

**MÉMOIRE
DE L'ACRGTQ**

**EXAMEN DU RAPPORT
D'ÉVALUATION DU
BUREAU D'ÉVALUATION
MÉDICALE**

PRÉSENTÉ À LA

COMMISSION DE L'ÉCONOMIE ET DU TRAVAIL

FÉVRIER 2006

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
1. Mesures administratives retenues	2
1.1 Répartir plus équitablement les dossiers entre les membres du BEM.....	2
1.2 Implanter une grille d'évaluation des avis des membres	3
1.3 Implanter un mécanisme de rétro-information pour les membres du BEM à la suite des décisions rendues par la CLP et élaborer un programme de formation continue	3
1.4 Améliorer les rapports humains entre les médecins experts et les victimes d'accident du travail.....	3
1.5 Développer des indicateurs qualitatifs et quantitatifs significatifs concernant l'évaluation des membres du BEM.....	4
2. Difficultés rencontrées par les employeurs et solutions proposées.....	4
2.1 La notion de médecin qui a charge du travailleur	4
2.2 L'émission des rapports médicaux contestables au BEM	5
2.3 L'accès de l'employeur au dossier médical.....	6
2.4 L'avis du membre du BEM	7
2.5 Le processus de contestation de l'avis du BEM	7
CONCLUSION	8

INTRODUCTION

L'Association des constructeurs de routes et grands travaux du Québec (ACRGTQ) remercie les membres de la Commission de l'économie et du travail de l'Assemblée nationale de prendre connaissance du mémoire de l'Association concernant l'examen du rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale.

L'ACRGTQ, incorporée en 1944, regroupe sur une base volontaire la majorité des principaux entrepreneurs et fournisseurs de biens et services oeuvrant dans le domaine des travaux de génie civil, de voirie, de transport d'énergie électrique et de grands travaux au Québec.

L'ACRGTQ est également, selon la Loi sur les relations du travail, la formation professionnelle et la gestion de la main-d'œuvre dans l'industrie de la construction (loi R-20), une association d'entrepreneurs et l'association sectorielle d'employeurs mandataire de la négociation, de l'application et du suivi de la convention collective du secteur génie civil et voirie. À ce titre, elle représente les intérêts de plus de 2 000 employeurs de l'industrie de la construction.

En matière de santé et sécurité du travail, l'ACRGTQ informe, forme et conseille ses membres dans la gestion de leurs dossiers de prévention-inspection, de lésion professionnelle et de cotisation et les représente auprès des divers tribunaux.

Elle les représente également dans les dossiers d'intérêt collectif auprès des divers organismes intervenant en santé et sécurité du travail.

Le secteur génie civil et voirie englobe tous les travaux de construction d'ouvrages d'intérêt général d'utilité publique ou privée notamment les routes, les infrastructures, les éoliennes, les barrages, les centrales et lignes électriques et les gazoducs. Environ 25 000 salariés de l'industrie y sont actifs. Les principaux donneurs d'ouvrage sont les gouvernements et leurs sociétés d'État.

Rappelons que plusieurs intervenants présents lors des audiences publiques tenues en 1997 sur le projet de loi 79 avaient formulé des critiques relatives au mode de fonctionnement du BEM notamment en ce qui concerne le manque d'éthique de certains membres, des examens médicaux trop sommaires et douloureux. Cette situation avait donc amené le BEM à mettre en place des mesures administratives en vue d'améliorer la qualité de ses avis et son mode de fonctionnement.

Les mesures administratives suivantes ont été retenues.

- répartir plus également les dossiers entre les membres du BEM;
- implanter une grille d'évaluation des avis des membres;
- implanter un mécanisme de rétro-information pour les membres du BEM à la suite des décisions rendues par la Commission des lésions professionnelles;
- élaborer un programme de formation continue pour les membres afin d'améliorer la qualité de leurs avis;

- améliorer les rapports humains entre les médecins experts et les travailleurs accidentés;
- prévoir l'utilisation de centres médicaux spécialisés pour déterminer, dans certains cas, les déficits anatomo-physiologiques sérieux et les limitations fonctionnelles;
- développer des indicateurs qualitatifs et quantitatifs significatifs concernant l'évaluation des membres du BEM et le Bureau lui-même comme organisme;
- définir des critères d'assignation des dossiers aux membres du BEM.

Bien que la loi accorde à l'opinion du médecin qui a charge une valeur prépondérante, nous considérons que le processus d'évaluation médicale constitue un élément essentiel à l'équilibre des droits de chacune des parties. Les employeurs, qui assument en totalité le financement du régime, doivent avoir l'opportunité de contrôler et de contester le cas échéant le bien fondé de la position médicale du médecin traitant. À cet égard, la possibilité d'avoir recours à une opinion médicale d'un tiers impartial est incontestable. Il est impératif que les avis rendus soient de très grande qualité dans un contexte où les parties auront été desservies avec célérité.

C'est pourquoi, l'ACRGQTQ profite de l'occasion qui lui est donnée pour formuler quelques commentaires relativement aux mesures administratives mises en place par le BEM. Par ailleurs, nous souhaitons exposer certaines difficultés rencontrées par nos membres à l'égard de la procédure d'évaluation médicale prévue à la loi et proposer des solutions pour y remédier.

1. MESURES ADMINISTRATIVES RETENUES

1.1 Répartir plus équitablement les dossiers entre les membres du BEM

Nous endossons la position de la direction du BEM de fixer une limite quant au nombre d'avis par année qu'un membre peut produire. Le nombre maximum d'avis a été fixé annuellement à 405.

Cette pratique a pour effet d'éviter des concentrations de dossiers entre les mains d'un nombre restreint de professionnels de la santé et d'assurer une plus grande qualité des avis.

Or, nous constatons que cet objectif est difficile à rencontrer, puisque le nombre de membres ayant produit plus de 405 avis est passé à 7 au 31 décembre 2004 comparativement à 5 en 2000. Cette difficulté selon le document d'actualisation du ministère du Travail repose sur deux facteurs :

- l'accroissement des demandes d'avis;
- la difficulté de recrutement de nouveaux membres.

En ce qui concerne l'accroissement des demandes d'avis, nous observons que depuis 2002 le nombre d'avis est relativement stable, ce qui correspond entre 7 et 8% des dossiers ouverts annuellement à la CSST et cela incluant les avis où le membre du BEM a refusé d'exercer son pouvoir discrétionnaire.

Par ailleurs, le document d'actualisation avance plusieurs raisons pour expliquer les difficultés de recrutement. Nous croyons que certaines n'ont plus leur raison d'être. Est-il nécessaire de maintenir l'exigence de cinq (5) années d'expérience dans la spécialité ? Est-il justifié d'empêcher un membre de procéder à l'évaluation à son cabinet ?

Nous considérons que ces deux mesures pourraient être abolies sans que cela n'entache l'impartialité, la crédibilité et la rigueur de l'institution.

Enfin, il nous apparaît évident qu'une rémunération concurrentielle favoriserait une augmentation de la qualité des avis et le recrutement de nouveaux membres.

1.2 Implanter une grille d'évaluation des avis des membres

Nous endossons sans réserve l'initiative de la direction du BEM d'implanter une grille d'évaluation des avis. Cette mesure est d'autant plus efficace qu'elle sert à identifier les correctifs à apporter et à déterminer la nécessité de formation sur une base individuelle.

D'ailleurs, nous constatons avec beaucoup de satisfaction l'importante baisse du pourcentage des avis qui ne rencontrent pas les critères de qualité entre 1999 et 2004 passant de 27 % à 2 % et un indice de conformité qui est passé de 68 % à 84,5 %.

1.3 Implanter un mécanisme de rétro-information pour les membres du BEM à la suite des décisions rendues par la CLP et élaborer un programme de formation continue

Nous considérons que la direction du BEM doit poursuivre ses efforts à ce niveau puisque, selon les informations contenues au document d'actualisation, il semble que le pourcentage des avis contestés à la CLP soit en diminution depuis l'application de cette mesure soit de 9,8 % en 1998 à 8,8 % en 2002. Toutefois, nous notons qu'environ 40 % des avis contestés à la CLP sont infirmés.

1.4 Améliorer les rapports humains entre les médecins experts et les victimes d'accident du travail

Face aux critiques formulées en 1997, il était nécessaire que le BEM améliore la perception de ses services par les victimes d'accident. À cet égard, il nous semble que les mesures adoptées ont grandement amélioré cet état de fait.

Avec un taux de satisfaction de 92 % relativement au respect et l'attention accordée par le médecin expert au travailleur, de 92 % pour les douleurs reliées à l'examen, de 72 % pour la durée de l'examen et de 82 % concernant la qualité de l'examen, il est difficile pour quiconque de soutenir l'existence d'un mécontentement généralisé comme ce fut le cas dans le passé.

Par ailleurs, il est nécessaire que la direction du BEM maintienne les mesures visant à s'assurer que les membres continuent à traiter les victimes d'accident avec respect, attention, professionnalisme et de manière éthique.

1.5 Développer des indicateurs qualitatifs et quantitatifs significatifs concernant l'évaluation des membres du BEM

Nous constatons à la lecture des documents du ministère du Travail que les mesures administratives ont eu un effet bénéfique puisque le pourcentage d'avis infirmé par la CLP en raison d'une mauvaise qualité diminue progressivement.

En ce qui concerne le délai opérationnel moyen, manifestement l'objectif de la direction de maintenir ce délai à moins de 18 jours n'est pas rencontré. Le délai moyen étant de 31,5 jours en 2004, il est donc devenu nécessaire de prendre des mesures pour l'atteinte de l'objectif.

Dans la documentation, deux facteurs sont avancés pour expliquer l'augmentation du délai opérationnel :

- les difficultés de recrutement ;
- le nombre croissant de demandes d'avis.

Pour le premier facteur, nous avons, plus tôt dans notre présentation, avancé certaines pistes de solution pour remédier à la situation.

Quant au 2^e facteur, nous considérons que l'exercice adéquat de la discrétion accordée aux membres du BEM et un accès moins restreint au dossier du travailleur pourrait éviter des demandes d'avis inutiles.

Nous croyons que l'augmentation des effectifs au BEM et l'exercice approprié du pouvoir discrétionnaire permettraient d'atteindre l'objectif fixé à 18 jours.

Par ailleurs, nous portons à votre attention le fait que les employeurs se plaignent que la durée totale du processus d'évaluation médicale excède trois mois à partir du moment où la CSST est saisie de la demande. Ce qui nous amène à faire état des difficultés rencontrées par les employeurs à l'égard du processus d'évaluation médicale.

2. DIFFICULTÉS RENCONTRÉES PAR LES EMPLOYEURS ET SOLUTIONS PROPOSÉES

2.1 La notion de médecin qui a charge du travailleur

La première difficulté d'accès au BEM que nos employeurs rencontrent a trait à la notion de médecin qui a charge du travailleur. Lorsque le travailleur consulte plusieurs médecins, qui est le médecin qui a charge afin que l'employeur puisse identifier les rapports médicaux qui sont contestables auprès du BEM ?

Le travailleur a droit aux soins du professionnel de la santé de son choix. Le travailleur a donc le droit de changer à plusieurs reprises de médecin. L'employeur ne peut contester au BEM que les rapports médicaux émis par le médecin qui a charge. Des demandes d'avis au BEM de l'employeur sont refusées lorsque le rapport médical contesté n'est pas considéré comme celui émis par le médecin qui a charge. De même, lorsque le médecin qui a charge réfère le travailleur à un spécialiste qui le traite durant une certaine période. Le statut de ce médecin spécialiste constitue dans bien des cas une ambiguïté. Est-il ou non le médecin qui a charge au sens de la LATMP.

Afin de remédier à ces difficultés, nous proposons de permettre à l'employeur de contester au BEM tout rapport médical émis par un médecin consulté par le travailleur.

2.2 L'émission des rapports médicaux contestables au BEM

L'employeur est privé de son recours au BEM durant de longues périodes lorsque le médecin qui a charge du travailleur n'émet pas un rapport médical suite à une consultation ou tarde à en émettre un.

L'un des rapports médicaux les plus importants qui tarde souvent à être émis par le médecin qui a charge est le rapport d'évaluation médicale, appelé communément REM, qui doit être émis suite au rapport final qui identifie l'existence d'une atteinte permanente et de limitations fonctionnelles. Encore là, de longues périodes d'attente sont vécues par nos employeurs avec toutes les conséquences financières pour l'employeur et le régime.

Par ailleurs, le format et le contenu des rapports médicaux sont inadéquats à une saine gestion des réclamations. Plusieurs rapports médicaux complétés par les médecins sont illisibles et incomplets.

Afin de pallier à ces difficultés, nous proposons les mesures suivantes :

- tout médecin consulté par un travailleur doit émettre un rapport médical et le transmettre à la CSST;
- revoir le format et le contenu des rapports médicaux afin qu'ils soient lisibles, complets et permettent une saine gestion des réclamations;
- le médecin du travailleur doit émettre le REM en même temps que le rapport final. Si ce médecin réfère le travailleur à un autre médecin pour l'évaluation des limitations fonctionnelles et de l'atteinte permanente, cet autre médecin doit émettre son REM dans le mois qui suit l'émission du rapport final. À défaut, nous suggérons que la CSST désigne un médecin qui produira le REM dans les 15 jours suivants et l'avis du médecin ainsi désigné sera réputé être l'avis du médecin du travailleur et contestable au BEM par l'employeur.

2.3 L'accès de l'employeur au dossier médical

L'employeur éprouve des difficultés à exercer ses recours auprès du BEM du fait que le dossier médical du travailleur est tenu confidentiel. En effet, la LATMP lui interdit de recevoir les rapports médicaux subséquents à la période des premiers 14 jours et tous les autres documents médicaux émis au dossier de lésion professionnelle. Cet interdit est très lourd à gérer, inéquitable et restreint l'accès de l'employeur au BEM. Dans les faits, cet interdit amène les difficultés suivantes.

L'employeur se voit obligé d'identifier auprès de la CSST un médecin désigné pour connaître le suivi médical et exercer ses recours.

Même lorsque l'employeur a identifié un tel médecin, la CSST néglige ou retarde la transmission des documents l'obligeant à faire de multiples démarches pour qu'elle les transmette à son médecin désigné. De plus, même lorsque la CSST expédie les documents au médecin désigné, ce dernier peut difficilement assurer un examen de tous les rapports émis pour chacune des réclamations et informer l'employeur des recours à prendre.

Les médecins consultés n'ayant pas l'obligation de transmettre à la CSST tous les documents médicaux en relation avec l'événement (protocole radiologique, protocole opératoire, test d'investigation etc...) l'employeur se voit obligé d'obtenir une autorisation d'accès du travailleur ou faire des pressions sur la CSST pour qu'elle obtienne copie des documents. Cette situation empêche l'employeur et son médecin désigné de faire une analyse adéquate de l'état du dossier.

Afin de pallier à ces difficultés, nous proposons les mesures suivantes :

- tout médecin consulté par le travailleur doit transmettre à la CSST tous les documents médicaux relatifs à la lésion professionnelle et ce, dans les meilleurs délais;
- l'employeur doit avoir accès au dossier médical intégral du travailleur en rapport avec sa lésion professionnelle afin de disposer d'une défense pleine et entière. Pour ce faire, la CSST doit les lui transmettre périodiquement dans les meilleurs délais.

Il est ironique de constater que l'employeur reçoit une copie complète du dossier médical et administratif de la Révision administrative et de la CLP afin de lui permettre une défense pleine et entière devant ces instances alors qu'il est empêché d'avoir accès au dossier médical au moment où il est opportun de faire la gestion du dossier.

Il est inapproprié que l'agent payeur, l'employeur, soit exclu du processus d'information, étape essentielle à un suivi rigoureux de chaque réclamation permettant l'exercice de ses droits de contestation prévus à la Loi. Le droit de l'employeur de contester un rapport médical ou une décision de la CSST de nature médico-administrative implique nécessairement que pour être exercé, l'employeur reçoive copie des rapports médicaux et tous les autres documents médicaux.

2.4 L'avis du membre du BEM

À l'égard des avis rendus par les membres du BEM, nos employeurs éprouvent principalement deux (2) difficultés.

La première difficulté a trait au pouvoir discrétionnaire accordé aux membres du BEM de se prononcer sur des sujets sur lesquels le médecin qui a charge ne s'est pas prononcé. À cet égard, la quasi totalité des membres du BEM refusent d'exercer leur pouvoir discrétionnaire en ne se prononçant pas sur la date de fin des traitements, les limitations fonctionnelles et l'atteinte permanente alors qu'ils consolident la lésion professionnelle.

Ce refus peut avoir plusieurs conséquences : (1) un allongement de la période de versement des indemnités qui peut être considéré injustifié ultérieurement (2) l'émission du rapport final et du REM du médecin qui à charge qui tarde à être émis ou qui n'est pas émis car ce médecin juge la lésion non consolidée contrairement à l'avis du membre du BEM (3) la nécessité d'une 2^e expertise du médecin désigné de l'employeur après l'émission du rapport final ou du REM et un 2^e avis du BEM (4) ou un avis du médecin désigné de la CSST suivi d'une demande d'avis au BEM logée par la CSST si le médecin qui a charge tarde trop à émettre son rapport final et son REM.

La deuxième difficulté origine du fait que des membres du BEM fixent les dates de consolidation et de fin des traitements à la date de leur examen, alors que le dossier médical leur permettrait de fixer une date antérieure à la date de leur examen.

L'employeur doit donc contester l'avis du membre du BEM pour tenter de faire reconnaître les dates fixées par son médecin désigné.

Afin de pallier à ces difficultés, nous proposons les mesures suivantes :

- si le membre du BEM consolide la lésion professionnelle, il doit se prononcer sur les limitations fonctionnelles et l'atteinte permanente même si le médecin traitant ne s'est pas prononcé sur ces sujets;
- le membre du BEM doit considérer une date de consolidation et de fin des traitements antérieure à la date de son examen si la preuve médicale le permet.

2.5 Le processus de contestation de l'avis du BEM

La LATMP prévoit que l'avis du BEM est contestable devant la révision administrative de la CSST et par la suite à la CLP. Nous considérons que l'étape devant la révision administrative est inutile puisque la CSST est liée par l'avis du BEM. Cette situation a pour effet de prolonger inutilement les délais pour obtenir une décision finale.

Afin de palier à cette difficulté, nous proposons d'adresser directement à la CLP les contestations relatives à l'avis du BEM.

CONCLUSION

Le processus d'évaluation médicale prévue à la LATMP représente un élément essentiel à l'équilibre du régime. Cette institution s'est grandement améliorée relativement aux items ayant fait l'objet de critiques dans le passé. Nous sommes conscients que cette amélioration est le fruit du travail accompli par la direction du BEM et qu'il faille maintenir des efforts constants à ce niveau.

Par ailleurs, il est primordial que des mesures soient également prises pour atténuer les difficultés de gestion rencontrées par les employeurs.