



**Commentaires sur le Rapport
d'évaluation du Bureau
d'évaluation médicale présenté
par le ministre du Travail le 2
avril 2001 et sur son document
d'actualisation présenté le 19
octobre 2005**

**Mémoire présenté à la Commission
de l'économie et du travail**

Par la Centrale des syndicats du Québec

Février 2006



La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) représente plus de 172 000 membres, dont plus de 100 000 font partie du personnel de l'éducation.

La CSQ compte 12 fédérations qui regroupent environ 250 syndicats affiliés en fonction des secteurs d'activité de leurs membres ; s'ajoute également l'Association des retraitées et retraités de l'enseignement du Québec (A.R.E.Q.).

Les membres de la CSQ occupent plus de 350 titres d'emploi. Ils sont présents à tous les ordres d'enseignement (personnel enseignant, professionnel et de soutien) de même que dans les domaines de la garde éducative, de la santé et des services sociaux (personnel infirmier, professionnel et de soutien, éducatrices et éducateurs), du loisir, de la culture, du communautaire et des communications.

De plus, la CSQ compte en ses rangs 69 % de femmes et 25 % de jeunes âgés de moins de 35 ans.

Introduction

En 1997, le gouvernement avait entendu, dans le cadre des consultations sur le projet de loi n° 79 (Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives, projet de loi n° 79, devenu le chapitre 27 des lois de 1997), de nombreuses critiques à l'égard du Bureau d'évaluation médicale (BEM) maintenu en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q. chapitre A-3.001). C'est pourquoi il avait inclus, dans ce projet de loi, l'article 68 prévoyant l'obligation pour le ministre du Travail de présenter au gouvernement un rapport d'évaluation du BEM, ce rapport devant faire « état notamment des résultats obtenus par le Bureau à la suite de la mise en application des mesures prises depuis l'entrée en vigueur de la [...] loi, afin d'en améliorer le fonctionnement ».

La Centrale des syndicats du Québec (CSQ) souhaite, par cet avis, commenter le contenu du rapport d'évaluation soumis dans ce cadre par le ministre du Travail en avril 2001 et de son actualisation déposée devant la Commission de l'économie et du travail le 19 octobre 2005, alors que la direction du BEM était reçue par la commission pour l'examen du rapport d'évaluation.

Dans le mémoire que présentait, en février 1997, la CSQ (alors encore la CEQ) à la Commission de l'économie et du travail sur le projet de loi n° 79¹, nous formulons quatre recommandations relatives au processus d'évaluation médicale. La première portait sur l'existence même du Bureau d'évaluation médicale (BEM). Nous demandions alors, dans la suite des propositions du Groupe de travail sur la déjudiciarisation, l'abolition pure et simple du BEM, en réaffirmant le principe du respect de l'opinion du médecin traitant, la CSST demeurant liée par son avis jusqu'à une décision sans appel de la Commission des lésions professionnelles. Notre position appuyait également les mécanismes proposés par le Groupe de travail afin de permettre à un employeur ou à la CSST de contester l'opinion du médecin traitant. Devant le risque possible d'engorgement à ce niveau et dont la preuve restait à faire, nous acceptions toutefois le maintien d'un tel bureau, moyennant certaines améliorations. Les trois autres recommandations que nous faisons sur le processus d'évaluation médicale visaient justement ce but.

Nous partons donc de ces positions développées à l'époque pour commenter la raison d'être du Bureau d'évaluation médicale et son fonctionnement aujourd'hui, à la lumière du rapport d'évaluation dont la Commission de l'économie et du travail a été saisie. Nous dresserons cependant, en premier lieu, un portrait des lésions professionnelles qui affectent nos membres et des commentaires que nous avons pu recevoir de ces derniers à la suite de leur passage au BEM, puisque cela a, bien

¹ Centrale de l'enseignement du Québec, Mémoire sur le Projet de loi n° 79, *Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives*, présenté à la Commission de l'économie et du travail, janvier 1997, Québec, 8 p., CEQ, (D10485).

entendu, une incidence sur notre vision du processus d'évaluation médicale prévu par la loi.

Les lésions professionnelles subies par les membres de la CSQ

Les personnes que représente la CSQ œuvrent principalement dans les services publics. La majorité des 172 000 membres travaillent dans le secteur parapublic (éducation, santé et services sociaux), mais la CSQ regroupe aussi des adhérents des établissements privés d'enseignement, des universités, du secteur communautaire, des communications et des centres de la petite enfance. Une association de retraités regroupe des membres à la retraite.

Les membres de la CSQ sont malheureusement, dans une forte proportion, victimes de lésions professionnelles. Cependant, ils sont, à l'exception des membres retraités, des travailleuses et des travailleurs au sens de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles et à ce titre, ils sont protégés par cette loi. Notons toutefois que les responsables de services de garde en milieu familial, dont environ 1 200 sont membres de la CSQ, ont vu leur protection diminuée par l'action législative de ce gouvernement qui leur a nié, en décembre 2003², le statut de salariées des centres de la petite enfance. Ces dernières n'ont désormais accès à la protection que si elles en font la demande à titre de travailleuses autonomes et qu'elles acquittent la totalité de la prime exigée par la CSST.

Les membres que nous représentons souffrent de lésions professionnelles de toutes sortes. Cela va de l'accident du travail « classique » où, par exemple, une infirmière se blesse en soulevant un patient, aux troubles de la voix dont sera atteinte une enseignante au primaire, en passant par les problèmes musculosquelettiques que finira par développer l'interprète gestuel qui accompagne un étudiant malentendant, ou au cas de surdité professionnelle dont sera atteint un enseignant de musique. Beaucoup des lésions professionnelles déclarées par nos membres touchent toutefois à la santé mentale au travail. En effet, plus de 40 % des cas que nous traitons sont de l'ordre de l'épuisement professionnel, de l'anxiété, de la dépression ou du stress post-traumatique, liés au travail.

Si, comme nous l'apprend le rapport du Bureau d'évaluation médicale, plus de 80 % des dossiers relèvent de la chirurgie orthopédique, on comprendra donc que nos membres ne constituent qu'une part relativement faible des « clients » du BEM. En effet, ce qui est généralement contesté par l'employeur ou par la CSST dans les cas qui nous occupent, c'est la relation causale entre le diagnostic et les conditions de travail. Or, le BEM n'a pas compétence pour se prononcer sur la relation causale et cela est bien ainsi. Ni le diagnostic comme tel, ni la date ou la période prévisible

² Projet de loi n° 8, *Loi modifiant la Loi sur les centres de la petite enfance et autres services de garde à l'enfance*, 2003, chapitre 13.

de consolidation, ni la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ne sont l'objet de contestation, du moins au début du processus de traitement du dossier. Les éléments sur lesquels le membre du BEM peut substituer ses propres conclusions à celles du médecin traitant, du médecin de l'employeur ou de celui désigné par la CSST en vertu de l'article 221 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles font donc rarement l'objet de contestation à cette étape.

La plupart des lésions professionnelles que subissent nos membres auraient pu cependant être évitées par des efforts accrus en matière de prévention. Nous profitons de cette occasion pour rappeler aux membres de la Commission de l'économie et du travail et particulièrement au ministre du Travail, que les secteurs d'activités dans lesquels œuvrent les membres que nous représentons ne sont toujours pas reconnus comme secteurs prioritaires par la CSST et ne font toujours pas l'objet de réglementation eu égard à la mise en œuvre des mécanismes de prévention pourtant prévus par la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (L.R.Q., chapitre S-2.1) depuis maintenant plus de vingt-cinq ans. Il n'existe pas, non plus, d'association sectorielle paritaire dans les secteurs où travaillent nos membres, à l'exception de celle du secteur de la santé et des services sociaux (ASSTSAS) dont la CSQ est membre.

Les critiques de nos membres à l'égard du Bureau d'évaluation médicale

Les commentaires de nos membres qui sont convoqués pour une expertise au BEM ressemblent à ceux qui ont été rapportés à l'occasion des travaux de la Commission de l'économie et du travail sur le rapport d'évaluation, le 19 octobre 2005³. Nous reprendrons ici ceux qui méritent un peu plus de développement.

Certains de nos membres s'interrogent sur le fait qu'ils doivent se déplacer parfois sur d'assez bonnes distances pour un examen au BEM. Le directeur du BEM, le Dr Jean Tremblay, confirmait, à l'occasion d'une récente réunion du Comité sur la sécurité des travailleurs du Conseil consultatif du travail et de la main-d'œuvre, que 90 % des expertises sont conduites dans les bureaux du BEM situés à Québec et à Montréal. Un travailleur souffrant d'un mal de dos et qui doit partir de Sherbrooke pour se rendre à Québec est ainsi soumis à un stress qu'un examen fait dans sa région n'occasionnerait pas. La pratique des examens, le plus près possible du lieu de résidence des travailleurs, mériterait d'être étendue, comme dans le cas de la CSST ou de la SAAQ pour les expertises qu'elles demandent.

³ *Journal des débats*, Commission de l'économie et du travail, le mercredi 19 octobre 2005 – vol. 38 n° 86.

Nous n'avons pas recueilli de commentaires de nos membres sur des blessures que l'examen par le membre du BEM aurait entraînées. Cela est tant mieux, bien que des manipulations qui nous ont été rapportées aient pu être douloureuses. Certains nous ont également fait part d'un malaise ressenti à cause d'une impression de suspicion de la part du médecin qui a procédé à l'expertise. D'autres nous ont parlé du peu d'empathie témoignée par le médecin au moment de l'examen, une personne allant jusqu'à qualifier un membre de « très désagréable ». Tout cela renforce la perception souvent ressentie par les travailleurs que le BEM est là pour leur faire perdre des droits. Cela ressort également d'une récente étude conduite par une équipe de recherche de l'Université du Québec à Montréal auprès de travailleuses et travailleurs accidentés⁴, dans laquelle on peut notamment lire, à la page 41, ce qui suit à l'égard des rapports avec les médecins du BEM :

Quant aux médecins du BEM, à quelques exceptions près, on a bien du mal à les percevoir comme des médecins neutres préoccupés par le bien-être de leur clientèle. Les examens sont souvent brefs, parfois brusques et le parti pris en faveur du médecin patronal et du médecin de la CSST est perçu par plusieurs comme évident.

L'examen par le membre du BEM vient s'ajouter à ceux commandés par le médecin traitant auprès de spécialistes et à ceux requis par l'employeur et par la CSST. Il s'agit parfois du cinquième ou sixième médecin différent que la travailleuse ou le travailleur voit au sujet de son cas. Cela ne peut faire autrement qu'occasionner du ressentiment et un stress pouvant avoir des effets sur la santé psychologique des victimes de lésions professionnelles, déjà fragilisées par les conséquences professionnelles, personnelles et sociales de la lésion. On nous a souligné, aussi, que lorsqu'une travailleuse ou un travailleur est requis de se présenter au BEM à deux reprises, une première fois sur les trois premiers éléments énumérés à l'article 212 de la loi et une deuxième sur les deux derniers⁵, il faudrait au moins que le BEM s'assure que c'est le même médecin qui procédera aux deux examens.

Un de nos syndicats nous a rapporté qu'un membre du BEM, agissant alors comme médecin traitant de deux de nos membres, a négligé dans ces deux cas de produire un rapport final portant, notamment, sur l'existence et le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique d'une travailleuse et sur ses limitations fonctionnelles. Cela a forcé ces travailleuses à consulter un autre médecin sur ces questions, ce qui a automatiquement entraîné une demande d'examen par un médecin désigné par la CSST et, éventuellement, une référence

⁴ Katherine Lippel, Marie-Claire Lefebvre, Chantal Schmidt, Joseph Caron, *Traiter la réclamation ou traiter la personne ? Les effets du processus sur la santé des personnes victimes de lésions professionnelles*, Services aux collectivités, UQAM, 2005.

⁵ Soit : 1^o le diagnostic, 2^o la date ou la période prévisible de consolidation, 3^o la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits, 4^o l'existence ou le pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique ou psychique du travailleur et 5^o l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur (LATMP, art. 212).

de ces rapports médicaux au BEM. La perception qui reste de cette affaire est que ce membre, en agissant de la sorte, assurait du travail à un de ses collègues également membre du BEM. Que cette perception soit fondée ou non importe peu. Elle vient toutefois contribuer à la méfiance que certains peuvent entretenir quant au processus.

D'autres, enfin, nous ont signalé que, trop souvent, l'aspect sommaire de l'entrevue et de l'examen nuit à la bonne compréhension par le médecin du BEM des douleurs ressenties et, plus important encore, des caractéristiques du travail. Cela peut être particulièrement nuisible au moment de statuer sur les limitations fonctionnelles dont la travailleuse ou le travailleur peut être porteur. Il est entendu qu'il n'est pas dans le mandat du membre du BEM de se prononcer sur la capacité de travail du travailleur, mais une méconnaissance du travail influencera sans doute l'évaluation des limitations.

Le rapport d'évaluation présenté par le Bureau d'évaluation médicale

Nous commenterons ici, à la lumière de nos remarques de 1997 et des éléments relatés dans les pages précédentes, les principaux aspects du rapport d'évaluation préparé en 2001 et de son document d'actualisation soumis en 2005, sans les reprendre toutefois un à un. Nous nous intéresserons plus particulièrement à l'existence et au fonctionnement général du BEM, à la répartition des dossiers entre les membres, sur les rapports humains entre les médecins experts et les travailleurs et sur les contestations des décisions devant la Commission des lésions professionnelles (CLP).

Comme nous l'avons signalé en introduction, nous étions parmi ceux qui réclamaient, en 1997, l'abolition du BEM, au nom de la déjudiciarisation du processus d'évaluation médicale. Nous soumettions à l'attention du ministre de l'époque un processus qui se voulait plus simple et moins conflictuel en renforçant le rôle du médecin traitant. L'employeur et la CSST conservaient le droit de faire examiner la personne accidentée et de contester l'opinion du médecin traitant, mais en faisant appel à un médecin désigné par le médecin traitant. En fin de compte, dans ce scénario, c'est la CLP qui était saisie du dossier pour décision sans appel.

Nous étions quand même conscients d'un possible engorgement de la CLP dans ce contexte, bien que la démonstration à cet effet restait à faire. Cela dit, force nous est de constater, aujourd'hui, que la quantité de dossiers soumis au BEM ne va pas en diminuant. Les statistiques préparées par le BEM font état d'une croissance constante depuis 1998, sauf en 2002 où l'on constate un très léger fléchissement, pour atteindre un sommet de 13 377 demandes en 2004. Pour l'année 2005, les données de décembre indiquent un total de 11 976 avis à produire pour les douze mois précédents. On peut supposer qu'une certaine proportion de ces dossiers se

serait retrouvée devant la CLP, mais certainement pas la totalité. En effet, les coûts encourus par un employeur ou par la CSST pour soumettre un dossier au BEM sont sans commune mesure avec ceux qu'entraînerait une contestation devant la CLP. Ces coûts représenteraient sans aucun doute des frais modérateurs et plusieurs employeurs auraient hésité avant de contester. On peut encore douter de l'ampleur de l'effet que l'abolition du BEM aurait sur le volume de requêtes soumises à la CLP.

Une autre réalité mise en lumière par les statistiques est la proportion grandissante de demandes d'avis formulées par les employeurs. Alors que le nombre de demandes attribuables à la CSST semble se stabiliser autour de 3 600 annuellement, les demandes faites par les employeurs ne cessent de croître, passant de 6 275 en 1999 à 9 364 en 2004, soit une augmentation d'un peu plus de 49 % en cinq ans. Tout comme les auteurs Lippel, Lefebvre, Schmidt et Caron le soupçonnent, nous pensons qu'il faut voir dans cette augmentation une relation avec les modifications apportées dans les années 90 aux règles de financement du régime d'indemnisation des victimes de lésions professionnelles. Nous croyons qu'il y a là une indication du rôle joué par les mutuelles de prévention « qui incitent les petits employeurs à remettre en question et à contester les réclamations⁶ ». Plus loin, les mêmes auteurs écrivent :

[...] le législateur, en mettant en place les règles actuelles de financement du régime, a fait le choix d'encourager la CSST à promouvoir la prévention en créant pour les employeurs une incitation économique à réduire le coût des lésions professionnelles qui leur est imputé. Nous avons constaté que plusieurs employeurs et mutuelles de prévention semblaient préférer à la prévention une stricte gestion des coûts des accidents fondée sur la multiplication des contestations portant sur tous les aspects du dossier et nous avons constaté l'effet néfaste de ce phénomène sur la santé des justiciables⁷.

Cela nous amène à commenter les calculs faits par la direction du BEM pour démontrer que ce n'est qu'un faible nombre de décisions de la CSST fondées sur des avis du BEM qui sont contestées devant la CLP et qui y sont infirmées en tout ou en partie. On peut voir, en effet, à la page 5 du document d'actualisation du rapport d'évaluation du BEM, déposé à la Commission de l'économie et du travail le 19 octobre 2005, que seulement 3,8 % des avis du BEM (419 avis sur un total de 11 072 pour l'année) ont été infirmés partiellement ou totalement par la CLP en 2002. C'est à la page 21 du rapport de 2001 qu'on retrouve l'énumération des éléments pouvant expliquer le renversement d'un avis :

[...] la proportion des avis renversés peut dépendre de différents éléments dont : la qualité de la preuve présentée au tribunal, avec présence de

⁶ Lippel, Lefebvre, Schmidt, Caron, op. cit., p. 55

⁷ Ibid, p. 57

témoins et d'experts ; la force probante accordée par le tribunal au médecin qui a charge du travailleur et qui l'a suivi de façon régulière ; la présentation d'éléments de preuve inconnus lors de l'évaluation médicale au BEM ; une condition du travailleur plus facile à apprécier à cause du passage du temps, de la présentation d'expertises additionnelles, de la poursuite de l'investigation ou d'une intervention chirurgicale, etc.⁸

Ces éléments sont certes importants à considérer. Faut-il rappeler ici que la CLP applique, à l'instar des autres tribunaux administratifs, la règle de la prépondérance de la preuve. L'avis médical repose, pour sa part, sur des normes médicales et sur des critères scientifiques qui commandent possiblement une rigueur excluant la notion de « doute raisonnable ». Nous soumettons que dans l'application du régime d'indemnisation, ce doute raisonnable devrait jouer en faveur du travailleur, et ce, de la part de tous les intervenants. Nous devons malheureusement constater que cela n'est généralement pas le cas.

L'autre élément que la direction du BEM passe sous silence est celui des coûts encourus par le travailleur pour une contestation devant la CLP. La contestation d'un avis du BEM qui contredit l'opinion du médecin traitant nécessitera un degré de preuve reposant au moins sur le témoignage du médecin, avec les frais que cela entraîne. Si le travailleur veut augmenter ses chances de gain, il aura intérêt à faire appuyer l'opinion de son médecin par une expertise obtenue d'un autre médecin, préférablement un spécialiste. Au moment de l'audience, ce spécialiste devrait idéalement comparaître pour défendre son expertise. Si, plus haut, il était fait mention de frais modérateurs pour les employeurs liés à une contestation devant la CLP, qu'en est-il, en pareil cas, pour le travailleur qui subit déjà une perte de revenus du fait de sa lésion professionnelle ? Il est évident que le travailleur n'est pas à armes égales devant son employeur ou la CSST qui a demandé l'avis du BEM.

À cet égard, nous nous permettons d'attirer l'attention des membres de la Commission de l'économie et du travail sur les différences qui marquent l'exercice des droits d'un accidenté du travail et de ceux d'un accidenté de la route. D'abord, en matière d'assurance automobile, il n'existe pas de BEM. La Loi sur l'assurance automobile (L.R.Q., chapitre A-25) précise de plus ce qui suit :

83.31 Une personne dont la demande de révision ou le recours formé devant le Tribunal administratif du Québec est accueilli et qui a soumis une expertise médicale écrite à l'appui de sa demande a droit au remboursement du coût de cette expertise, jusqu'à concurrence des sommes fixées par règlement.

Ces frais remboursables peuvent s'élever à 600 \$ pour une expertise faite par un médecin seul ou à 600 \$ par médecin, avec un maximum de 1 800 \$, dans le cas

⁸ Québec, ministère du Travail, *Rapport dévaluation du Bureau d'évaluation médicale*, 2 avril 2001, p. 21.

d'un comité formé lorsqu'il y a examen conjoint de la victime par plusieurs médecins⁹. La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., chapitre A-3.001) ne contient aucune disposition comparable. On constate donc qu'il y a une énorme différence de traitement de la victime selon que l'on s'adresse à l'assureur public des automobilistes (ou de « tous les Québécois », comme le proclame une publication de la SAAQ) ou à l'assureur public des employeurs.

En lien avec les rapports humains entre l'expert et la personne qui fait l'objet de l'examen, cette différence entre les deux assureurs paraît aussi dans le guide¹⁰ produit par la SAAQ à l'intention des professionnels de la santé où le rôle de l'expert est bien décrit, avec ses objectifs, ses limites et ses contraintes. Nulle part dans ce guide, n'a-t-on l'impression que l'expertise sert à faire perdre des droits à une personne qui a soumis une réclamation à la suite d'un accident. Au contraire, le guide incite l'examineur à faire preuve de compassion, d'écoute et d'empathie envers la personne qu'il examine. On peut notamment y lire :

À la différence du patient qui vient le consulter librement parce qu'il lui fait confiance, l'expert doit réaliser que la personne devant lui est inquiète. Souvent, elle n'a pas demandé de subir cette expertise et elle ne peut qu'espérer que l'expert sera neutre et impartial même s'il est rémunéré par la compagnie d'assurances.

Il n'y a aucune raison pour que l'attitude d'un expert soit différente de celle qu'il adopte habituellement dans sa pratique régulière avec ses patients.

Tout en demeurant objectif, neutre et désintéressé, le bon expert doit être capable de faire preuve d'empathie, de comprendre ce que peut ressentir l'autre et de lui donner le sentiment d'être écouté et compris.

L'impartialité et l'objectivité ne sont pas incompatibles avec les qualités humaines attendues de l'expert¹¹.

La SAAQ formule, à cet effet, trois recommandations préventives : faire preuve d'empathie et communiquer ce sentiment à la personne accidentée, s'assurer de consacrer le temps nécessaire à la réalisation de l'expertise et, enfin, être neutre, impartial, mais aussi patient, objectif et compréhensif. Tout cela est placé, dans le guide, sous la pensée suivante : « et si un jour vous devenez une personne accidentée qui doit rencontrer un expert, quelle attitude souhaitez-vous de la part de votre expert ? ¹² ». On ose espérer que la direction du BEM développe la même

⁹ Québec, *Règlement sur le remboursement de certains frais, Loi sur l'assurance automobile*, Éditeur officiel du Québec, A-25, r.9.2, article 57.

¹⁰ Voir la note 7.

¹¹ Québec, ministère du Travail, op. cit., p.1.9.

¹² Ibid., p. 1.8.

approche de manière très explicite à l'intention de ses membres. Cela dit, la SAAQ elle-même, dans sa manière de traiter les personnes victimes d'un accident, pourrait faire l'objet d'un examen critique au même titre que la CSST ou le BEM.

Ce souci des rapports humains nous amène à commenter le fait que certains membres du BEM produisent plus de 405 avis annuellement, cible administrative déterminée par la direction du Bureau comme maximum idéal. Nous avons de la difficulté à admettre qu'un médecin qui produit, à la demande du BEM, plus de dix avis par semaine en moyenne puisse prendre le temps nécessaire pour établir une relation de qualité avec le travailleur qu'il examine, si l'on tient compte du fait que le BEM ne devrait pas constituer la principale, sinon la seule source de revenus pour un médecin. En plus d'une pratique privée en cabinet, on peut supposer que les membres du BEM ont également, tenant compte de leur spécialité, une pratique en milieu hospitalier. Rappelons que si 82 % des expertises demandées relèvent de la chirurgie orthopédique, de longues listes d'attente dans le réseau public caractérisent aussi cette spécialité.

Un médecin qui exerce au BEM trois jours par semaine et qui produit six expertises pour chacune de ces journées arrivera à un total de 864 expertises en un an, en prenant deux semaines de congé dans le temps des Fêtes et deux semaines de vacances, sûrement bien méritées, l'été. Cela dépasse notre entendement et il y a lieu de se questionner sur la qualité des avis rendus dans de telles conditions. On nous répliquera que cela constitue en réalité un ou deux cas d'exception, que ce sont les critères de nomination et de rémunération déterminés pour les membres du BEM qui ne favorisent pas le recrutement et qui occasionnent de tels déséquilibres dans la répartition des dossiers.

La direction du BEM nous dit que la nécessité d'avoir au moins cinq ans d'expérience dans sa spécialité nuit au recrutement. Nous sommes d'avis qu'un critère moindre n'apporterait rien. Il est difficile, en effet, de croire qu'un spécialiste comptant deux ou trois ans d'expérience aurait envie de s'aventurer à contredire des avis formulés par des collègues plus expérimentés. On nous signale aussi, dans le rapport d'évaluation, que les honoraires versés aux membres du BEM sont inférieurs à ceux versés par d'autres organismes, comme la SAAQ ou même la CSST. C'est un constat, mais nous ne nous aventurerons pas ici sur la piste de la revendication d'un rehaussement de la rémunération versée pour les expertises au BEM, même si l'on ne peut s'opposer à une plus grande équité à cet égard. Cela relève toutefois de la négociation entre les médecins et leur fédération, la RAMQ et la CSST, et nous sommes trop attachés au principe de la négociation libre et de bonne foi pour nous immiscer dans ce débat, autrement qu'en participant au consensus dégagé à cet égard au sein du Conseil consultatif du travail et de la main-d'œuvre.

Conclusion

Le rapport d'évaluation présenté par le BEM tente de tracer un portrait de la situation qui se veut très positif. S'il faut en croire le BEM, tout va pour le mieux : les objectifs d'amélioration fixés en 1997 ont été généralement atteints, les décisions sont rarement contestées et encore moins souvent renversées, les délais de traitement des dossiers ne se sont pas allongés indûment malgré les difficultés de recrutement et l'augmentation du volume des demandes d'avis, les membres ont été sensibilisés en vue de l'établissement de meilleurs rapports avec les travailleurs, les résultats des questionnaires de satisfaction de la clientèle à cet égard sont positifs, etc.

Par nos commentaires sur ce rapport, nous avons voulu nuancer un peu cette vision. Nous demandions, en 1997, des améliorations au fonctionnement du BEM, si ce dernier devait continuer d'exister. Force est de reconnaître que des améliorations ont effectivement été apportées. Il faut toutefois constater que des problèmes subsistent et qu'il y a encore place à l'amélioration. Il y a encore des arguments qui militent en faveur de l'abolition du BEM tel qu'on le connaît. Les regroupements de défense des travailleurs accidentés comme l'ATTAQ se chargeront probablement de les faire valoir devant la Commission.

Pour notre part, connaissant que trop la propension de l'actuel gouvernement à briser tout ce qu'il touche, nous ne formulerons aucune recommandation formelle visant des modifications législatives. Nous ne voulons pas nous faire dire, dans quelques mois, que nous avons demandé une réouverture de la loi en février 2006, alors que nous étions invités, en commission parlementaire, à commenter un rapport que le gouvernement a mis cinq ans à soumettre à l'examen public.

Nos commentaires finaux porteront plutôt sur les lacunes au chapitre de la prévention des lésions professionnelles. Nous avons déjà mentionné que les secteurs dans lesquels travaillent les membres de la CSQ échappent jusqu'à présent à la réglementation relative à la mise en œuvre des mécanismes de prévention prévus par la loi. Nous avons aussi déjà mentionné qu'une bonne proportion des lésions professionnelles subies par nos membres appartient au domaine de la santé psychologique et que la première difficulté liée à leur reconnaissance est la relation entre cet état et les conditions d'exercice du travail.

Même si cela est connu, nous ajouterons quand même à l'intention du gouvernement, puisqu'il semble l'ignorer dans sa conduite des relations de travail, que la prévention des problèmes de santé mentale au travail passe d'abord et avant tout par la reconnaissance de la contribution des travailleuses et des travailleurs et par des changements à l'organisation du travail permettant de mieux concilier la latitude décisionnelle et les exigences du travail. À l'occasion de la négociation en vue du renouvellement des conventions collectives, nous avons proposé des mesures susceptibles d'atteindre ces objectifs. En refusant, pendant deux ans,

d'aborder ces questions aux diverses tables sectorielles de négociation, le gouvernement s'est fait le complice des associations patronales du secteur parapublic et a ainsi cautionné le maintien d'un *statu quo* qui rend près de 40 % de nos membres « à risque » de développer des problèmes de santé psychique. En mettant fin aux négociations comme il l'a fait et en imposant les conditions de travail à ses salariés jusqu'en 2010, le gouvernement a raté une belle occasion de corriger le tir.

Jamais nous n'aurons de cesse de le dénoncer !

