de notre organisation. C'est au printemps dernier, 2005, que l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux est née de la fusion de l'Association des hôpitaux du Québec et de l'Association des CLSC, CHSLD du Québec. La nouvelle organisation est ainsi devenue porte-parole de quelque 140 établissements membres. L'AQESSS a pour mission de rassembler, de représenter et de soutenir les établissements membres dans l'exercice de leur mission, afin d'améliorer la qualité, l'accessibilité et la continuité des services de santé et services sociaux pour la population du Québec. Dans cette optique, l'AQESSS entend jouer un rôle de leader dans les débats qui touchent au système de santé et services sociaux du Québec.

En ce qui concerne les consultations actuelles, je dirais d'abord que l'AQESSS est heureuse de constater les efforts mis en place par la direction du Bureau d'évaluation médicale afin d'en améliorer le fonctionnement. Nous sommes d'avis que le Bureau d'évaluation médicale doit demeurer en place, puisqu'il respecte les droits et les responsabilités des parties en cause tout en traduisant l'économie générale du droit civil au Québec. Toutefois, certaines mesures d'amélioration ont retenu l'attention de l'AQESSS, ainsi que des problématiques touchant les employeurs et les employés du réseau de santé et de services sociaux.

Avant de terminer, j'aimerais souligner que le présent mémoire est le fruit d'un consensus entre toutes les associations d'employeurs du réseau de la santé et services sociaux, soit l'Association des centres de jeunesse du Québec, l'Association des établissements privés conventionnés—Santé et services sociaux, l'Association des établissements de réadaptation en déficience

physique du Québec, la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, la Fédération québécoise des centres de réadaptation pour les personnes alcooliques et autres toxicomanes et bien sûr nous autres, l'AQESSS.

Afin de vous présenter les commentaires spécifiques et les recommandations de notre association sur le projet de loi, je cède maintenant la parole à M. Raymond Paquin, directeur des Ressources humaines à l'AQESSS.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Allez-y, M. Paquin.

**M. Paquin (Raymond):** Merci, M. le Président. Merci, les membres de la commission, de nous recevoir. Dans un premier temps, je voudrais souligner que les parties qui sont devant vous représentent des établissements dans lesquels travaillent environ 220 000 travailleurs pour des coûts de cotisation annuelle, à la CSST, d'environ 150 millions de dollars. Donc, c'est quand même un réseau très gros, des gros employeurs.

Alors, évidemment, on a certaines préoccupations, mais je veux, d'entrée de jeu, vous souligner que, dans le peu de temps qu'on a eu pour préparer notre mémoire et faire une présentation en commission parlementaire, on s'est arrêtés à certains aspects en particulier, et je comprends que votre mandat est probablement plus large que ce sur quoi on s'est arrêtés. Donc, s'il fallait y revenir dans une deuxième étape, ça nous fera plaisir. Mais, d'entrée de jeu, je ne vous rappelle que les besoins actuels du réseau de la santé, où sévit actuellement une pénurie de main-d'oeuvre. Pour assurer l'accessibilité, la continuité, la qualité des soins et des services à la population québécoise, nos établissements ont besoin d'une main-d'oeuvre disponible et en santé. De plus, la Loi sur les services de santé et services sociaux rend imputables les établissements en matière de financement. Dans ce contexte global, il va de soi que nos établissements ont le devoir notamment de gérer, de façon saine et rigoureuse, les dossiers d'accidents du travail tout en respectant évidemment, cependant, le droit des personnes, des travailleurs.

Nous désirons souligner aussi, d'entrée de jeu, que cette gestion s'effectue selon les paramètres de la Loi sur les accidents de travail et maladies professionnelles, en vue d'assurer un prompt retour au travail des travailleurs. D'ailleurs, cette approche se fait en conformité avec les orientations de la CSST.

● (10 h 40) ●

Afin de permettre l'atteinte de ces objectifs de qualité et d'imputabilité pour les établissements du réseau, nous sommes d'avis que certains processus de la LATMP, de la loi méritent d'être analysés et révisés éventuellement. Nous présentons, dans un premier temps, nos commentaires, nos recommandations sur des situations problématiques qui à notre avis réduisent l'efficacité du Bureau d'évaluation médicale et nuisent à la réintégration du travailleur. De façon plus spécifique, vous l'aurez noté, elles se résument à l'application restreinte du pouvoir discrétionnaire des membres du BEM prévu à l'article 221 de la loi, ainsi que nous questionnons les délais d'attente pour obtenir un avis du BEM dans le domaine de la psychiatrie.

Dans un deuxième temps, nous aurons des commentaires et des recommandations à formuler plus

spécifiquement sur la répartition des dossiers entre les membres du BEM, sur l'amélioration de la grille d'évaluation des avis des membres et finalement sur le développement d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs significatifs, là. On y viendra un peu plus loin. En ce qui concerne les cinq autres mesures administratives prévues au rapport qui a été soumis par le BEM, en ce qui concerne les mécanismes de rétro-information à la suite des décisions de la CLP, en ce qui concerne le programme de formation continue, l'amélioration des rapports humains au cours du processus du BEM et l'utilisation des centres médicaux spécialisés, nous ne pouvons que souligner les efforts du Bureau d'évaluation médicale pour améliorer son fonctionnement et nous sommes généralement satisfaits des résultats constatés. Donc, nous n'avons pas de commentaire particulier sur ces aspects-là.

Le premier point, bon, c'est — à l'instar de plusieurs mémoires qui vous ont été présentés, d'ailleurs ça a été abordé aussi par le mémoire précédent tout à l'heure: nous croyons opportun de vous sensibiliser à notre tour sur l'application restreinte du pouvoir discrétionnaire accordé aux membres du BEM. Évidemment, vous n'êtes pas sans savoir que la loi stipule, à l'article 221, qu'un membre du BEM peut se prononcer sur les sujets 1 à 5 prévus à l'article 212 de cette loi, et ce, même en l'absence de l'opinion, sur ces sujets, du médecin qui a charge du travailleur ou le professionnel de la santé désigné par l'employeur ou la commission. Toutefois, les membres du BEM ont fait une réflexion, en mai 2000, sur l'exercice de ce pouvoir discrétionnaire, et ce qu'on peut constater d'après la consultation récente auprès des établissements membres de l'AQESSS, c'est qu'on ne peut que confirmer la pratique qui est à l'effet que les membres du BEM se prononcent rarement sur les cinq sujets en un seul examen médical.

En effet, au moment du premier examen, les membres du BEM émettent un avis qui infirme ou confirme les conclusions du médecin qui a charge du travailleur sur les sujets 1 à 3 uniquement, et ce, malgré le dépôt, par l'employeur, d'une expertise médicale sur laquelle son médecin désigné a conclu, dans ce cas-là, sur les cinq sujets. Deux possibilités peuvent alors survenir: soit que le médecin du BEM confirme la consolidation de la lésion sans nécessité de soins ni de traitements ou que la lésion du travailleur n'est pas consolidée. Dans le cas où la lésion est consolidée, la CSST rendra une décision sur les points 1 à 3 tels qu'émis par le médecin du BEM. Elle ne pourra cependant rendre une décision sur la capacité du travailleur à exercer son emploi, puisque le médecin du BEM ou le médecin qui a charge du travailleur ne s'est pas prononcé sur les sujets 4 et 5 de l'article 212. L'employeur se voit donc dans l'obligation de faire une seconde demande auprès du BEM, afin qu'il statue sur ces deux sujets et pour que la CSST... rendre une décision sur la capacité du travailleur à exercer son emploi. Pas besoin de vous dire évidemment que ça crée une lourdeur administrative énorme de ces multiples démarches auprès du BEM. Évidemment, ça a un impact sur le travailleur et sur l'employeur. Ça augmente les délais de façon importante. On pourra y revenir tantôt avec mes collègues qui pourraient avoir des situations plus précises à vous présenter.

Donc, nous soutenons que, si chaque membre du BEM se prononce, lorsque requis, sur les cinq sujets de

l'article 212 de la loi à l'intérieur d'un seul examen médical, ceci pourrait contribuer à réduire le nombre de demandes présentées au BEM. Ces modifications diminueraient également la surcharge de travail des membres du BEM, entraînant ainsi un aspect positif sur les délais dans le traitement des dossiers.

En résumé, l'application du pouvoir discrétionnaire, lorsque requis, sur les sujets 4 et 5 viendrait, à notre point de vue, limiter en partie les effets négatifs d'une absence pour lésion professionnelle pour le travailleur tel le stress supplémentaire pour le travailleur de subir un deuxième examen médical. Évidemment, ça pourrait améliorer les délais pour le traitement des dossiers par la CSST, ce qui favoriserait le droit de retour au travail du travailleur dans l'emploi qu'il occupait au moment de la lésion.

Ça pourrait assurer un prompt retour au travail des travailleurs en respectant ainsi les orientations de la CSST. Ça pourrait enfin rendre disponible plus rapidement une main-d'oeuvre compétente et déjà formée dans les établissements du réseau de la santé, diminuer les démarches administratives occasionnées par une deuxième demande d'avis au BEM par l'employeur, diminuer la surcharge de travail des membres du BEM, permettant une meilleure répartition des dossiers, une utilisation plus efficiente des effectifs médicaux, enfin réduire les délais opérationnels du BEM pour rendre un avis et finalement réduire les coûts directs et indirects pour les employeurs. Il faut quand même le souligner.

Donc, premier élément. Vous en avez déjà entendu parler, vous en avez déjà été saisis. Nous, on pensait important de revenir à la charge sur cet élément-là.

Deuxième aspect de notre mémoire: on a cru pertinent de vous souligner, à tout le moins, certains cas de délais d'attente pour un avis au BEM en psychiatrie qui nous apparaissent particulièrement longs. Des employeurs du réseau — de nos membres — ont constaté un délai que nous pourrions qualifier de démesuré dans le traitement de certains dossiers par le BEM lorsqu'il y a matière d'expertise en psychiatrie. Certains employeurs nous ont mentionné un délai de six à huit mois avant d'obtenir un rendez-vous au BEM. Nous avons indiqué dans notre mémoire... nous avons présenté un extrait d'une lettre provenant du Bureau d'évaluation médicale à Montréal, qui a été adressée à un de nos établissements membres, disant: «La présente certifie que nous avons bien reçu votre demande d'évaluation en psychiatrie au BEM transmise par la CSST en date du 11 juillet 2005. Malheureusement, nous n'avons aucune disponibilité en psychiatrie actuellement et, compte tenu du nombre de dossiers en attente, nous ne prévoyons pas pouvoir traiter votre demande avant au moins six mois. Nous sommes désolés de cette situation.»

Évidemment, si on compare cette situation au délai moyen de l'année 2004, de 31,5 jours pour le traitement des dossiers au BEM, on peut avancer que le délai opérationnel au BEM pour ce type de lésion pourrait être de cinq mois. Si tel devait être le cas, ce délai de traitement d'un dossier ne sert pas le travailleur, c'est évident, tout particulièrement lorsqu'il y a des limitations fonctionnelles permanentes à prévoir, qu'une période de réadaptation est en cause. Nous nous questionnons si ce délai peut être attribuable à une difficulté de recrutement de médecins psychiatres — bien sûr

qu'on sait que c'est une situation délicate à travers l'ensemble du réseau de la santé — peut-être causée par des honoraires non compétitifs lorsque comparés à des expertises émises dans d'autres régimes qui ressemblent à celui du BEM. Je veux vous souligner qu'on n'a pas de donnée précise là-dessus, on n'a pas d'indicateur qui nous mentionnerait que la situation est régulièrement comme celle que je viens de décrire dans ce dossier-là, mais on voulait quand même vous le souligner parce que c'est peut-être une situation qui risque de prendre de l'ampleur au courant des prochains mois et des prochaines années.

Maintenant, en ce qui concerne les trois mesures administratives présentées au rapport du BEM qui méritent, de notre point de vue, des commentaires, le premier concernant la répartition plus égale des dossiers entre les membres du BEM, dans son rapport d'actualisation, la direction du BEM a fait l'analyse de la répartition des dossiers entre les membres du BEM. Je viens de souligner en première partie, dans nos commentaires et nos recommandations, que notre interprétation de ces résultats, à savoir que le nombre de dossiers à traiter serait influencé notamment par l'application restreinte du pouvoir discrétionnaire qui leur est accordé en vertu de l'article 221 de la LATMP. Je ne reviendrai pas là-dessus.

Par ailleurs, dans ce même rapport, le BEM a émis quatre constats qui selon nous soutiennent la problématique liée au recrutement des professionnels. Nous retenons particulièrement le constat suivant: que des honoraires plus élevés sont versés aux experts qui font des évaluations pour les employeurs de la SAAQ. Ils reçoivent en moyenne 600 \$ par évaluation comparative à 350 \$ pour un membre du BEM. Alors, évidemment, le président l'a mentionné tantôt, on considère que le BEM est une instance essentielle dans le processus de gestion des lésions professionnelles au Québec. Il est impératif d'assurer la présence de professionnels de qualité et en nombre suffisant pour répondre aux besoins des parties. On croit qu'offrir la parité en matière d'honoraires aux médecins spécialistes des différents organismes publics pourrait corriger certaines difficultés reliées au recrutement des membres du BEM et ainsi réduire les délais d'attente actuels.

Autre élément. En ce qui concerne la grille d'évaluation des avis des membres du BEM, ce qu'on constate, c'est que le nombre d'avis produits par le BEM est passé de 8 900 en 1999 à 11 882 en 2004. Par ailleurs, on a relevé, dans le tableau fourni à la page 3 du rapport d'actualisation de 2004, que 135 avis ont fait l'objet d'une évaluation entre 1999 et 2001. Par la suite, 46 avis ont été évalués en 2002; 48 en 2003 et 46 en 2004.

● (10 h 50) ●

Selon les résultats obtenus de cet exercice-là, ce qu'on constate, c'est qu'il nous démontre qu'un très faible pourcentage, soit à peine 0,41 %, des avis a été évalué. Or, nous nous interrogeons sur l'échantillon retenu pour l'exercice produit par la direction du BEM pour évaluer la qualité des avis de ses membres. Il aurait selon nous également été souhaitable que le BEM publie les caractéristiques de l'échantillon afin d'obtenir des informations plus précises. C'est pourquoi nous recommandons que le BEM puisse enrichir son programme de contrôle de la qualité en s'appuyant sur des normes de contrôle statistiquement reconnues pour être en mesure

d'obtenir un indice de conformité valable, et que ce processus soit plus transparent, et que les parties puissent avoir accès à la grille d'évaluation ainsi qu'aux critères de qualité retenus pour ladite évaluation.

Dernier volet de notre mémoire: le développement d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs significatifs concernant l'évaluation des membres du BEM et le bureau lui-même comme organisme. Les indicateurs qualitatifs et quantitatifs mis en place par le BEM depuis plusieurs années concernent la grille d'évaluation des avis, l'analyse des décisions de la CLP, l'analyse des demandes d'avis complémentaires et les délais opérationnels. L'AQESSS est d'accord avec l'ensemble des indicateurs choisis. Ces indicateurs sont à notre avis, cependant, insuffisants pour cerner l'ensemble des problématiques vécues par les employeurs. Et, à notre point de vue, afin de mieux intervenir administrativement et améliorer le fonctionnement du BEM, nous proposons de considérer l'introduction d'un certain nombre d'indicateurs, comme par exemple le nombre d'avis au BEM provenant du même dossier; le nombre d'avis rendus pour des lésions psychologiques ou d'ordre psychologique en lien avec le commentaire que je formulais tantôt; la date de consolidation du BEM par rapport à la date fixée par le médecin traitant et par rapport à la date du médecin désigné par l'employeur; le nombre d'avis par période au cours de l'année — ça pourrait être par trimestre; le nombre d'avis par le BEM dans chacune des régions; et finalement le nombre d'avis par type de lésion.

Ça complète notre mémoire. On croit que le seul fait pour le BEM d'utiliser son pouvoir discrétionnaire serait susceptible d'amener des changements significatifs et positifs. Donc, c'est une priorité, en ce qui nous concerne. Et nous sommes d'avis que le BEM est un incontournable dans le processus de traitement d'un dossier de lésion professionnelle, bien qu'il soit possible d'en améliorer l'efficacité et l'efficacité, car il donne à chacune des parties le droit de se faire entendre lorsqu'il y a divergence entre les opinions médicales. Merci.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** C'est moi qui vous remercie, M. Paquin, M. Potter. Donc, la période d'échange. Nous avons le député d'Iberville, et cette fois-ci je pense que c'est exact.

**M. Rioux:** ...M. le Président.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Allez-y, M. le député d'Iberville.

**M. Rioux:** Merci beaucoup de votre présence, elle est appréciée. Comme vous l'avez dit tout à l'heure, vous représentez 140 établissements membres de la santé et des services sociaux et plus de 220 000 travailleurs, donc votre présence, là, est très appréciée.

Vous avez parlé du pouvoir discrétionnaire de l'article 221, et je peux vous dire que, moi, il y a une hantise que j'ai dans tout l'appareil administratif, c'est la lourdeur. Et c'est ce que vous nous parlez. Évidemment, qu'il ne soit pas utilisé, ça amène des plus longs délais, ça amène des impacts sur le travailleur et sur l'entreprise. Puis il ne faut pas oublier non plus le climat de travail qui s'en trouve affecté parce qu'on est en contestation. Et je me demande comment la direction du

BEM pourrait inciter ses membres à utiliser davantage leur pouvoir discrétionnaire. Comment est-ce que ça pourrait se faire, parce que je pense que vous avez une piste? Mais pourquoi il n'est pas appliqué?

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...

**M. Paquin (Raymond):** Bien, effectivement, on se pose la question, parce que les membres du BEM ont appliqué leur pouvoir discrétionnaire dans les années 1999, 2000 et puis peut-être qu'il y a eu des critiques de ce côté-là, par rapport à la prépondérance de l'avis du médecin traitant. À tout événement, on est obligés, nous, de constater que plus récemment on ne l'applique pas, cette possibilité-là qui est prévue à l'article 221. Ce serait difficile pour nous de dire exactement pourquoi.

Mais peut-être que ce que j'aimerais, ce serait qu'on puisse vous illustrer un peu plus qu'est-ce qu'il y a derrière tout cet aspect-là de l'article 221. Peut-être j'aimerais ça demander, avec votre permission, à Mme Danielle Michaud de nous illustrer pourquoi on trouve que c'est si important, cet aspect-là de notre mémoire.

**Une voix:** ...

**Mme Michaud (Danielle):** Merci. Alors, cette illustration du processus tend à démontrer l'ensemble des interventions faites dans le cadre de la gestion du dossier avant de faire ladite demande au BEM et du suivi qui découle de cette évaluation. Cette implication donc va démontrer, je crois, la pertinence d'une ouverture sur le pouvoir discrétionnaire prévu à l'article 221.

Alors, rapidement. Le travailleur subit donc un accident de travail, consulte son médecin traitant. Le médecin traitant complète une attestation médicale, et, à ce moment-là, le médecin de l'employeur prend connaissance de l'ensemble du dossier et évalue également le travailleur. Il transmettra son avis à l'employeur en considérant les différents points de l'article 212 qui visent donc les points de la demande du BEM alors en ce qui a trait au diagnostic, la nature, la suffisance d'un traitement, l'investigation, la nécessité de prévoir des limitations. Et déjà là, tout dépendant de la gravité de la lésion, le médecin de l'employeur peut émettre une opinion là-dessus ainsi que sur la durée prévisible. Cette durée-là est toujours en fonction évidemment du guide de la durée d'absence qui a été fait en collaboration avec le ministère et la FMSQ, O.K.?

Alors, selon la condition du travailleur, l'assignation ou l'arrêt de travail se poursuit selon la démarche thérapeutique qui est recommandée par le médecin traitant. Précisons, en cours de route, que, tout le long de cette gestion de dossier, le travailleur est informé des interventions qui sont imposées au dossier et du pourquoi. À chaque visite du travailleur à son médecin traitant, le rapport médical et l'ensemble du dossier sont évalués, et, au besoin, le travailleur est également évalué à nouveau par l'employeur. Il peut y arriver, à quelques occasions et de façon assez fréquente, que l'employé juge opportun de diriger le travailleur à un médecin spécialiste qu'il choisit. Également, le médecin de l'employeur communique occasionnellement avec le médecin traitant pour étayer certains éléments du

rapport médical qui a été produit par le médecin traitant. Advenant une expertise en spécialité faite à la demande de l'employeur, cette expertise-là sera acheminée également au médecin traitant du travailleur.

Suite aux recommandations des intervenants de l'employeur, advenant la stagnation du dossier du travailleur, l'employé fait alors sa demande au BEM et à la CSST, et cette demande sera faite prioritairement et, selon indiqué à la loi, sur les points 1, 2, 3, points qui sont étayés au rapport médical du médecin traitant. Toutefois, l'employeur va toujours indiquer «et autres points jugés opportuns», ce qui donne, à ce moment-là, l'opportunité au médecin évaluateur au BEM de statuer sur 4 et 5 et d'utiliser alors son pouvoir discrétionnaire. En parallèle, le médecin traitant reçoit l'information sur cette demande, donc l'expertise et tout le contenu de la lettre de la demande, et ce dernier, le médecin traitant, est appelé à compléter le rapport complémentaire et à étayer les différents points de 212. À la fin du délai, et ça, c'est quand même quelque chose qu'on remarque de façon courante, c'est que rarement le médecin traitant va mettre un empressement à retourner le rapport complémentaire à la CSST pour que la demande soit acheminée au BEM. Donc là, on a des délais qui sont extensionnés. Donc, à la fin du délai, soit 30 jours... de la demande de la CSST, le dossier est transmis au BEM. Et on se rend compte, selon l'information qui nous est transmise par la CSST, que rares sont les médecins traitants qui ont retourné le rapport complémentaire.

Donc, à ce moment-là, c'est sûr que le médecin évaluateur au BEM a tout le volet documenté par le médecin de l'employeur et rarement celui qui est étayé par le médecin traitant. Cette étape est donc cruciale, O.K., et j'en arrive donc au...

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** C'est une très bonne réponse, là, c'est très élaboré. Donc, en terminant, vous allez avoir — on est en période de questions; vous allez avoir — la chance d'échanger amplement avec les parlementaires. Donc, simplement peut-être terminer très, très rapidement pour donner la chance aux parlementaires.

• (11 heures) •

**Mme Michaud (Danielle):** ...du BEM, et c'est l'étape cruciale que j'allais dire, si la lésion est consolidée et... de traitements, et souvent on va remarquer que le médecin évaluateur va dire: Mon examen est tout à fait comparable à celui du médecin traitant ou à celui du spécialiste, pourquoi n'y a-t-il pas tout de suite évaluation des points 4 et 5, ce qui éviterait, comme on disait dans certains mémoires, que le travailleur soit resoumis à tout cet éventail d'évaluations là qui va être remis en marche pour un deuxième processus de BEM pour 4 et 5? Voilà.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Merci, Mme Michaud. M. le député d'Iberville.

**M. Rioux:** ...en souhaitant que votre recommandation va être bien entendue et appliquée par la suite.

Je vais avoir deux sous-questions, donc courtes réponses parce que j'ai d'autres collègues qui veulent intervenir. Vous avez dit tout à l'heure que le BEM était incontournable, et je pense qu'il va le rester, là. Mais,

écoutez, moi, j'entends souvent des entreprises qui me disent: Pourquoi on est obligées d'aller en contre-expertise puis on est obligées d'aboutir au BEM? C'est parce qu'il y a des médecins qui sont très complaisants, et on l'entend. Est-ce que, dans vos établissements, vous entendez ou vous vivez, pas entendez, mais vivez cette situation-là de complaisance? Ça, c'est une première sous-question.

La deuxième sous-question. Tout à l'heure, il y a eu une... on parle de nommer des médecins omnipraticiens au BEM. Est-ce que ces gens-là, si on veut que soit appliquée davantage la clause 221, est-ce que ça pourrait être contre-indiqué?

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...Potter? M. Paquin. Oui.

**M. Paquin (Raymond):** ...la question des médecins complaisants, évidemment vous comprenez, à l'AQESSS, que nous n'avons pas a priori d'indication que cette situation-là serait généralisée évidemment au Québec. Peut-être y en a-t-il à l'occasion. Je ne sais pas si mes collègues qui sont sur le terrain ont quelque chose à souligner là-dessus. Peut-être Mme Huot?

Une voix: ...

**Mme Huot (Francine):** Bonjour. Ce qu'on peut voir — on n'est pas sur le terrain, on entend des choses — mais, nous, quand on a accès aux notes du médecin traitant via la commission d'appel ou via la gestion du dossier, notre médecin de gestion va regarder les notes du médecin traitant, son examen physique, et souvent c'est dans les limites de la normale, et le traitement ou l'arrêt de travail va être prolongé beaucoup plus sur des plaintes subjectives que sur un examen objectif.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...un complément de réponse, oui.

**M. Paquin (Raymond):** En ce qui concerne l'aspect de l'introduction de médecins omnipraticiens au BEM, on ne s'est pas penchés particulièrement sur cet aspect-là à l'AQESSS, mais, moi, ce que je pourrais vous dire, c'est que ce que la loi prévoit, c'est un avis médical donné aux parties et qui va contraindre, si je peux dire, la CSST. Donc, dans ce sens-là, nous, il nous apparaît que cet avis médical là doit être donné par les personnes ou les professionnels les plus qualifiés en la matière. Jusqu'à date, on a jugé que c'étaient des médecins spécialistes et pas, tu sais, je ne sais pas moi, pas n'importe quel médecin spécialiste, dépendant du type de pathologie aussi, là, tu sais.

Donc, dans ce sens-là, peut-être pourrait-on réfléchir à ajouter d'autres professionnels au BEM, mais il faut à tout événement que le critère de l'avis médical bien circonstancié demeure. Donc, jusqu'à date, en tout cas on a considéré que c'était le médecin spécialiste qui était le mieux placé pour formuler de tels avis.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...on pourra y revenir, de toute façon. M. le député de Charlesbourg.

**M. Mercier:** ...M. le Président. Vous savez, ces réponses exhaustives témoignent à quel point les représentants de l'association sont très bien préparés pour cette commission parlementaire. Mesdames messieurs, bienvenue évidemment ici, dans la Capitale-Nationale, pour ceux qui sont de l'extérieur de Québec. Vous me permettez également de saluer les 140 établissements que vous représentez et les 220 000 travailleurs également comme mes collègues l'ont fait.

Et, d'entrée de jeu, avant même que je vous pose une question, vous savez, je suis allé naviguer sur votre site Internet et j'ai remarqué que vous avez votre congrès qui se tient du 27 au 28 avril et que c'est le premier d'autant plus — alors, je tiens à vous souhaiter bon succès — et qu'aussi notre ministre de la Santé, je crois, fait une allocution de clôture, n'est-ce pas?

**Une voix: ...**

**M. Mercier:** Alors, bon succès pour votre congrès. Vous avez parlé tout à l'heure des délais d'attente en psychiatrie ou du moins, là, pour les avis du BEM au niveau de la psychiatrie, et je veux aborder ce volet-là, qui est à mon avis plus qu'important, parce que vous l'avez précisé dans votre mémoire, à la page 8, que les délais pouvaient être qualifiés de démesurés — et vous l'avez mentionné vous-mêmes tout à l'heure — de six à huit mois. Et vous avez l'extrait de la lettre justement en page 8, en bas de votre mémoire.

Bien que vous disiez que vous n'avez pas de donnée précise, je remarque également — et ça, c'est un autre volet que vous avez abordé dans vos commentaires — à la page 13, et vous en avez fait mention, à titre de recommandation, de développer des indicateurs qualitatifs et quantitatifs. Et là, dans une vos recommandations, vous avez: Le nombre d'avis rendus pour lésions psychologiques devrait être précisé, augmenté ou quoi que ce soit. Alors, ça m'amène à vous poser la question. Compte tenu que l'on sait, bien qu'on soit plus ou moins certain de la chose, on sait qu'il y a une pénurie de psychiatres au BEM, vous avez fait état que les honoraires des fois pouvaient être la cause de cette pénurie pour toutes sortes de raisons. Vous avez parlé de parité tout à l'heure.

Moi, j'aimerais savoir — je veux vous entendre très directement — quelle serait la solution pour le BEM. Le BEM qui est ici, qui vous écoute, si vous avez une solution à lui apporter, alors proposez quelle serait cette solution pour pallier à ce manque.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** M. Paquin.

**M. Paquin (Raymond):** C'est la question qui tue, comme on dit, parce qu'on est, évidemment on est bien conscients que c'est une difficulté, au Québec, la pénurie de médecins, particulièrement dans le domaine de la psychiatrie. On est conscients qu'il s'est établi des types de pratique dans ce champ-là, au fil des années, où les plus jeunes psychiatres, ce sont eux qui ont tendance à traiter les cas les plus lourds en institution, dans le réseau de la santé. Peut-être que les médecins un petit peu plus âgés ont plutôt tendance à prendre les cas plus légers en cabinet.

Donc, est-ce qu'il y a une capacité pour, je dirais, le système de faire en sorte d'inciter plus les psychiatres qui, par exemple, sont en cabinet privé également de faire de l'expertise au niveau du BEM? Si on prend en considération le fait qu'ils ne reçoivent que 350 \$ pour faire leur évaluation, il me semble que déjà là il y a un problème. Il nous semble que, si au moins on améliorerait le niveau des honoraires, il y aurait un incitatif additionnel, à tout le moins, pour que les psychiatres puissent être plus intéressés à faire ce type d'expertise là. Mais il est évident qu'on aurait à se pencher plus en profondeur sur l'ensemble de la problématique, qui est une problématique, on en convient, qui est plus large que strictement, là, reliée au BEM lui-même, là. Je ne sais pas si tu voudrais ajouter quelque chose.

**Une voix: ...**

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska): ...**

**Mme Landry (Mona):** Bien, écoutez, peut-être que les médecins du BEM, n'ayant pas de psychiatre dans leurs effectifs, pourraient peut-être essayer d'aller à l'extérieur. Il y a des firmes aussi... Quand on est employeur, on fait des demandes d'expertise à l'externe. Alors, il y a des firmes. Peut-être que — et je lance ça parce qu'effectivement on ne l'a pas réfléchi ou plus analysé — mais il serait peut-être possible d'aller à l'externe aussi pour avoir une évaluation parce qu'on n'a pas... et ce sont des firmes qui pourraient ne pas être celles que l'employeur a utilisées. Alors, il y a peut-être d'autres moyens ou des centres d'expertise. Alors, il y a peut-être autre chose, une banque d'experts pour supporter le BEM. Alors, il y a peut-être d'autres éléments à explorer, comme je vous dis, ce qu'on n'a pas fait — mais c'est peut-être possible aussi — que d'avoir un médecin peut-être rattaché au BEM, qui est plus difficile compte tenu des honoraires. Alors, peut-être qu'on peut aller plus loin, mais c'est une piste de réflexion, là, simplement.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...M. le député de Charlesbourg, est-ce que vous avez...

**M. Mercier:** Oui.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Allez-y.

● (11 h 10) ●

**M. Mercier:** Alors, si je comprends bien, vous proposez, d'une certaine façon, deux pistes de solution, si on veut: il y a les honoraires, là, la parité, on s'entend là-dessus, et il y aurait peut-être aller à l'externe. Ça pourrait être une solution. Évidemment, ça pourrait être exploité éventuellement. Donc, sans avoir un médecin en psychiatrie attiré nommément pour le BEM, vous, vous voyez la possibilité de peut-être aller à l'extérieur.

**Mme Landry (Mona):** ...c'est un peu ça, mais il y a beaucoup d'éléments autour de ça qu'il faudrait regarder, notamment l'impartialité, la neutralité. Alors, c'est des critères qu'il faut quand même soutenir parce que, nous, on est...

**M. Mercier:** ...ma question. C'est justement ce sur quoi je voulais vous amener. Alors, vous avez répondu...

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...merci, M. le député de Charlesbourg. M. le député de Groulx peut-être. Très, très rapidement.

**M. Descoteaux:** Merci, M. le Président. Merci de votre présence devant la commission. Moi, ça ne sera pas la question qui tue, même pas qui blesse, mais j'ai un petit problème avec l'approche concernant 221. Lorsque je conçois qu'un médecin traitant ne se prononce pas sur certains éléments et que par la suite l'expert du BEM ne se prononce pas sur certains éléments aussi, donc, par exemple, les items 4 et 5, je me dis que notre expert qui a un pouvoir discrétionnaire, s'il ne le fait pas, c'est peut-être à escient, c'est peut-être volontairement, c'est peut-être qu'il n'a pas tous les éléments qu'il lui faut pour se prononcer sur 4 et 5. Et donc ça, c'est ma première question. J'aimerais ça que vous abordiez ça un peu parce qu'il me semble qu'il y a rarement deux situations identiques. Et, de dire que ça devrait être automatique, je ne pense pas que vous allez jusque-là, mais il faudrait faire attention sur ce volet-là.

L'autre élément, c'est sur la question: Lorsque vous abordez ce point-là sous l'angle: Bien, écoutez, le médecin traitant ne fait peut-être pas un suivi adéquat ou régulier, il ne remplit peut-être pas le formulaire comme il devrait, j'ai encore la même problématique parce que, là, on est avec les droits d'un travailleur, les droits de gagner sa vie versus un médecin qui peut-être ne fait pas sa job comme il devrait. Mais peut-être aussi qu'il a des raisons, mais, même si c'était le cas, même si, au point de vue administratif, le médecin traitant ne rencontre pas nos normes au niveau de ce qu'il devrait faire comme fournisseur de rapports, si vous voulez, donc, moi, je vois très difficilement qu'on puisse court-circuiter une procédure qui fait en sorte, en bout de ligne, au niveau du BEM, qu'on va se retrouver avec un travailleur accidenté qui peut-être... peut-être que ses droits ne seront pas respectés, puis il va se retrouver avec une décision, une consolidation ou autres, une décision qui va lui nuire et qui va lui nuire à long terme. Donc, j'aimerais que vous abordiez peut-être ce volet-là aussi.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...en 30 secondes, M. Paquin. Je vais vous arrêter après 30 secondes. Allez-y.

Une voix: ...

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Oui.

**Mme Michaud (Danielle):** Donc, pour ce qui est du rapport complémentaire, O.K., c'est un élément que le médecin traitant devrait compléter, mais, nonobstant ça, il n'en est pas moins qu'au niveau du Bureau d'évaluation médicale le médecin évaluateur a toutes les données du dossier, O.K., donc tout le suivi que le médecin traitant a effectué, les rapports radiologiques, investigations, et autres. Alors, à ce moment-là, je me dis: Jusqu'à quel point on doit obliger le médecin traitant à produire ce rapport-là? Je pense que c'est une chance qu'on lui donne d'étayer, O.K., les questions qui vont être en litige.

La première question, c'était? Rappelez-moi.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...piège. On y reviendra.

Une voix: C'était la question piège? Je l'ai oubliée.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Donc, vous pourrez y revenir avec les membres de l'opposition. Donc, merci, Mme Michaud. M. le député de René-Lévesque.

**M. Dufour:** Oui. Merci, M. le Président. Alors, mesdames messieurs, bienvenue à cette commission. Je pense que vous aviez tenu à ce que votre présence soit requise à la commission. Et on recevait deux, trois autres groupes, alors on est bien contents de vous recevoir et d'avoir certaines spécificités qui sont propres dans votre document. Puis il n'y a une qui m'intéresse beaucoup, et j'aimerais vous poser quelques questions là-dessus.

Au niveau de l'avis du BEM en psychiatrie, bon vous parlez des délais de huit mois puis que les délais raisonnables seraient de cinq mois, mais, au niveau de la psychiatrie, est-ce que c'est plus communément appelé, là, ce qu'on appelle le burnout, là, qui est rendu catalogué comme maladie professionnelle. J'aimerais juste que vous fassiez la lumière là-dessus.

**M. Paquin (Raymond):** Mme Michaud peut-être pourrait amorcer, puis Mme Huot suivra.

**Mme Michaud (Danielle):** ...je pourrais vous dire que ce qu'on retrouve, ce n'est pas nécessairement les burnouts. Non. C'est plus les stress post-traumatiques donc suite à une agression. Alors ça, ce sont des déclarations qu'on retrouve fréquemment. Et là tout dernièrement on retrouve aussi la question de harcèlement, O.K.? Ce sont les deux diagnostics principaux.

**M. Dufour:** Et, au niveau du burnout, c'est reconnu aujourd'hui comme maladie professionnelle ou c'est du cas-par-cas? C'est plaidé à la pièce ou il y a un courant jurisprudentiel là-dessus, là? C'est juste pour me...

**Mme Huot (Francine):** ...on voit beaucoup plus des troubles d'adaptation...

**M. Dufour:** O.K. D'accord.

**Mme Huot (Francine):** ...qui sont indemnissables.

**M. Dufour:** Qui sont indemnissables. O.K. Dans votre document, vous parlez en page 5: «L'impact pour le travailleur et l'employeur.» Et je prends bonne note que, dans votre document, là, ce que vous nous dites, c'est toujours en conséquence pour le bien-être du travailleur, d'accord? Alors, vous dites: «Le processus actuel au BEM est synonyme [des] délais interminables», de là vient le fait que vous avez parlé tantôt que le médecin spécialiste pourrait effectivement donner son opinion sur 4 et 5, là, comme d'autres nous l'ont dit précédemment.

Et vous dites: «Ainsi, un travailleur victime d'une lésion professionnelle devra avoir au minimum six évaluations médicales avant [...] une décision finale...» J'aimerais que vous m'expliquiez ça un peu, là. Six évaluations.

**La Présidente (Mme Hamel):** M. Paquin.

**M. Paquin (Raymond):** Ça paraît surprenant, mais c'est bien le cas.

**Une voix:** Ça fesse dans le dash.

**M. Paquin (Raymond):** Un peu, oui, c'est ça. C'est pour ça qu'on a voulu essayé d'illustrer la réalité, là, tu sais. Mme Michaud, peut-être sur ça, précisément?

**Mme Michaud (Danielle):** ...alors, effectivement, le travailleur va être rencontré par minimalement son médecin traitant de prime abord. Il va être revu par le médecin de l'employeur, il va être parfois envoyé en spécialité par l'employeur, donc un expert, et, suite à tout ça, le dossier va être dirigé en BEM. Alors, le médecin du BEM va évaluer un, deux, trois, O.K., s'arrête là, et là on recommence. Donc là il va y avoir une demande qui va être faite au médecin du travailleur pour compléter un rapport final. Advenant que ce rapport-là n'est pas produit, il devra aller voir le médecin désigné par la CSST, et là on retourne à nouveau au BEM.

Donc, vous voyez le nombre d'évaluations, et je vous fais grâce de toutes les évaluations qui sont faites, en cours de route, par le médecin traitant versus le médecin de l'employeur. Mais, minimalement, on est à ça.

**M. Dufour:** Oui, c'est ça. Mais je pense que le monsieur veut...

**La Présidente (Mme Hamel):** M. Paquin.

**M. Paquin (Raymond):** Vous savez, ça paraît un peu exorbitant, puis je pense qu'on en convient. Puis, quand on fait ça comme employeur, ce n'est pas nécessairement pour le plaisir, là, puis pour déranger le travailleur, là, parce qu'on a à faire une gestion adéquate des dossiers puis des fonds publics aussi. Alors, dans ce sens-là, nous, on aimerait beaucoup mieux ne pas être obligés de confronter le travailleur à autant d'exams médicaux, et c'est pour ça qu'on se dit: Il y a au moins une possibilité qui existe, c'est le pouvoir discrétionnaire. Mais on ne prétend pas que, dans tous les cas, le médecin du BEM devrait l'exercer, ce pouvoir discrétionnaire là, mais à tout événement, quand c'est possible de le faire, au moins là il y a une possibilité d'éviter que le travailleur subisse l'effet de ce que la FTQ a indiqué, le ping-pong, là, je ne sais pas trop, là.

Tu sais, on est conscients de ce problème-là, et je pense qu'il n'y a personne qui souhaite le généraliser.

**La Présidente (Mme Hamel):** M. le député.

**M. Dufour:** Merci, Mme la Présidente. Alors, c'est la boule dans une machine à boules, là, tu sais. Puis là vous me dites que c'est au minimum six parce qu'il y a la CSST qui peut demander d'autres avis, il y a l'employeur, bien entendu. Donc, le minimum est six, mais ça peut aller au-delà de ça, tout dépendant du cas, bien entendu, là. Je comprends.

On peut-être vous entendre sur un autre aspect. On a eu tout à l'heure le plaisir d'entendre la Fédération des omnipraticiens du Québec, et ils nous ont dit qu'ils souhaiteraient ou ils auraient une tendance à ce qu'il y aurait une place pour eux au niveau du BEM. Est-ce que

je peux avoir votre vision des choses là-dessus ou votre avis là-dessus?

**La Présidente (Mme Hamel):** ...

**M. Dufour:** ...il y a du recul qui se prend parce qu'il y en a moins qui siègent là. Vous avez parlé tout à l'heure d'une partie au niveau de comment ils sont payés, là. Alors, j'aimerais peut-être vous entendre là-dessus.

• (11 h 20) •

**M. Paquin (Raymond):** ...je l'ai un peu abordé tantôt. C'est sûr que c'est attirant, c'est aguichant un peu, dans la mesure où effectivement on semble avoir de la difficulté à intéresser des spécialistes pour venir siéger au BEM, en tout cas dans certaines spécialités.

Mais par ailleurs ce que j'indiquais tantôt, c'est que le médecin du BEM a un rôle assez fondamental à jouer, c'est d'émettre un avis médical, puis un avis médical à partir d'avis de part et d'autre, là. Tu sais, il y a eu le médecin traitant, il y a le médecin désigné par l'employeur — en tout cas, c'est comme ça dans notre secteur à nous — et c'est généralement, en tout cas pour l'avis du médecin de l'employeur, c'est un avis assez solide, tu sais, qui se fait après avoir rencontré le travailleur puis après avoir fait une analyse assez en profondeur de la problématique.

Donc, celui qui va un peu trancher entre les deux, donner son avis, il faut, à tout le moins, qu'il ait, dans le domaine en question, les mêmes compétences, la même formation que le spécialiste de l'employeur ou peut-être même du travailleur qui a regardé le dossier, qui a analysé la problématique. Donc, ça ne veut pas dire qu'il n'y a pas d'omni qui pourrait de facto jouer ce rôle-là, mais il nous apparaît que ce serait un peu plus limité.

En tout cas, ça mériterait d'être très bien balisé. Donc, d'entrée de jeu, je pense que ce n'est peut-être pas la solution à la pénurie de spécialistes au BEM.

**La Présidente (Mme Hamel):** M. le député.

**M. Dufour:** Mais vous ne fermez pas la porte non plus par rapport à la compétence que l'omni pourrait avoir, là, quand on parle d'expérience, des critères de 15 ans d'expérience.

**M. Paquin (Raymond):** Bien, je pense qu'il y a peut-être...

**Une voix:** Bien, moi, j'aimerais ajouter...

**Une voix:** ...

**Mme Landry (Mona):** Oui. Merci. J'aimerais ajouter qu'il faut quand même maintenir le critère d'impartialité aussi. Alors, on impose aux membres du BEM de ne pas faire d'évaluation à l'externe, chez les employeurs, chez les syndicats par exemple. Alors, ma crainte serait qu'on a un dossier où un médecin traitant est dans le dossier, ce dossier-là se retrouve au BEM, et un confrère du BEM est appelé à juger un dossier dans lequel son confrère est intervenu. Alors, est-ce qu'il y a apparence de conflit? Je me questionne. Alors, c'est ce que je voulais soulever.

**La Présidente (Mme Hamel):** M. le député.

**M. Dufour:** Mais, dans les règles et les paramètres qui seraient établis, il est clair qu'il ne pourra pas jouer sur deux tableaux non plus, malgré qu'il nous a été dit qu'au moment où on se parle — puis la preuve a été faite ici, en commission — qu'effectivement — il y a peut-être eu des erreurs, là, ce n'est pas une hémorragie, là — mais il y en a qui ont siégé à deux endroits, mais il faut effectivement raplomber le tir pour qu'il soit à un endroit seulement pour ne pas être en conflit d'intérêts.

Vous dites à la page 13 de votre document... vous parlez d'indicateurs qui sont soumis, et c'est insuffisant pour cerner l'ensemble des problématiques vécues par les employeurs — vous parlez de votre association, bien entendu — et vous mettez un nombre de critères, là, et de propositions, là, le nombre d'avis au BEM provenant du même dossier. Mais vous dites aussi: «Le nombre d'avis par le BEM dans chacune des régions.» Ça, c'est par rapport à votre... d'activité dans toutes les régions administratives?

**La Présidente (Mme Hamel):** Mme Landry.

**Mme Landry (Mona):** C'est-à-dire qu'il y a deux bureaux d'évaluation médicale, un à Montréal et un à Québec, et on trouvait que ce serait peut-être intéressant d'avoir la répartition des évaluations dans chacune des régions alors pour savoir un petit peu la proportion, disons, de la pénurie ou du manque des effectifs, là, pour le BEM. C'est dans ce sens-là.

**La Présidente (Mme Hamel):** M. le député, ça va?

**M. Dufour:** Ça va. Je n'ai pas d'autre question, madame.

**La Présidente (Mme Hamel):** Mme la députée de Matapédia.

**Mme Doyer:** Oui. Merci. Moi, je vous ramènerais à la page — d'abord, bonjour, mesdames messieurs; merci de ce que vous nous avez amené comme avis, comme commentaires; à la page — 9, lorsque vous parlez des délais puis des coûts d'imputation additionnels pour les employeurs. Est-ce que ça a été évalué, dans l'ensemble du Québec, qu'est-ce que ça représente comme coûts pour les établissements du réseau de la santé et des services sociaux?

**La Présidente (Mme Hamel):** M. Paquin.

**M. Paquin (Raymond):** Le fait, Mme la députée, qu'on parle de délais en psychiatrie particulièrement, parce que c'est dans ce cas-ci et c'est ce dont il était question, là...

**Mme Doyer:** Dans l'encadré — excusez-moi; dans l'encadré — vous faites des recommandations: «Recommandations n° 2...» Puis au pluriel, donc il y en a deux. Vous dites que votre association recommande que la direction du BEM analyse les raisons. D'une part, il y a les raisons entourant les délais d'attente pour obtenir un avis en psychiatrie, et ce, afin d'y apporter... Ça fait que ce que vous nous dites dans un premier temps, c'est qu'on ne connaît pas trop les raisons pourquoi il y a

des délais. Vous nous avez quand même développé ça un petit peu tantôt. Ensuite, vous dites: Dans l'attente de solutions, notre association recommande que la CSST accorde aux employeurs une désimputation des coûts pour la période excédant le délai moyen pour rendre un avis au BEM. Donc, c'est que ça vous occasionne des coûts.

Moi, j'aimerais ça que vous clarifiez aussi par rapport à quoi. Moi, j'ai, dans mes deux MRC — j'ai la MRC de La Mitis, j'ai la MRC aussi de la Matapédia... puis on a un budget x pour donner l'ensemble des services. Et, vous, vous êtes des employeurs parmi les plus importants au Québec, on l'a dit tantôt, 220 000 travailleurs: ça représente quoi pour une petite MRC de 20 000 de population, relativement à son budget? Comme Montréal ou Québec, vous devez avoir une idée de qu'est-ce que ça représente, cette désimputation des coûts ou cette charge supplémentaire compte tenu des délais. Ça n'a pas été évalué?

**M. Paquin (Raymond):** Mme Landry.

**La Présidente (Mme Hamel):** Mme Landry.

**Mme Landry (Mona):** Non, ça n'a pas été évalué, c'est-à-dire que, comme vous le disait M. Paquin au début de la séance, on n'a pas beaucoup de cas. Mais les délais, quand ça arrive et qu'on ne peut pas avoir de BEM en psychiatrie, alors les délais sont très longs. Mais on ne peut pas chiffrer, si vous me permettez, ce que ça représente dans une circonscription ou dans une région donnée. Pas à ce stade-ci. Par contre, ce qu'on dit, c'est que, les délais, effectivement il ne se passe rien pendant cette période-là, et l'employeur est toujours imputé alors parce que le travailleur reçoit des indemnités. Alors, c'est sûr que l'employeur est imputé, et on n'a pas de contrôle sur cette situation-là. Alors, c'est pour ça qu'on demande une désimputation par la CSST.

**Mme Doyer:** Puis, sur la complaisance, certains de mes collègues ont parlé de médecins supposément complaisants qui vont donner facilement des congés maladie qui vont durer un mois, deux mois, trois mois toujours au même moment, comme au printemps, quand les hirondelles reviennent, et que souvent ce sont les mêmes personnes et que ça dure sur plusieurs années. Je sais que c'est gros, ce que je dis là, mais, moi, je le constate. Et, quand on a une grande proportion du budget qui va pour ce genre de congé auquel, je l'admets, les travailleurs ont droit... Mais, sur ce qui semble être parfois des abus, des abus dans le sens que, toujours au même moment, pendant un mois, deux mois, trois mois, toujours les mêmes personnes, et ça dure depuis 10 ans, 15 ans, comment vous gérez ça dans le réseau de la santé?

**M. Paquin (Raymond):** Peut-être que je demanderais à Mme Huot si elle veut y référer.

**Mme Huot (Francine):** Oui. Écoutez, nous...

**Mme Doyer:** 800 000 \$, 1 million, pour un budget de quelques millions c'est important.

**Mme Huot (Francine):** Oui. Nous, on l'a observé dans nos établissements, que c'est souvent les mêmes

travailleurs qui partent en accident de travail à la période estivale, à la saison de chasse, à ces choses-là. Alors, nous, comme employeurs, ce qu'on a pour gérer le dossier, c'est les articles prévus à la Loi des accidents du travail, justement les faire voir par notre médecin de gestion, les faire évaluer, et, si la lésion nous semble consolidée ou la lésion semble vraiment mineure, on va diriger le dossier, on va faire une demande de BEM.

Alors, c'est à travers les mécanismes prévus dans la Loi des accidents du travail que, nous, comme employeurs, on s'assure que la période d'invalidité ne déborde pas la période normale. Et il faut suivre beaucoup ces dossiers-là. Et je vous dirais que, compte tenu qu'à la longue on connaît nos travailleurs et qu'ils vont nous déposer une réclamation d'accident de travail, on sait que, ceux-là, on va les suivre d'un peu plus près que les autres travailleurs qui n'ont presque jamais de réclamation.

**Mme Doyer:** Je vous remercie.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Oui, M. Potter.

**M. Potter (Alex G.):** On mentionne qu'on ne peut pas évaluer certaines problématiques, faute d'information, et on suggère certains indices qu'on doit ajouter. Puis il pourrait y avoir des indices là-dedans pour avoir d'abord le montant d'argent en jeu pour des grandes affaires, et, deux, des indications sur les abus potentiels pourraient être ajoutées sur les indices comme solutions.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** M. Paquin, vous vouliez intervenir.

**M. Paquin (Raymond):** Oui. Vous savez, dans l'ensemble, nous, les constats qu'on fait, c'est quand même des cas plus marginaux, les cas d'abus tels que ceux dont il est fait mention. Puis il faut aussi faire attention. Comme employeurs, on n'a pas à commencer à chercher à harceler les travailleurs accidentés. Vous savez, il y a des choses qu'on doit faire dans une bonne gestion. On pense qu'on fait la meilleure gestion possible, mais, dans les mailles du filet, il va passer des individus. Mais dans l'ensemble, moi, je pense qu'il faut être prudents, là, dans les messages qu'on passe face à ces situations-là. Moi, je pense que la majorité de nos employés, quand ils s'absentent, c'est qu'ils sont justifiés de s'absenter et non pas l'inverse, tu sais. Ça, c'est clair.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Mme Michaud, vous vouliez rajouter? Non? M. le député de René-Lévesque.

● (11 h 30) ●

**M. Dufour:** ...c'est juste un commentaire par rapport à ce que M. Paquin vient de dire. Alors, effectivement, il va toujours y avoir ce que je qualifie quelques brebis égarées qui vont effectivement essayer de se faufiler au travers des filets, mais il ne faut pas que les décisions qui soient prises fassent en sorte que ce soit l'ensemble de la collectivité qui soit pris au dépourvu là-dedans alors, surtout quand on parle d'aspects humains.

Alors, il est clair que les employeurs, par rapport à nos soi-disant brebis égarées, ils ont en leur possession les moyens d'être capables de les détecter et ils ont les

outils nécessaires pour effectivement faire respecter certaines choses, mais ce n'est effectivement pas l'ensemble de l'appareil qui est en jeu.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Ça va? Ça va, messieurs mesdames? Donc, il me reste à vous remercier, Mme Michaud, M. Potter, M. Paquin, Mme Landry et Mme Huot. Bon retour chez vous et soyez prudents, évidemment.

(Changement d'organisme)

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...bonjour, M. Tremblay. Vous avez sûrement suivi les travaux avec beaucoup d'intérêt. Je sais que vous avez fait le choix de ne pas présenter évidemment de mémoire parce que vous vous étiez déjà présentés, mais vous avez l'opportunité de le faire si vous voulez réagir rapidement, puis peut-être emballer ce qui s'est dit, puis s'il y a des choses qui vous ont comme interpellés. Sinon, on va passer tout de suite à la période de questions. Est-ce que c'est votre vœu?

**M. Charbonneau (Daniel):** Nous avons une courte présentation à faire à la suite des audiences du mois de février.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** O.K., bien allons-y, puis peut-être présentez vos collègues, s'il vous plaît.

#### Bureau d'évaluation médicale (BEM)

**M. Charbonneau (Daniel):** Oui. Alors, d'abord, M. le Président, Mmes, MM. les députés, je vous remercie encore une fois de nous recevoir à nouveau en regard du fonctionnement du Bureau d'évaluation médicale. Alors, à ma gauche, il s'agit de M. Jean Tremblay, qui est directeur, le nouveau directeur du Bureau d'évaluation médicale, qui a remplacé le Dr Michel Dupont qui était en ma compagnie en octobre dernier; et, à ma droite, Mme Jocelyne Hallé, qui est adjointe exécutive du sous-ministre adjoint.

Alors, une petite mise au point peut-être s'impose en commençant. Le Bureau d'évaluation médicale est l'instance qui est citée, mais il faut se souvenir que c'est un bureau qui relève d'un ministère, qui est le ministère du Travail. Ce n'est pas par hasard que le législateur l'a placé là. Il relève également d'un ministre, le ministre du Travail, et je tiens à préciser que le ministre suit avec attention les travaux de cette commission et non seulement les débats de la présente commission et des séances antérieures, mais aussi les démarches d'amélioration du fonctionnement du Bureau d'évaluation médicale et qu'à cet effet il a mandaté les gestionnaires publics que nous sommes, tant du ministère que du BEM, afin de poursuivre les efforts d'amélioration du fonctionnement du BEM et de lui en faire rapport.

En ce qui concerne notre convocation d'aujourd'hui, nous comprenons qu'elle vise à fournir à la commission des réponses à certaines questions ou commentaires qui ont été soulevés par les groupes qui ont demandé à être entendus à ce sujet, en février. Nous limiterons donc notre présentation, dans un premier

temps, à fournir quelques réponses à des sujets précis qui ont été abordés par plusieurs intervenants et qui touchent plus spécifiquement le Bureau d'évaluation médicale, et, dans un second temps, à indiquer les pistes d'amélioration que nous avons l'intention d'explorer dans les semaines et les mois à venir, et d'en faire rapport également au ministre.

Alors, pour la première partie, quant à la section réponses à certaines remarques ou commentaires, je céderais la parole au Dr Tremblay.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Allez-y, Dr Tremblay.

**M. Tremblay (Jean):** Alors, bonjour. Tout d'abord, un mot sur le rôle du Bureau d'évaluation médicale.

Le membre du Bureau d'évaluation médicale agit dans un système où cohabitent des enjeux d'ordre médical, juridique, administratif ou relevant du paritarisme dans un contexte d'assurance publique. Dans ce contexte, l'obligation d'agir avec impartialité et neutralité prend toute son importance. Son rôle consiste à trancher des litiges de nature médicale sous un angle médical, afin de permettre à la CSST de poser des gestes administratifs et légaux qui s'imposent et de rendre les décisions en conséquence. Dans les situations où la décision de la CSST basée sur un avis médical rendu par le BEM est contestée, l'avis du BEM sert alors à éclairer le tribunal, la Commission des lésions professionnelles.

L'évaluation médicale doit être abordée, selon les mêmes règles déontologiques et réglementaires, par tous les intervenants de la santé impliqués dans l'évaluation ou le suivi médical d'un travailleur. Que ce soit le médecin qui a charge, le médecin régional, le médecin désigné par la CSST ou par l'employeur, le médecin évaluateur au BEM, le médecin assesseur à la CLP, la médecine est la même pour tout le monde. Le Collège des médecins nous rappelle d'ailleurs que ces règles priment sur toute autre règle qui pourrait être établie par un organisme pouvant agir comme mandant.

Concernant les rapports humains entre les médecins experts et les travailleurs accidentés, afin d'améliorer le contact entre les médecins experts et les travailleurs accidentés et dans une perspective d'amélioration continue, des formations auxquelles peuvent assister et doivent assister les membres du BEM sont offertes. C'est dans ce contexte que la formation intitulée *Astuces pour évaluer le patient difficile* a été dispensée, en décembre 2005, aux membres du BEM sous la forme d'un atelier de trois heures. Il ne nous apparaît pas superflu de rappeler les objectifs de cette formation, considérant que sa pertinence et son bien-fondé ont été mis à rude épreuve lors de la dernière séance de la commission parlementaire. Cette formation avait comme objectif d'aider les membres à s'adapter à un travailleur qu'ils perçoivent comme peu coopératif, anxieux ou agressif. La formation visait notamment à comprendre ce qui sous-tend un manque de motivation chez un travailleur ainsi que le développement de techniques de communication et d'attitudes professionnelles susceptibles de créer un climat favorisant l'obtention d'informations cliniques nécessaires à l'évaluation. Cette formation visait aussi à permettre aux médecins évaluateurs de produire une évaluation médicale reflétant, le plus justement possible, le vécu du

patient. La qualité et la pertinence de cette formation expliquent sans doute son haut niveau d'appréciation de la part des membres du BEM.

Concernant maintenant la durée de l'évaluation, des inquiétudes au regard de la durée de l'évaluation ont été à nouveau exprimées lors des dernières audiences. La durée d'une évaluation médicale est influencée par divers facteurs, notamment la complexité de la situation à évaluer, ou des points en litige, ou l'expérience du médecin évaluateur face à la situation à évaluer. La satisfaction du travailleur au regard de cette durée peut être influencée à notre avis par plusieurs facteurs, notamment sa perception à l'effet d'être accueilli et traité avec considération et respect ou que le médecin évaluateur a pris le temps de prendre en compte tous les éléments pertinents pour rendre une évaluation juste, le lien de confiance qui s'est créé entre le médecin évaluateur et le travailleur, le sentiment d'avoir été écouté et non jugé ou sa satisfaction des conclusions de l'avis médical. L'appréciation de la durée requise pour produire une évaluation de qualité est donc difficile à évaluer, puisqu'elle dépend de plusieurs facteurs. La perception du travailleur au regard de cette évaluation constitue toutefois un indice de satisfaction à considérer.

● (11 h 40) ●

On a beaucoup parlé ce matin du pouvoir discrétionnaire du membre du BEM. On a pris note, là, des commentaires aussi précédents qui nous indiquaient un souhait à l'effet que ce pouvoir soit exercé plus fréquemment par les membres du BEM, là. Je m'abstiens de vous lire, là, les articles de loi pertinents, là, je pense que vous les connaissez maintenant. Ce pouvoir discrétionnaire accordé aux membres du BEM leur permet donc de se prononcer sur des sujets sur lesquels le médecin qui a charge ne s'est pas prononcé. À cet égard, il y a lieu de souligner que les membres du BEM ont conçu, en février 2000, un guide de réflexion concernant l'utilisation de ce pouvoir discrétionnaire, qui a fait consensus auprès de ces derniers. Ce guide a comme fondement le respect de l'opinion du médecin qui a charge du travailleur. Il propose d'utiliser ce pouvoir avec une très grande discrétion, lorsque le médecin qui a charge assure un suivi régulier du travailleur et démontre une cohérence dans ses évaluations. Ce n'est qu'en l'absence de ces éléments qu'il y a lieu de se questionner sur la pertinence d'utiliser ce pouvoir.

Maintenant, concernant les statistiques sur les avis du BEM infirmés par la CLP, en réponse aux commentaires exprimés dans le cadre de la commission concernant les données sur le nombre d'avis de la CLP infirmant le BEM et après vérification auprès de la Direction de la CLP, il y a lieu de préciser que ces données incluent les accords en conciliation. Il importe de préciser toutefois que les décisions de la CLP ne peuvent constituer une mesure de la qualité de l'avis du Bureau d'évaluation médicale. En effet, un avis du BEM peut avoir été infirmé par la CLP, constituer un avis de qualité et demeurer l'avis médical qu'il fallait rendre. L'avis du BEM et la décision de la CLP sont rendus à partir de critères d'appréciation distincts: le premier se basant sur des critères ou principes scientifiques conformément à l'article 6 du Code de déontologie des médecins, et le second portant sur des critères juridiques qui ne relèvent pas du domaine médical, critères de

prépondérance de preuve, application de présomption prévue à la loi.

Un mot maintenant sur les listes des professionnels de la santé agissant comme médecins désignés. Une des conditions pour l'inscription ou la réinscription d'un médecin qui accepte d'agir à titre de membre du BEM sur la liste des professionnels de la santé est d'être libre de toute attache permanente ou contractuelle avec un employeur ou une association d'employeurs, avec un syndicat ou une association de travailleurs de même qu'avec la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Cette condition a été déterminée par le Conseil consultatif du travail et de la main-d'oeuvre et est considérée pour les fins de la confection de cette liste en vertu de l'article 216 de la LATMP.

Certains commentaires indiquent que des professionnels de la santé se retrouvent simultanément sur deux listes, soit celle confectionnée par le CCTM et celle confectionnée par la CSST, en vertu de l'article 204 de la même LATMP. Effectivement, il est possible que des membres se retrouvent sur les deux listes, pour les raisons suivantes. Un professionnel de la santé inscrit à la liste des professionnels de la santé confectionnée par la CSST faisait des évaluations pour le compte de cet organisme jusqu'à ce qu'il décide, en cours d'année, de s'inscrire sur la liste des professionnels de la santé confectionnée par le CCTM et faire des évaluations médicales au BEM. Considérant que ces deux listes sont en vigueur pour une année, ce professionnel fera donc partie de ces deux listes durant quelques mois, tout en s'abstenant de faire des évaluations pour la CSST s'il a choisi le BEM. Cette situation se corrigera lors de la mise à jour des listes.

Deuxième point. Il n'est pas interdit à un membre du BEM de faire des évaluations médicales pour le compte de la Direction de l'Indemnisation des victimes d'actes criminels, l'IVAC. Or, ces membres qui font aussi des évaluations pour le compte de la Direction de l'IVAC doivent faire partie de la liste des professionnels de la santé confectionnée par la CSST.

J'ai entrepris des démarches auprès de la Direction des services médicaux de la CSST, afin de corriger cette situation. J'ai reçu l'assurance que la situation sera corrigée en 2007, lors de la mise à jour de la liste, de telle sorte que les médecins faisant des évaluations pour le compte de la Direction de l'IVAC fassent partie d'une liste distincte.

**M. Charbonneau (Daniel):** ...nous allons alors aborder la deuxième partie rapidement, à savoir les améliorations entreprises ou envisagées.

Alors, s'agissant des améliorations qui sont déjà entreprises, bien, à ma gauche, l'embauche du nouveau directeur du BEM constitue, à mon point de vue, une amélioration. Il y a eu des critiques sur la provenance passée des médecins, qui agissaient soit comme directeurs ou médecins-conseils au BEM, à l'effet qu'ils provenaient de la CSST. Dans ce cas-ci, nous avons retenu les services d'un directeur du Bureau d'évaluation médicale qui provient de la CLP, donc en aval. On va donc avoir un regard d'un autre angle, de la part de la Direction du BEM. Le ministère a retenu finalement les services de deux médecins: un directeur du Bureau d'évaluation médicale qui agissait à titre de médecin assesseur et responsable de

la qualité médicale à la Commission des lésions professionnelles; nous avons également obtenu un budget additionnel de la Commission de la santé et sécurité du travail pour 2006-2007, pour embaucher un second médecin également assesseur et responsable de la qualité médicale à la Commission des lésions professionnelles, à Montréal, le Dr Guy Bouvier.

Le Dr Tremblay est entré en fonction le 10 novembre, comme directeur du Bureau d'évaluation médicale à Québec. Le Dr Guy Bouvier s'est joint à l'équipe du BEM depuis le 20 février, à titre de responsable de la qualité et de la cohérence. En passant, le Dr Tremblay est un omnipraticien, et le Dr Blouin, qui est le troisième médecin au BEM, est également un omnipraticien. Il est chargé de l'assignation des dossiers au Bureau d'évaluation médicale de Montréal. Le mandat du Dr Bouvier, celui du Dr Tremblay étant davantage connu comme directeur du BEM, consiste — parce que c'est un nouveau rôle, ça fait partie des améliorations qu'on a mises en place; consiste — à promouvoir et à contrôler la qualité des avis des membres du BEM, à maintenir et à promouvoir une conduite basée sur des valeurs telles que la compétence, l'impartialité, l'objectivité, l'empathie, à identifier les besoins de formation des membres et à y donner suite tout en collaborant au recrutement de nouveaux membres du BEM. C'est là notre plus cher espoir. Il vise également à entretenir des liens auprès des différentes instances pouvant contribuer à la qualité des avis et à la formation des membres du Bureau d'évaluation médicale telles que le Collège des médecins, la Fédération des médecins spécialistes, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Société des médecins experts, l'Association des médecins du travail et les responsables médicaux des programmes pertinents des différentes universités du Québec.

Ensuite, en termes de mesures réalisées, nous avons sensibilisé le ministère de la Santé au regard des honoraires des membres du BEM, puisque nous avons identifié cet élément comme étant un facteur de difficulté de recrutement des membres. Le ministère du Travail a contacté le ministère de la Santé, il y a eu échange de correspondance, et nous avons reçu une réponse favorable de la part du ministère de la Santé, au regard de la révision des honoraires des médecins évaluateurs du BEM lors de la négociation qui se tient présentement avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec. Et cette recommandation de voir à harmoniser les honoraires des membres du BEM a également fait l'objet d'une recommandation consensuelle du Conseil consultatif du travail et de la main-d'oeuvre. S'agissant du Conseil consultatif du travail et de la main-d'oeuvre, on a également obtenu leur appui pour la nomination de nouveaux membres plus rapidement que dans l'attente du renouvellement annuel de la liste. Donc, il y a cinq nouveaux membres qui se sont ajoutés, depuis notre dernière visite ici, à la liste des membres du BEM, soit deux orthopédistes, deux neurochirurgiens et un dermatologue.

Quant aux améliorations envisagées, je cède à nouveau, pour terminer la présentation, la parole au Dr Tremblay.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...

• (11 h 50) •

**M. Tremblay (Jean):** Alors, rapidement quelques mesures envisagées.

Tout d'abord, bien, la poursuite, là, de l'embauche de nouveaux médecins avec l'appui du Conseil consultatif, qui accepte périodiquement de revoir la liste, alors ça devrait se poursuivre au cours des prochains mois. Des besoins persistent particulièrement pour l'évaluation des lésions musculosquelettiques et, on en a parlé aussi, là, des lésions psychiques. On a aussi obtenu de la CLP, encore là, après les avoir rencontrés, qu'à partir d'avril 2006 les statistiques seront corrigées afin d'exclure les ententes en conciliation.

Concernant l'analyse des décisions de la CLP à des fins pédagogiques, le BEM prévoit poursuivre l'analyse d'un nombre représentatif des décisions de la CLP afin d'acquiescer une compréhension des motifs soutenant l'infirmité des avis du BEM par la CLP et de s'en servir à des fins pédagogiques.

Mesures administratives en regard du pouvoir discrétionnaire des membres du BEM. Alors, depuis février 2006 — au début de février 2006 — le BEM effectue, dans les cas pertinents, un rappel systématique de ce pouvoir à ses membres par le biais d'un indicateur visuel, lors de l'assignation des dossiers. Cette mesure donne des résultats très satisfaisants, puisqu'une augmentation de l'utilisation de ce pouvoir a été remarquée depuis sa mise en place.

Un mot sur le lieu de l'évaluation dont on a fait état. Le fait que les patients doivent se déplacer sur de longues distances pour subir une évaluation médicale a été soulevé. Le BEM prend note de ces commentaires et entend évaluer les possibilités, lorsque les circonstances le permettent, que l'évaluation médicale puisse se tenir dans des endroits autres que ceux prévus à cette fin — le bureau de Montréal et le bureau de Québec — sans toutefois ne rien sacrifier à la qualité de l'évaluation.

Il est envisagé et sur la table de travail d'élaborer un guide d'évaluation et de rédaction à l'intention des membres, en partenariat avec les autres intervenants médicaux. Alors, le BEM prévoit élaborer un guide avec les intervenants intéressés. Le guide sera un outil de travail visant à faciliter la tâche du médecin et vise notamment à permettre au médecin évaluateur de ne pas omettre d'éléments essentiels à l'analyse de la problématique soumise à son évaluation.

Identifier les besoins de formation et y donner suite. Alors, on prévoit et même on a commencé, là, l'organisation d'un colloque sur la douleur chronique et son traitement les 13 et 14 septembre 2006. Ce colloque qui réunira des médecins des grands organismes — CSST, SAAQ, Régie des rentes, Régie d'assurance maladie, les médecins assesseurs de la CLP, les médecins du Tribunal administratif du Québec ainsi que les médecins du BEM — sera alors l'occasion d'échanger et de mieux comprendre le phénomène de la douleur et de ses mécanismes. On compte ouvrir et travailler en partenariat avec les différents médecins au Québec.

**Une voix: ...**

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** M. Charbonneau, quand je vous ai demandé quelques commentaires, j'étais loin de me douter qu'il y aurait un train de mesures comme ça, aussi impressionnant, que vous aviez déjà installé, et je vous le dis en toute transparence. Donc, je vais céder immédiatement la parole à mon collègue député d'Iberville.

**M. Rioux: ...M. le Président.** Donc, bienvenue. Puis en premier je vais en profiter pour féliciter M. Tremblay pour sa nomination. Je salue M. Charbonneau et Mme Hallé du ministère du Travail. Et je vois que c'est un ministère qui est très dynamique par les recommandations que vous avez faites et les changements, depuis notre dernière rencontre.

Et je vais avoir une question. Dans les faits, c'est que, si on regarde l'évolution au niveau des demandes d'avis au BEM et si je prends ici quelques statistiques, on dit: En raison de la fluctuation des demandes d'avis, soit de 9 652 avis produits en 2001 à 11 882 avis produits en 2004... a fait en sorte que le BEM n'a pu atteindre son objectif. Ces données représentent une augmentation de 2 230 demandes en quatre ans, soit un peu plus de 500 demandes additionnelles par année.

Est-ce que vous pensez qu'avec les modifications ou les changements que vous nous avez présentés on va voir une diminution ou on va tout simplement limiter qu'il n'y ait pas d'autre augmentation?

**M. Charbonneau (Daniel):** Je dirais, dans un premier temps, qu'on est satisfaits des résultats obtenus au regard de l'exercice du pouvoir discrétionnaire qui, comme d'autres groupes l'ont dit, aurait un effet de réduire le nombre de demandes d'avis au BEM dans l'avenir. On n'est pas certains que cette mesure-là va suffire. Il a été question des mutuelles de prévention. Nous aussi, on a constaté que l'appartenance des mutuelles de prévention et sa transformation en mutuelle de contestation ont eu un effet contributif sur le nombre d'avis demandés au BEM par les employeurs.

Nous avons et nous pouvons déposer les statistiques pour l'année 2005 parce que, depuis la dernière rencontre, nous avons terminé cette compilation-là sur un certain nombre de données et non pas sur tout le rapport. Mais, pour l'année 2005, alors que vous avez bien cité, M. le député, qu'en 2004 le nombre d'avis produits était de 11 882, le nombre d'avis produits en 2005 se chiffre à 12 160. Donc, la progression s'observe de façon constante. On espère qu'un certain nombre de nos mesures vont contribuer à réduire les phénomènes de contestation qui pourraient être le fruit de notre geste, autrement dit, sous notre contrôle. On ne peut pas contrôler le volume des demandes qui nous viennent du fait de l'apparition des mutuelles de prévention ou de... dans le régime d'indemnisation des travailleurs au Québec.

Alors, on pourra déposer d'ailleurs, si la secrétaire de la commission l'autorise, le dépôt de ces documents-là qui portent sur un certain nombre de statistiques qu'on a compilées depuis notre dernière présentation.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska): ...déposer, en prendre connaissance, puis on jugera de la pertinence. Ça va, M. le député d'Iberville? M. le député de Charlesbourg.**

**M. Mercier:** Merci, M. le Président. Alors, moi également, je tiens à vous souhaiter la bienvenue et également féliciter le Dr Tremblay pour sa nomination.

Lors des dernières auditions, j'avais posé une question quant aux enquêtes que le BEM pouvait mener quant à la satisfaction de ces travailleurs. Et, vous voyez, aujourd'hui le Dr Bouvier maintenant qui est en charge de la qualité a sûrement ce nouveau rôle

d'aller sonder les travailleurs directement. Et je voulais savoir, M. le Président, du Dr Tremblay s'il avait, dans ses projets futurs, sinon presque immédiats, l'intention de refaire une enquête qui avait déjà été faite, je pense, dans les années 2000 ou peut-être 2001, là, si ma mémoire est exacte, s'il avait, dans ses plans, de refaire un tel sondage ou enquête auprès des travailleurs.

**M. Tremblay (Jean):** Oui. On réfléchit actuellement sur le sujet. Mon alignement actuel, à ce stade-ci de la réflexion, n'est pas de reprendre, comme tel, l'enquête mais plutôt d'établir un questionnaire, qu'on pourrait remettre aux travailleurs, sur la satisfaction de l'évaluation qu'ils viennent de subir, leur degré de satisfaction, un peu comme, si on va chez St-Hubert, on est invité à compléter un formulaire.

Alors, on pense que peut-être chaque travailleur qui se présenterait au BEM pourrait avoir un formulaire sur lequel il pourrait, dans une période contemporaine à son évaluation, nous donner son appréciation de sorte qu'on pourrait dissocier l'insatisfaction qui provient de l'évaluation de l'insatisfaction qui peut provenir de la connaissance des conclusions de l'évaluation. Alors, c'est un peu, là, l'enlignement. Il n'y a rien de fixé encore jusqu'à maintenant, mais, dans mon processus de réflexion, là, c'est là que j'en suis.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...

**M. Mercier:** Alors, M. le Président, si je comprends bien, le Dr Bouvier serait un peu la personne en charge de ce type d'enquête ou de sondage auprès de la clientèle, des travailleurs.

**M. Tremblay (Jean):** Oui. J'aime mieux le terme «sondage»...

**M. Mercier:** «Sondage», oui.

**M. Tremblay (Jean):** ...que d'«enquête», oui, parce que ça va faire, à un moment donné, partie. Alors, définitivement qu'on va travailler en collaboration, le Dr Bouvier et moi comme directeur aussi, là, pour poursuivre cette réflexion-là.

● (12 heures) ●

**M. Mercier:** Alors, si vous me permettez, c'est une bonne nouvelle compte tenu que, nous, en tant que législateurs, dans nos bureaux de circonscription respectifs, nous recevons des gens de nos comtés qui font exactement ce que vous venez de mentionner, c'est-à-dire d'émettre leurs commentaires. Et nous sommes, un peu la courroie de transmission. Mais là, si vous nous dites qu'éventuellement il pourrait y avoir un moyen de réagir rapidement, que ce soient des plaintes ou même peut-être des félicitations — ça, vous en aurez sûrement...

**M. Tremblay (Jean):** Tant mieux.

**M. Mercier:** ...vous en aurez sûrement et tant mieux — moi, je pense que c'est une très bonne initiative. Merci, M. le Président.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...moi qui vous remercie, M. le député. Mme la députée de La Peltrie.

**Mme Hamel:** Merci, M. le Président. Alors, merci pour les améliorations que vous nous annoncez ce matin. Ce sont des bonnes nouvelles.

Vous avez parlé tout à l'heure, Dr Tremblay, de cinq nouveaux membres, dont deux neurologues, orthopédistes, un dermatologue. Vous avez entendu tout à l'heure sûrement l'Association québécoise d'établissements de santé, et leur demande était à l'effet des lésions psychologiques. Est-ce que vous croyez que les mesures dont vous nous avez fait part tout à l'heure, l'amélioration, ne serait-ce que les honoraires, est-ce que vous croyez que ça vous aidera à recruter? Puis allez-vous pouvoir donner suite à la demande ou allez-vous l'envisager?

**M. Tremblay (Jean):** ...soyez assurés que c'est une de nos préoccupations quotidiennes, les lésions psychiques et les délais qu'on a en psychiatrie. Je suis actuellement en contact avec différents médecins psychiatres pour tenter de les attirer à venir faire de l'évaluation au Bureau d'évaluation médicale, mais, dans le contexte actuel de la pénurie, je ne peux pas vous promettre que je vais en avoir un la semaine prochaine. Mais je suis actuellement en contact avec certains psychiatres, particulièrement à Québec, là, de par certains contacts, là, mais je ne peux pas vous en dire beaucoup plus.

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...

**Une voix:** Si je peux me permettre, en complémentaire.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Oui, allez-y.

**M. Charbonneau (Daniel):** L'arrivée des Drs Tremblay et Bouvier n'est pas le fruit du hasard. On a fait une sélection très serrée et on a retenu des médecins qui ont des liens très étroits avec le milieu médical, et c'est la raison pour laquelle j'ai parlé tantôt de l'impact qu'on souhaitait que ça provoque sur le recrutement de membres. Et déjà ça a donné des effets assez rapidement, et on croit que ça va se poursuivre de façon pérenne, dans le temps.

Pour le cas des psychiatres, effectivement les délais en psychiatrie, c'était tout à fait fondé quand l'AQESSS est venue dire ce matin que les délais étaient de six à huit mois. J'ai même eu personnellement des correspondances où les gens me demandaient d'assigner un médecin parce qu'il y avait une audition à la CLP et que le travailleur n'était toujours pas évalué au BEM. Et on a étudié la question et on a trouvé un cataplasme temporaire en novembre, de concert avec la CSST et la Régie de l'assurance maladie du Québec, de façon à anticiper une révision des honoraires des médecins psychiatres qui serait rétroactive à la date du 1er avril — c'est des normes administratives, là — mais qui a permis à ce jour de réduire considérablement les délais d'expertise médicale en psychiatrie.

Je n'ai pas de statistique, là, mais le Bureau d'évaluation médicale ne... puis je ne reçois plus de demandes de gens qui doivent comparaître devant la CLP, sans qu'il y ait eu une expertise au BEM de réalisée en psychiatrie. Nos délais ont été passablement réduits grâce à une augmentation non pas du nombre de psychiatres, parce qu'on est toujours en pénurie de psychiatres, mais grâce à une augmentation de la disponibilité des psychiatres sur promesse d'une augmentation de leurs honoraires.

Alors, c'est un résultat administratif également qu'on a obtenu en matière de psychiatrie.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Ça va. Merci, M. Charbonneau. Si vous me permettez, je vais passer la parole à votre collègue le député de Montmagny-L'Islet.

**M. Morin (Montmagny-L'Islet):** Merci, M. le Président. Justement, là-dessus, au niveau de l'AQESSS qui demande une désimputation des coûts pour la période qu'ils jugent excédentaire, est-ce que c'est possible dans la réglementation actuelle ou si c'est un vœu qui n'est pas réalisable si jamais il y a des délais?

**M. Charbonneau (Daniel):** À ma connaissance, la question devrait s'adresser à la Commission de la santé et sécurité du travail et non pas au BEM. Ma compréhension de la loi, c'est... Je ne connais pas les critères de désimputation des coûts, là, mais est-ce que c'est possible que la CSST accepte la demande de l'association? Il faudrait leur poser la question. Je n'ai pas de connaissance à ce sujet-là.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Merci, M. le député. Donc, il vous reste cinq minutes, M. le député de Groulx, quatre, en fait.

**M. Descoteaux:** Merci, M. le Président. Bienvenue, messieurs, madame, devant la commission. Dr Tremblay, vous vous lancez dans la gueule du loup alors que vous commencez votre mandat, mais c'est heureux parce que déjà on voit qu'il y a des améliorations qui ont été apportées. Et je suis convaincu qu'à la lumière de ce que vous avez entendu devant la commission il y en a d'autres qui vont venir.

Moi, j'ai — peut-être que vous l'avez remarqué; j'ai — peut-être un problème ou un questionnement sur justement la qualité de l'avis médical posé par un expert au niveau du BEM. Et c'est revenu à plusieurs reprises, ça. C'est revenu, et on a eu les deux écoles de pensée.

D'une part, certains employeurs et certains aussi scientifiques, les spécialistes qui ont dit: Bien, nous, notre rôle est purement scientifique. D'un autre côté, je pense à certains représentants syndicaux qui voulaient élargir l'opinion du BEM ou l'évaluation du BEM, et vous l'avez dit vous-même, au niveau de la CLP. Bien là, on considère l'aspect juridique, l'aspect de présomption, la prépondérance de preuve, des éléments qui en principe s'écartent de cette opinion scientifique là. Vous savez, ce ne sera pas la première fois qu'une certitude scientifique il est démontré à l'autopsie qu'elle était erronée ou le futur nous démontre des fois que des certitudes scientifiques ne sont pas aussi certaines que ça. Et j'ai toujours un problème avec les certitudes à 100 %, mais ce qui me rassure de ce que vous dites, et vous continuez dans ce sens-là... Et en fait ce que je veux soulever, c'est peut-être la dichotomie ou même la contradiction de votre argumentation au niveau de cette fameuse certitude-là, et je pense que la mesure que vous soulevez au niveau de la rétroformation illustre bien que vous allez prendre, vous prenez ce volet-là au sérieux et que la certitude n'est peut-être pas si certaine que ça, puisque, si, au niveau du BEM, on devait s'en tenir uniquement à la certitude scientifique, l'opinion de la CLP en rétroformation n'aurait aucune valeur, n'aurait aucune pertinence.

Si par conséquent vous prenez la peine, au niveau de la formation des membres du BEM, d'aller chercher cette expertise-là, c'est donc que les membres du BEM, à moins qu'on se contredise — et je ne crois pas que ce soit le cas — c'est donc que les membres du BEM devraient être influencés, devraient être éclairés des lumières de la CLP au niveau de la prépondérance de preuve, au niveau d'un préjugé favorable au travailleur accidenté, au niveau des présomptions de la loi. C'est pour ça que j'ai beaucoup de difficultés avec ceux qui nous ont rapporté que, non, au niveau du BEM, c'était purement scientifique. Et, moi, quand j'écoute vos commentaires, je dis: Oui, il y a une contradiction peut-être, mais je suis sûr que la nouvelle direction du BEM va certainement la prendre en compte, parce que justement, si on parle de rétroformation, c'est donc que nos experts du BEM doivent respecter d'autres normes que l'aspect scientifique pur et simple. Entre autres, un exemple bien simple au niveau d'un patient consolidé, moi, je me souviens d'un cas où l'orthopédiste jurait dur comme fer que le patient, que le travailleur accidenté était consolidé. Le problème, c'est qu'un autre expert, un physiatre, disait: Oui, il est peut-être consolidé en apparence. Et ça, c'est le problème qu'on a entendu au niveau des généralistes tantôt, on centre trop sur la lésion. Parce que notre physiatre disait: Prenez cet individu-là et remettez-le au travail, et dans une semaine la lésion va réapparaître.

Donc, scientifiquement il n'y avait plus de lésion. On remet le travailleur accidenté dans son contexte de travail, et, une semaine après, la lésion apparaît.

Donc, voyez-vous, la science à 100 % au niveau du BEM, moi, ça ne me rassure pas, mais la science à 100 % au niveau du BEM modulée... Et d'ailleurs les médecins généralistes dont vous faites partie, docteur, nous disent: Nous, comme généralistes, on a une approche plus biosociale, et ça n'enlève pas l'aspect scientifique. Donc, à ce moment-là, moi, je pense que, si on admettait d'emblée qu'au niveau du BEM il y a l'approche scientifique — ça, c'est indéniable — modulée par la prépondérance de preuve, la présomption de la loi, la façon dont justement vous traitez des dossiers par la rétroformation, moi, ça me rassurerait déjà un peu plus.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** C'étaient les remarques finales, ça, M. le député?

**Une voix:** On dirait, hein? Non, j'en ai d'autres.

**Des voix:** Ha, ha, ha!

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Donc, malheureusement, vous ne pourrez pas réagir parce que c'est tout le temps qu'on a, mais vous pourrez le faire à l'occasion peut-être d'une intervention du député de René-Lévesque.

M. le député de René-Lévesque.

**M. Dufour:** Oui. Merci, M. le Président. C'est vrai, il était parti sur une envolée de remarques finales, mais je pense que ça lui a fait du bien d'en parler. Mais on voit un peu...

Alors, M. Tremblay, M. Charbonneau, Mme Hallé, bienvenue. Alors, j'ai été un de ceux, quand on a travaillé comme membres de la commission, à faire en sorte de vous revoir par rapport à tout le processus qu'on

a entrepris pour vous réentendre. Et, selon les notes que j'ai prises, bon, bien, vous avez déjà commencé à apporter quelques correctifs et à recentrer la mission du Bureau d'évaluation médicale.

Ma première question serait celle-ci, parce qu'on a juste 15, 20 minutes: Est-ce que ce serait possible d'avoir le budget que le Bureau d'évaluation médicale a, un budget, là, ventilé, là? Est-ce que, si je fais la demande, c'est possible d'avoir ça comme membre de la Commission économie et travail?

● (12 h 10) ●

**M. Charbonneau (Daniel):** Très certainement. On ne l'a pas apporté ce matin, là, mais ça pourrait être déposé sans problème.

**M. Dufour:** D'accord. Alors, ma deuxième question, M. le Président, c'est — puis c'est un élément qui est important, que vous avez apporté, M. Tremblay, là — par rapport à ce qui s'est dit venant d'autres groupes qu'on a entendus. Puis je pense que vous avez suivi cette commission-là, là, au fur et à mesure. Vous dites que, oui, il y en a qui se sont retrouvés sur deux listes, mais ils n'opéraient que pour un seul client, parce que malheureusement il faut qu'ils sortent de la liste juste un an après. Alors, oui, ils étaient sur deux listes, mais ils ne pratiquaient pas sur deux instances. C'est effectivement ce que vous nous avez dit?

**Une voix:** ...

**M. Dufour:** Parfait.

**M. Tremblay (Jean):** ...je peux ajouter que j'ai vérifié celui qui, sur la liste, semblait le plus délinquant avec un chiffre le plus élevé, et cette personne-là m'a confirmé, preuve à l'appui, avec ses avis de... qu'il avait travaillé dans le cadre de l'IVAC.

**M. Dufour:** Parce qu'il ne pouvait pas sortir de la liste.

**M. Tremblay (Jean):** Tout à fait.

**M. Dufour:** C'est bien. Il y a aussi des pourcentages. Puis là je ne veux pas jouer sur les pourcentages, là. Je veux vous entendre là-dessus parce que vous en avez parlé un peu. Par rapport aux décisions qui étaient infirmées par la CLP, au-delà des pourcentages, là — et vous avez souligné tout à l'heure que ça incluait les accords en conciliation — est-ce que vous pourriez élaborer un peu là-dessus, là?

**M. Tremblay (Jean):** Bien, je peux vous dire que j'ai rencontré la présidente de la CLP pour lui faire part de ce fait-là, parce que je trouvais un peu surprenant que les accords se retrouvent dans ces statistiques-là, hein? On comprend qu'un avis du BEM lie la CSST et que, s'il y a un accord ensuite à la Commission des lésions professionnelles, c'est nécessairement pour changer quelque chose au BEM. Donc, ça veut dire que tous les accords cassent le BEM en termes de statistiques. Et on peut comprendre que, dans un processus de conciliation, on n'a même pas à évaluer le fond médical.

Le genre d'accord, de par mon expérience passée, là, à la Commission des lésions professionnelles, c'est que les parties vont s'entendre pour dire: On va retenir la date de consolidation du médecin de l'employeur plutôt que la date

du BEM. Ça n'enlève rien au travailleur, ça coûte moins cher à l'employeur, tout le monde signe, puis le BEM n'est pas bon. Bien là, j'ai un peu de misère avec ça, là.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...M. le député, oui.

**M. Dufour:** Voilà pourquoi vous avez signifié que c'était un avis qu'il fallait rendre pareil. Donc, l'avis du BEM est bon. Donc, ils se seraient peut-être entendus en conciliation, hors cour, sur effectivement des dates comme vous venez de dire. Sauf que, moi, ce qui m'a allumé, là, puis ce qui m'allume toujours d'ailleurs, c'est qu'effectivement il y a plusieurs BEM, on va se rendre jusqu'à la CLP, on va avoir un règlement hors CLP, on va s'entendre avant, que ce soit la date ou peu... mais ce qu'on a entendu, tout au long de la commission, au niveau de ce certains groupes, c'est que, quand ils s'entendent en conciliation, ils ne sont pas imputés puis ils s'en vont chercher ça dans le fonds consolidé. Alors, de là vient le fait que peut-être il y a des conciliations qui se font à l'avance.

Ma question, ou le commentaire, ou si vous avez quelque chose à dire là-dessus, c'est que: Pourquoi alors attendre à partir du BEM, à aller jusqu'à la CLP, si on s'entend, puis qu'il y a des délais de deux ans qui passent, puis qu'il y a du monde qui sont dans le trouble avec ça? Voyez-vous, on s'est donné des mandats d'initiative, comme Commission économie et travail, d'entendre la CSST. Il y avait une question de mon collègue tout à l'heure. On va entendre la CLP parce que le problème des accidentés du travail, c'est un tout en partant du médecin traitant, en allant au BEM, en passant par les spécialistes, en allant à la CLP, la Commission des lésions professionnelles, en réglant en conciliation avant, parce qu'on apprend qu'ils ne sont pas imputés, ils vont dans le fonds consolidé. Alors, comprenez-vous que pour des parlementaires comme nous, là, ça devient dur à digérer, là? Comprenez-vous?

Je vais aller aussi loin que mon collègue tout à l'heure, parce qu'il était presque à ses remarques finales, mais il y a des fois que, quand on est sur une envolée, c'est bon, là, comprenez-vous? Au-delà du fait qu'il y a plusieurs groupes qui nous disent que bon le BEM est sous respirateur artificiel, ce n'est pas le temps que ça saute, quelle instance va être là, il y en a d'autres que carrément il ne faut plus que ce soit là. Moi, je vous dirais, là, que, si vous avez des relations avec le ministre — parce que c'est ça que vous avez dit tout à l'heure, vous relevez du ministère du Travail — est-ce que ce ne sera pas opportun de demander au ministre de changer le nom du BEM?

S'il y a une instance qui se doit de rester là, là, moi, je vous le dis honnêtement, là — puis je parle à mes travailleurs dans des bureaux, puis l'ensemble des députés en parlent, là; le BEM, c'est rendu que ça fait peur — alors on ne pourrait pas suggérer au ministre d'appeler ça le BEATA, le bureau d'experts d'aide aux travailleurs accidentés, qui ferait en sorte que, selon les diagnostics d'un médecin traitant, il serait en appui avec cette belle courroie de transmission là qui serait ce bureau d'experts là puis qu'il y aurait un beau maillage qui se ferait? Le problème qu'on a au moment où on se parle, c'est qu'à plusieurs occasions, à partir des années quatre-vingt-dix, le BEM a toujours été sur la sellette, malgré que plusieurs nous disent — puis je vous dirais plus nous disent que moins nous disent — qu'il faut

qu'on garde une courroie de transmission, puis ça nous prend du monde qui réfère puis, bien entendu, dans des diagnostics médicaux.

Alors, ça m'a fait du bien d'en parler, puis j'aimerais vous entendre là-dessus parce que vous voyez que c'est un gros processus, hein? Puis on ne fera pas de remarques finales, même si on a commencé un peu avant la fin de certaines auditions dont on va avoir entendu la CSST et la... Mais il est clair que c'est un ensemble de facteurs qui fait en sorte qu'on en est là, aujourd'hui, là. Comprenez-vous?

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** M. Charbonneau.

**M. Dufour:** Alors, je veux savoir peut-être si mon BEATA sera soumis au ministre ou bien donc il va me lire dans les galées de l'Assemblée nationale.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Allez-y, M. Charbonneau.

**M. Charbonneau (Daniel):** Bien, il ne m'appartient pas de... Je communiquerai votre suggestion au ministre, bien entendu, mais vous me permettez de revenir un peu sur l'ouverture de la session de la commission du 22 février où précisément vous, M. le député de René-Lévesque, avez fait le lien entre l'analyse du rapport du BEM et les objectifs poursuivis par le législateur dans le projet de loi n° 79, qui visait à simplifier le régime, à réduire la durée totale entre la réclamation du travailleur et une décision finale, qui visait à déjudiciariser, à simplifier le régime. Et nous constatons, comme administrateurs publics, que nous sommes, encore en 2006, devant une machine à boules.

Nous, notre secteur de la machine à boules, c'est un petit secteur qui a attiré l'attention parce que le ministre du Travail, en 1996, s'était engagé, au nom du BEM, à venir rendre compte, déposer la rapport. J'avais également, à l'instar de votre présentation, soulevé qu'en début de présentation de notre rapport on présentait le fruit du travail ou l'amélioration du fonctionnement d'un petit maillon d'une grosse chaîne. Alors, nécessairement, je crois que l'exercice que vous faites avec beaucoup d'audace et de courage — même s'il ne m'appartient pas de juger le travail de parlementaire, je suis un fonctionnaire, mais je vous le dis — entraîne nécessairement un regard avec plus de recul sur l'ensemble du régime.

Et la réponse à l'acronyme ou au titre du bureau bien coulera de source après la fin de vos travaux, d'après moi. Mais je passerai le message au ministre, vous pouvez en être certain. Mais je vous soulignerai que certains groupes ont dit que, de «Service d'arbitrage» à «Bureau d'évaluation médicale», on a changé le titre, mais on n'a pas changé la machine, là.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...soyez prudent parce qu'en anglais ça fait le «BEAT-A».

**M. Charbonneau (Daniel):** Ce n'était pas ma...

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** «B-E-A-T», là, de René-Lévesque, ça ferait le «BEAT-A René-Lévesque», ça, donc.

**M. Dufour:** Le «BEAT-A René-Lévesque». Je peux poser une question?

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Allez-y, M. le député.

**M. Dufour:** Une dernière question. On a rencontré ce matin la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, et ils nous ont souligné le fait qu'il serait peut-être opportun, pour rehausser le nombre de personnes qui siègent au BEM, que cette... là de la fédération soit retenue pour aller siéger au Bureau d'évaluation médicale, pour l'instant.

Alors, j'aimerais savoir votre vision là-dessus ou votre avis là-dessus, si ce serait pertinent, oui ou non. Parce qu'il y en a qui parlent beaucoup: Bon, ils n'ont pas de spécialité; seraient-ils en conflit d'intérêts? J'aimerais vous entendre là-dessus.

● (12 h 20) ●

**M. Tremblay (Jean):** ...le critère, ce n'est pas nécessairement spécialiste ou omnipraticien, c'est de procéder une expertise dans le domaine sur lequel on va avoir à se prononcer. Alors, il est certain que certains omnipraticiens possèdent une expertise qui pourrait être utile au BEM. Le principe, quand on fait l'assignation du dossier, c'est de l'envoyer à la personne la plus compétente pour traiter la pathologie en cause. Par exemple, on a un cas d'orthopédie, mais on ne l'enverra pas à n'importe quel orthopédiste. Si on a une pathologie de l'épaule et on a un orthopédiste qui, dans sa pratique clinique, se consacre à l'épaule, on va assigner le dossier à cette personne-là. Alors, c'est un concept d'expertise plus que de spécialistes ou d'omnipraticiens.

Certains omnipraticiens ont développé des expertises en médecine du travail, et je suis convaincu qu'ils pourraient être utiles dans certains dossiers, particulièrement quand on a à déterminer les limitations fonctionnelles. Ces gens-là ont des connaissances des milieux de travail, mais c'est sûr qu'il faudrait que ce soit regardé, là, pour les utiliser, là, où se situent leurs expertises. Je verrais mal un omnipraticien, même s'il travaille dans le milieu du travail, venir trancher dans un débat, là, entre deux orthopédistes, à savoir: Est-ce qu'on va l'opérer ou pas, là, tu sais, là? Alors, je pense qu'une bonne utilisation pourrait, oui, être utile et regardée.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Ça va?

**M. Dufour:** O.K. Ça va, M. le Président.

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** Merci, M. le député de René-Lévesque, donc à vous, messieurs du Bureau d'évaluation médicale. Bien sûr qu'on vous félicite pour votre nomination, M. Tremblay, l'ensemble des collègues, et on vous souhaite bonne chance. Merci pour vos recommandations, merci pour votre présence en commission parlementaire et bon retour. Merci aux collègues.

J'ajourne donc les travaux à 12 h 30...

**Une voix:** ...

**Le Président (M. Bachand, Arthabaska):** ...sine die. Voilà.

(Fin de la séance à 12 h 22)