



**Confédération  
des syndicats nationaux**

**Commentaires de la Confédération des syndicats  
nationaux sur le *Rapport d'évaluation*  
du *Bureau d'évaluation médicale***

**présentés à la  
*Commission de l'économie et du travail***

**Février 2006**



## **Table des matières**

Présentation.....	5
Rappel historique .....	8
Le BÉM.....	16
Conclusion, les alternatives .....	29
Propositions.....	31



## **Présentation**

La CSN apprécie grandement l'occasion qui lui est offerte de pouvoir faire part de sa réaction, de son analyse, de son orientation et de ses recommandations face à la problématique médicale que vivent chaque année plusieurs milliers de ses membres accidentés et malades du travail. Elle tient à remercier la *Commission de l'économie et du travail* de lui permettre de lui présenter ses commentaires.

La CSN représente à l'heure actuelle plus de 300 000 personnes syndiquées. Ces travailleuses et travailleurs proviennent de tous les domaines d'activité économique et de toutes les régions du Québec, que ce soit la métallurgie, le papier et la forêt, la construction, le commerce, les services publics, l'enseignement, la santé et les services sociaux, les communications ainsi que les professionnel-les, agentes et agents correctionnels du Canada.

Son action concerne autant le secteur public que le secteur privé. La CSN agit d'abord en matière de négociation de conventions collectives de ses membres et de l'application des dispositions de ces mêmes conventions. Elle est aussi active sur les enjeux politiques, économiques, sociaux et culturels qui touchent non seulement ses membres, mais aussi l'ensemble de la population.

La CSN est composée de personnes exerçant un ensemble tout à fait remarquable de métiers et d'emplois de toutes sortes qui, dans la réalité, sont confrontées aux pratiques du BÉM et à la judiciarisation – que celui-ci crée ou maintient – allant, par exemple, d'une préposée aux chambres à l'infirmière en obstétrique, au sableur, au caissier, à la préposée à l'éviscération de poulets, à l'enseignante, au chauffeur d'autobus, au carrossier, à la préposée à la salubrité, au préposé aux bénéficiaires d'un centre de soins de longue durée, à l'aide en alimentation d'un centre hospitalier, aux électriciens, aux plombiers, aux opérateurs, à la secrétaire jusqu'au moniteur de ski, au distributeur de journaux et à la technicienne-ambulancière.

La santé et la sécurité des travailleuses et des travailleurs au travail ont été une préoccupation importante de la CSN depuis sa fondation et le demeurent depuis lors comme une de ses préoccupations centrales et fondamentales.

La CSN a constamment à cœur la préoccupation incontournable de leur santé et des luttes qu'ils mènent quotidiennement sur leur lieu de travail.

Elle se fait un devoir de les représenter de façon constante devant les instances administratives de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et devant la Commission des lésions professionnelles et, occasionnellement, devant les tribunaux supérieurs. Au moment présent, elle représente annuellement ses membres devant la Commission des lésions professionnelles dans plus de 4 000 dossiers, et ce, d'année en année.

Les problèmes des troubles musculosquelettiques concernent la majeure partie de l'ensemble de ces dossiers, plus spécifiquement les activités de manutention matérielle, de manipulation des personnes, de mouvements répétitifs et de traumatismes directs. Les autres dossiers se concentrent davantage sur les maladies professionnelles comme l'asthme professionnel, l'exposition à des contaminants (monoxyde de carbone, chlore, béryllium, amiante), les cancers du poumon, les décès résultant de l'exposition aux hydrocarbures polycycliques aromatiques, de la silicose et des décès, entre autres, en raison d'efforts soutenus en éducation physique pour les éducateurs de centres jeunesse. En outre, il convient de souligner les problèmes reliés à la santé psychologique en raison d'une organisation du travail déficiente, du harcèlement ou de la violence au travail qui sont en émergence d'une façon fort inquiétante produisant épuisements professionnels, troubles d'adaptation et dépressions.

Les membres de la CSN qui font face au BÉM éprouvent donc tendinites au poignet, épicondylites, tendinites de la coiffe des rotateurs, contusions, fractures, entorses, étirements musculaires, déchirures méniscales, fasciites plantaires, entorses lombaires, dorsales ou cervicales, hernies discales, entorses aux hanches, sans compter toutes les maladies dites professionnelles, y compris celles traitées par les comités des pneumologues constitués en vertu de la loi.

L'impact de se présenter au BÉM pour une travailleuse ou un travailleur est considérable puisqu'il peut entraîner une continuation de l'incapacité de travail ou encore la cessation de cette même incapacité, avec la fin des traitements au niveau de l'assistance médicale et donc la fin du versement de l'indemnité du revenu malgré que les traitements soient encore prescrits par le médecin traitant. Selon l'enquête québécoise sur les limitations fonctionnelles effectuée en 1998 et publiée en 2001, la prévalence d'incapacité concernait 15,2 % parmi quelques 630 500 personnes âgées entre 15 et 64 ans. (Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations fonctionnelles*, 2001.) D'après l'expérience de la CSN, ce chiffre est très conservateur.

Se présenter devant le BÉM signifie, pour une multitude de personnes que la CSN représente, un avis au sujet des limitations fonctionnelles qui a comme conséquence un retour à l'emploi prélesionnel sans que le poste de travail soit entièrement adapté à ces limitations, ou une fin du lien d'emploi avec un processus fort limité en réadaptation prévu à la loi, ou encore un congédiement administratif en raison de la présence de limitations fonctionnelles dues à une condition personnelle, sans compter les souffrances et l'angoisse qu'une lésion au travail entraîne.

La CSN a une vision de la « santé » et son action en santé et sécurité du travail ne consiste pas uniquement à prévenir les accidents et les maladies du travail et à éliminer les dangers à la source, mais aussi à assurer une saine qualité de vie à ses membres.

Il convient de rappeler à cet égard la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé contenue au préambule de sa constitution et adoptée en 1946.

*La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.*

*La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. (Organisation mondiale de la santé, Constitution, 1946.)*

Le gouvernement du Québec a fait sienne cette orientation sur la santé au travail en s'appropriant les objectifs de l'Organisation mondiale de la santé dans son livre blanc sur la *Politique québécoise de la santé et de la sécurité du travail* publiée en octobre 1978.

*[...]de promouvoir et de maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions, de prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par les conditions de leur travail, de les protéger dans leur emploi contre les risques résultant d'agents préjudiciables à leur santé; de placer et de maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses aptitudes physiologiques et psychologiques, en somme d'adapter le travail à l'homme [...] (Santé et sécurité au travail, *Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs*, octobre 1978, page 238.)*

C'est avec cette approche que la CSN aborde sa réaction face à l'existence du Bureau d'évaluation médicale et aux normes de son fonctionnement administratif.

La CSN a aussi fait siens la vision et les paramètres de la santé de l'Organisation mondiale de la santé depuis fort longtemps, car déjà, dès 1921, elle revendiquait la disponibilité de bancs pour les caissières de magasins afin que celles-ci puissent passer de la position « assise-debout » à leur convenance.

Mais la CSN ne se limitera pas, ici, à des commentaires sur des données statistiques concernant l'application seule des mesures administratives mises en place par le BÉM depuis quelques années. Les enjeux pour les travailleuses et travailleurs accidentés ou malades du travail dépassent largement et radicalement ces seules questions que la CSN entend bien aborder dans la présente réaction.

La CSN expose donc ce qui suit.

- D'abord, un rappel historique,
- puis, sa réaction concernant le BÉM et l'application de ses huit mesures administratives,
- et enfin, les alternatives à la situation actuelle.

## Rappel historique

**1978**

### **La place centrale du médecin traitant**

#### ***La CSN tient au respect du médecin traitant***

À l'automne 1978, la CSN tient des états généraux sur la santé-sécurité où sont adoptées quatre revendications centrales et elle lance alors une campagne afin de promouvoir ses positions sur la santé et la sécurité du travail. Ces revendications consistent d'abord à défendre :

- *le droit pour une travailleuse ou un travailleur ainsi que pour le syndicat, en son nom, d'arrêter de travailler dans des conditions qu'il juge dangereuses pour sa sécurité ou sa santé ou celles de ses camarades de travail et ce, sans pénalité ;*
- *le droit pour le syndicat d'enquêter partout, en tout temps et sur tout sujet relatif à la sécurité et à la santé au travail ;*
- *le droit à la pleine sécurité d'emploi et de salaire en cas d'accident ou de maladie du travail ;*
- *et enfin le droit au médecin de son choix et au paiement de l'indemnisation sur la base de son diagnostic.*

Cette dernière revendication signifie le respect intégral de l'opinion et des conclusions du médecin traitant et le droit pour une personne d'être indemnisée en conséquence par l'organisme qui administre le régime d'indemnisation des accidentés et des malades du travail.

En effet, la CSN dénonce alors avec virulence que la Commission de la santé et de la sécurité du travail soit conseillée par des médecins « de papier » et qu'elle détienne ainsi le pouvoir légal de décider de la date de consolidation, de la durée des soins et des traitements, du pourcentage d'atteinte permanente ainsi que la diminution de la capacité de travail (Loi sur les accidents du travail, LRQ, chapitre A-3.) Elle dénonce également avec véhémence les examens arbitraires du médecin d'employeurs qui ne servent que les entreprises qui les rémunèrent.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail, comme organisme qui administre le régime d'indemnisation, a en effet perdu toute crédibilité à l'échelle du Québec quant au traitement médical. Ses médecins cachés sous le rideau ou dans un bureau émettent des avis qui ont comme conséquence d'arrêter les traitements et l'indemnisation sans égard à l'opinion du médecin traitant et à son plan de dispensation de soins et de traitements.

**1985**

## **Le désengagement**

***Un tournant majeur : la CSST devient liée par les conclusions du médecin traitant***

La loi communément appelée « Loi 42 » introduit au Québec un tournant majeur sur les questions médicales et donc, par voie de conséquence, en matière d'indemnisation des personnes accidentées et malades du travail. D'abord, la Commission de la santé et de sécurité du travail se désengage sur le plan médical. Désormais, elle ne gèrera plus « le médical ». D'ailleurs, ses médecins de papier disparaîtront du décor durant les premières années de l'application de la loi mise en vigueur le 19 août 1985.

La loi prévoit une procédure d'évaluation médicale particulière qui comprend une disposition qui fait en sorte que la Commission de la santé et sécurité du travail sera légalement liée par les conclusions auxquelles parviennent les médecins traitants des travailleuses et des travailleurs. Elle perd par conséquent toute discrétion sur cinq aspects :

- le diagnostic ;
- la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion ;
- la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits ;
- l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique ;
- l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles.

Ainsi un agent d'indemnisation de la Commission de la santé et de la sécurité du travail doit rendre une décision et se comporter en conformité avec le médecin traitant. Sa décision doit correspondre au diagnostic et au plan de soins élaboré par le médecin traitant. Ainsi, face à un diagnostic d'entorse lombaire ou d'hernie discale avec la prescription par le médecin d'une travailleuse ou d'un travailleur de traitements de physiothérapie, l'agent doit se comporter en conséquence dans l'évaluation médicale de la lésion et du paiement des traitements prescrits.

### **Toutefois...**

***Cependant, la loi cautionne un processus de contestation de l'opinion du médecin traitant qui, à toute fin pratique, le met en tutelle***

Le médecin traitant peut être contesté à chaque fois qu'il émet un rapport médical, qu'il soit évolutif ou non, par le médecin d'employeurs ou encore le médecin de la CSST, s'il y a lieu, en émettant des conclusions contradictoires. Ainsi, un commis à la manutention de caisses de nourriture qui présente une tendinite à une épaule pourra voir le diagnostic de son médecin traitant contesté par le médecin d'employeurs qui, lui, diagnostiquera une entorse cervicale. Une préposée à la coupe du poulet à qui le médecin traitant prescrit des infiltrations de cortisone pour ses maux d'épaule verra ses traitements contestés parce que le médecin d'employeurs ne les trouve pas nécessaires même s'il constate de la douleur à son examen. La loi prévoit alors un mécanisme appelé « arbitrage

médical » calqué sur le modèle de l'arbitrage des griefs lors de conflits sur l'application des dispositions d'une convention collective ou encore semblable à certaines dispositions déjà contenues dans des conventions collectives du secteur privé.

**1992**

### **Nouveauté**

***Un bureau d'évaluation médicale, pourquoi faire ?***

Des modifications législatives introduisent maintenant « l'institution » (sic) d'un « *Bureau d'évaluation médicale* » (article 216, LATMP), donc un nouveau concept médico-légal et consacrent la disparition du fameux « *arbitrage médical* ».

Selon les concepteurs de la nouvelle institution – et puis, par la suite, du législateur lui-même – des équipes multidisciplinaires seraient mises en place ou encore pourraient être consultées dans des situations complexes. Un membre du BÉM pourrait faire appel à une clinique de la douleur comme celle du CHUM de Montréal où des patientes et des patients avec des douleurs chroniques, particulièrement les problèmes de dos, sont suivis par une équipe de professionnels composée de psychiatres, de psychologues, de physiatres, d'anesthésistes, de concert évidemment avec le médecin traitant.

Les modifications législatives apportées à l'époque permettaient le recours à des « centres médicaux spécialisés » pour soutenir l'évaluation médicale de la situation d'une travailleuse ou d'un travailleur comme en particulier l'évaluation de la chronicité d'une situation ou la détermination de déficits anatomo-physiologiques importants ou des limitations fonctionnelles qui, la CSN le rappelle, peuvent avoir une incidence catastrophique pour une victime d'une lésion professionnelle sur son maintien en emploi.

Dans la réalité, ce ne fut que de la poudre aux yeux, car la situation des travailleuses et travailleurs accidentés est demeurée la même! Lorsqu'on se réfère au rapport remis à l'Assemblée nationale et produit par le BÉM en avril 2001 et à sa mise à jour produite en octobre 2005, force est de reconnaître que ce concept n'a pas fait partie des orientations administratives du BÉM et qu'il n'a aucunement été appliqué.

Le BÉM est donc demeuré et demeure toujours le lieu pour trancher des litiges médicaux soulevés par les médecins des employeurs et les médecins de la Commission de la santé et de la sécurité du travail essentiellement, pour réduire les coûts d'indemnisation des employeurs et de la CSST dans le cas d'accidents qui causent une grande chronicité.

**1994**

## **La faillite du système d'évaluation médicale**

**Le Bureau d'évaluation médicale est complètement inutile. C'est essentiellement ni plus ni moins un mécanisme de judiciarisation**

Le 6 mai 1994, la Commission de la santé et de la sécurité du travail présente un rapport sur la déjudiciarisation du régime québécois de santé et de sécurité du travail sous la signature du président de la CSST à l'époque, monsieur Pierre Shedleur, à la suite du travail remarquable d'un comité formé de Me Lynda Durand pour la CSST, du docteur Yves Bergeron, de Me Guy Lemay, Me Robert Masson, ingénieur et Me Yves Ouellette.

Le président de la Commission de la santé et de la sécurité du travail porte, dans ce rapport, un constat implacable qui se résume ainsi :

*Les associations patronales et syndicales, les membres du conseil d'administration, le gouvernement, les députés, divers groupes représentant les travailleurs accidentés de même que le Protecteur du citoyen constatent unanimement la « judiciarisation » excessive du régime. Tous dénoncent les répercussions sociales et financières désastreuses [...] (CSST, Message du président du conseil d'administration et chef de la direction, *La déjudiciarisation du régime québécois de santé et de sécurité du travail*, 1994.)*

Or, qu'est ce que le rapport dit sur la question médicale et les procédures d'évaluation médicale ?

*Dans le contexte de la déjudiciarisation, le processus décisionnel en matière médicale doit être revu. Une approche plus simple et plus conforme à la pratique médicale courante doit être retenue. Nos soulignés (CSST, *La déjudiciarisation du régime québécois de santé et de sécurité du travail*, 1994, p. 35.)*

Le rapport comporte aussi deux conclusions :

- « L'avis donné par le BEM (sic) reflète l'état physique d'une personne à une date donnée. Or, cet état est nécessairement évolutif. Ce facteur ne peut être négligé. »
- « Le système actuel favorise la surenchère des expertises médicales dont les parties doivent assumer les frais et les inconvénients. Ce chassé-croisé d'expertises cristallise les divergences d'opinion entre médecins. De plus, le nombre d'expertises médicales demandées dans le contexte du processus actuel constitue un frein à l'obtention rapide d'une décision finale en cette matière, ce qui ne favorise personne et entraîne un coût social exagéré. »

Le rapport déclare aussi qu'un régime fondé sur la confrontation d'avis médicaux modifie la finalité de l'expertise médicale alors que celle-ci

devrait servir à aider le diagnostic et à soutenir le traitement adéquat du médecin traitant. Dans le processus actuel, l'expertise médicale n'est qu'un instrument à l'arbitrage des différends alors qu'elle pourrait servir d'une façon autrement plus utile à traiter les personnes accidentées et malades du travail.

***Il faut plutôt valoriser l'opinion du médecin traitant***

Le rapport recommande que le processus de prise de décision en matière médicale soit moins formaliste, que le rôle prépondérant du médecin traitant soit non seulement confirmé mais valorisé (CSST, *La déjudiciarisation du régime québécois de santé et de sécurité du travail*, 1994, p. 49.)

Alors donc, la réforme proposée par le rapport du comité sur la déjudiciarisation souscrit aux principes suivants :

- abolir le BÉM ;
- maintenir le rôle prépondérant du médecin traitant ;
- se conformer à la réalité quotidienne de la communauté médicale en permettant au médecin du travailleur de désigner lui-même le professionnel de la santé qui examinera un travailleur à la demande de la CSST ;
- fonder les relations entre les membres de la communauté médicale sur la consultation. (CSST, *La déjudiciarisation du régime québécois de santé et de sécurité du travail*, 1994, p. 50.)

Il s'agit en quelque sorte d'une nouvelle approche qui substitue un climat de collaboration à l'actuel climat de confrontation et rétablit la confiance « des travailleurs, des employeurs et des médecins dans le processus décisionnel de la CSST et ainsi réduit sensiblement le nombre de contestations des décisions relatives à une question médicale. » Nos soulignés. (CSST, *La déjudiciarisation du régime québécois de santé et de sécurité du travail*, 1994.)

### **Une réforme ratée**

Cette réforme à laquelle a souscrit la CSN, il convient de le souligner, n'a pas connu de suites et est demeurée malheureusement « sur les tablettes », le législateur décidant que la voie de la confrontation était beaucoup mieux que la voie de la consultation et de la collaboration ! La nouvelle approche n'a donc pas été avalisée par le législateur.

**1995**

## **Des centres d'expertises multidisciplinaires dans le réseau public**

***Une nouvelle approche : le recours à des équipes interdisciplinaires est pleinement bénéfique pour les travailleuses et les travailleurs***

Le 2 juin 1995, les quatre principales organisations syndicales du Québec représentant la très grande majorité des travailleuses et des travailleurs syndiqués réclament de la part de la CSST une nouvelle approche par rapport à une véritable prévention de la chronicité, à la diminution du délai de retour au travail, la prévention des rechutes ou des récurrences, une amélioration des postes de travail de façon à prévenir d'autres lésions et finalement, une approche de nature à réduire les coûts humains et financiers.

La place est enfin ouverte à des centres d'expertise multidisciplinaire dans le secteur public afin de favoriser la réadaptation et le retour en emploi des accidentés et malades du travail.

Sur le plan des mesures administratives, les quatre principales organisations syndicales soutenaient, en outre, que la Commission de la santé et de la sécurité du travail pouvait mettre en place des mesures qui favoriseraient déjà un meilleur équilibre des forces devant le Bureau d'évaluation médicale en soutenant la consultation du médecin du travailleur auprès d'un spécialiste de son choix.

D'ailleurs, le 21 janvier 1997, le Collège des médecins du Québec lui-même reconnaissait que l'emphase devrait être mise non pas sur la contestation et la décision judiciaire par un Tribunal, mais plutôt sur des rencontres de conciliation avec des professionnels pour régler ce genre de dossier.

Ainsi, dans un mémoire déposé à l'Assemblée nationale du Québec sous la signature du président Roch Bernier et du secrétaire général Rémi H. Lair, le même Collège affirme:

*Le Collège des médecins du Québec souhaite également que le médecin traitant qui a charge du travailleur victime d'un accident puisse agir non pas comme un gestionnaire du système statuant froidement sur la condition d'une personne victime d'un accident du travail mais plutôt comme un clinicien ayant à cœur le bien-être de son patient et son rétablissement. (Mémoire du Collège des médecins du Québec, janvier 1997, page 10.)*

Il devient donc évident que le mécanisme du Bureau d'évaluation médicale mis en place par le législateur n'a plus aucune légitimité !

## 1997

***La valorisation de l'opinion et des conclusions du médecin traitant est encore négligée et l'obligation des employeurs au maintien et à la réintégration en emploi ignorée***

### **Des modifications incomplètes et totalement insuffisantes**

Le législateur apporte des modifications à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles en 1997 en supprimant les bureaux de révision paritaires, en instituant une révision administrative interne à la CSST et en créant la Commission des lésions professionnelles. Il se garde bien cependant – étrangement – d'apporter les corrections nécessaires et indispensables au processus d'évaluation médicale prévu à la loi.

La CSN souscrit aux conclusions du rapport du comité sur la déjudiciarisation et exige alors, relativement à la simplification du régime d'évaluation médicale, particulièrement :

- l'abolition du BÉM ;
- le respect de l'opinion du médecin traitant avec un mécanisme simplifié de vérification de son opinion par des experts ;
- l'abolition de la contestation des employeurs ;
- l'obligation pour les employeurs de réaménager les postes de travail pour favoriser la réintégration des travailleuses et des travailleurs qui ont des limitations fonctionnelles ;
- la mise sur pied d'un réseau de cliniques multidisciplinaires publiques qui viendront en appui au médecin traitant et favoriseront le retour au travail dans les meilleures conditions. (*Mémoire de la CSN, janvier 1997.*)

## 2006

### **Le BÉM court toujours!**

À la lumière des nouvelles approches internationales en matière de traitements des personnes accidentées et malades du travail – et il faut le reconnaître – le Québec assume un leadership incontestable dans le domaine de la chronicité, de la réadaptation et du retour en emploi selon, entre autres, le docteur Patrick Loisel dont plusieurs articles ont été publiés dans des revues à portée internationale sur cette question. Ces approches viennent à contre-courant du mécanisme actuel prévu pour la solution des problèmes médicaux relatifs aux lésions professionnelles. Force est de conclure que le BÉM demeure – et encore plus à l'heure actuelle – un organisme ou, plus exactement, un mécanisme obsolète ou périmé ou encore dépassé.

***Le BÉM est finalement un simple « utilitaire » commode pour les employeurs et la CSST, un mécanisme de contrôle de coûts***

En fait, il s'agit d'un lieu qui obéit à des impératifs bien différents de ceux de la pratique médicale. Les intérêts ne sont pas les mêmes selon que l'on soit un médecin traitant préoccupé de guérir le patient ou un médecin désigné par

l'employeur préoccupé de protéger les intérêts financiers de l'employeur. Les enjeux ne sont pas médicaux mais obéissent à des impératifs d'une autre nature : « la réduction de la facture ». Le BÉM est une institution servant les intérêts économiques de l'employeur et de la CSST. Assez curieusement, le médecin d'employeurs déclare rapidement la guérison des personnes accidentées ou malades du travail, parfois quelques jours seulement après la survenance d'une lésion au travail. Le dossier est alors transmis au BÉM et ce dernier entérine l'opinion du médecin d'employeurs alors que les médecins traitants évaluent unanimement que ces personnes accidentées ont toujours besoin de soins.

Dans le cas d'une lésion qui entraîne une incapacité de longue durée, on sait que pour chaque 100 \$ qu'une travailleuse ou un travailleur reçoit de la CSST, l'employeur recevra une facture réelle de la Commission de la santé et de la sécurité du travail multipliée par 3, 4 ou 5 fois – et même plus – la somme versée au travailleur selon le facteur de chargement en fonction du trop grand nombre de lésions dues au travail.

Alors, quel est l'intérêt de se retrouver au BÉM pour faire déterminer, en présence d'une pathologie cervicale que tous les médecins constatent par ailleurs, un diagnostic entre le diagnostic d'entorse cervicale, de dérangement intervertébral cervical mineur, d'étirement musculaire, d'hernies discales cervicales confirmées sur le plan radiologique, de cervicalgie. Quel est donc l'intérêt de déterminer entre des diagnostics similaires et non incompatibles sinon une question d'impact des coûts ?

Quel est l'intérêt de faire établir par le BÉM des dates de consolidation d'une lésion et viser à mettre fin à l'indemnisation des personnes accidentées ou malades du travail et aux traitements prescrits par le médecin traitant selon son plan de soins établi, sinon un intérêt financier ?

Quel est l'intérêt pour le BÉM d'établir des dates de consolidation à la date de l'examen de l'employeur et de la CSST, sinon favoriser une réduction de la facture alors que son rôle d'expert commanderait qu'il établisse la date de consolidation à la date de son propre examen ?

## **Le BÉM**

### **Les problématiques administratives du BÉM**

#### **Un gaspillage érigé en système**

***Le recours au BÉM et à la Commission des lésions professionnelles comporte un gaspillage éhonté de ressources et un coût social élevé***

La CSN tient d'abord à rappeler que le système de confrontation relatif aux avis médicaux sur les cinq points de l'article 212 de la LATMP – le diagnostic, la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion, la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins des traitements administrés ou prescrits, l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur, l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur – draine énormément d'énergie, de ressources médicales et des coûts économiques fort imposants autant pour les parties en cause que pour le système administratif comprenant d'abord la CSST elle-même, qui recourt à des experts sous l'article 204 de la LATMP, le Bureau d'évaluation médicale lui-même et la Commission des lésions professionnelles.

Ce sont autant d'experts médicaux, de médecins spécialisés, de médecins traitants qui passent leur temps précieux dans le rouage de cette confrontation avec toute sa bureaucratie et qui se présentent devant la Commission des lésions professionnelles, ce qui les empêche de prodiguer des soins aux personnes accidentées ou malades.

Les ressources médicales monopolisées par tout ce système seraient bien plus « utiles » à traiter les gens malades ou à faire de la recherche afin de pouvoir améliorer les soins prodigués !

Comme le disait un chirurgien plasticien récemment, lorsqu'un médecin traitant se retrouve devant la Commission des lésions professionnelles pour une contestation de l'avis du BÉM sur le diagnostic ou la poursuite des traitements, ce sont d'autres patients qui en écopent car ils ne peuvent bénéficier d'une intervention chirurgicale. Ils doivent alors attendre...

**Il s'agit d'un choix de société. Le Québec peut-il actuellement toujours se le permettre ?**

Par ailleurs, le coût pour la production d'une seule expertise peut s'élever jusqu'à 5 000 \$ pour le temps de recherche, d'analyse d'un dossier et la production de l'expertise. La présence de cet expert en audience devant la Commission des lésions professionnelles peut facilement atteindre 3 000 \$. Pour une personne accidentée ou malade du travail, c'est faramineux. Et il ne s'agit ici que des frais pour la personne accidentée elle-même.

## La judiciarisation en croissance

### ***L'explosion***

Les représentants du BÉM ont déclaré à la présente Commission que l'augmentation du nombre des demandes d'avis signifiait une véritable « explosion » selon le terme qu'ils ont eux-mêmes utilisé.

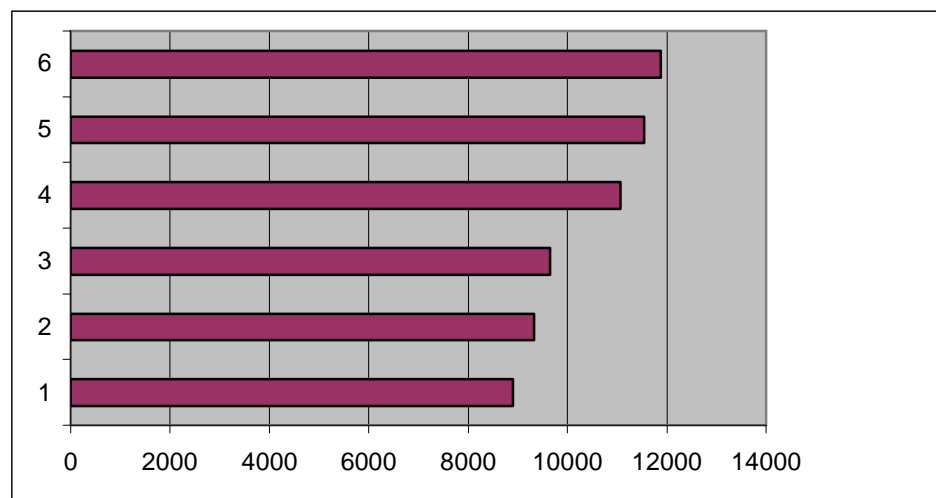
Devant cette croissance, le BÉM reconnaît qu'il lui est actuellement impossible de répondre à la demande compte tenu de l'inflation du nombre d'avis à produire.

À la lumière de son expérience, la CSN peut affirmer que l'accroissement des demandes est dû à des demandes inutiles de la part des employeurs, particulièrement dans le secteur hospitalier. Les employeurs font des demandes dès le début de la période d'incapacité d'une personne accidentée ou malade du travail relativement à la date de consolidation. La personne accidentée devient consolidée peu de temps après le dépôt d'une demande auprès du BÉM et les employeurs maintiennent leur demande : on parle alors d'enjeu d'une à deux semaines concernant la date de consolidation.

En effet, le nombre d'avis produits est passé de :

### ***L'augmentation effarante du nombre de demandes et d'avis donnés indique une croissance constante de la judiciarisation***

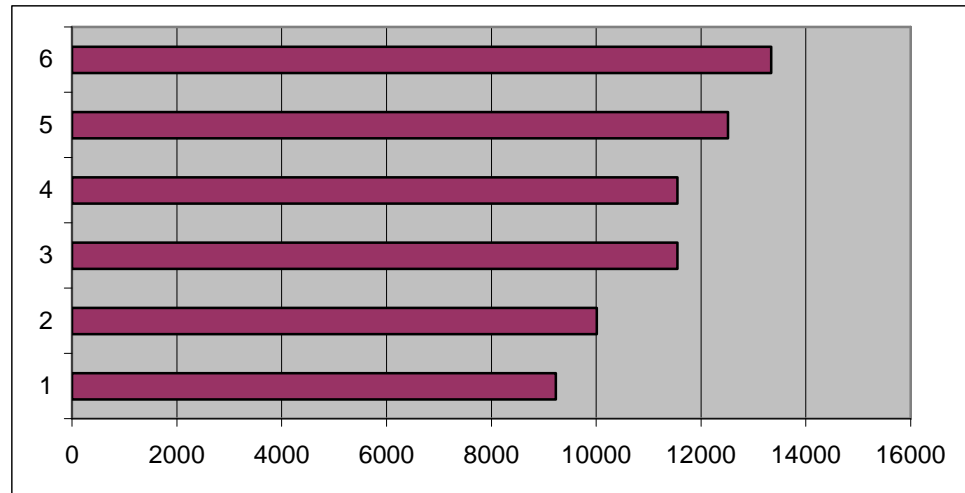
- 8 900 en 1999 ;
- 9 110 en 2000 ;
- 9 652 en 2001 ;
- 11 072 en 2002 ;
- 11 540 en 2003 et à
- 11 882 en 2004.



Note : l'année 6 étant l'année 2004.

Quant au nombre de demandes déposées auprès du BÉM, il est passé de :

- 9 228 en 1999 ;
- 10 018 en 2000 ;
- 11 545 en 2001 ;
- 11 495 en 2002 ;
- 12 512 en 2003 et à
- 13 337 en 2004.



Note : l'année 6 étant l'année 2004

**Alors, si la tendance se maintient, la judiciarisation n'est pas près de s'éteindre !**

### ***Des répercussions tragiques***

Ces données démontrent clairement la croissance de la judiciarisation par le recours des employeurs et de la CSST au BÉM afin d'obtenir un avis qui leur soit favorable; elles démontrent l'utilité du BÉM comme une tentative pour contrôler les coûts et réduire la facture !

Car il est faux de prétendre que le recours au BÉM n'est qu'une question médicale pour trancher médicalement entre des opinions opposées puisque ses avis produisent des effets juridiques. En effet, la CSST devra légalement rendre une décision en conséquence et s'y conformer. Ainsi, pour une personne accidentée, la détermination d'une date de consolidation prématurée signifie d'une part la fin du versement de l'indemnité de remplacement du revenu par la CSST, d'autre part la fin des traitements de physiothérapie, la fin de consultations psychologiques ou encore le fait de ne pouvoir recourir à des examens plus spécialisés.

## **Place à la discrimination**

***Les chiffres précédents révèlent clairement une croissance des interventions dans les plans de traitements prévus et mis en place par les médecins traitants***

Dans le régime de santé public, on ne retrouve pas, quant au régime de soins et de traitements, une telle intrusion dans les plans de traitements des médecins traitants. La personne accidentée, elle, est traitée différemment sur le plan médical. Comme preuve, par exemple : le seul nombre d'expertises auxquelles elle doit se soumettre relativement à une date de consolidation pour une lésion physique.

Pour fin d'illustration, il s'agit ici d'une situation typique :

1. examen et expertise de l'employeur : lésion consolidée évidemment ;
2. premier examen et expertise du BÉM : lésion consolidée ;
3. premier examen et expertise de la CSST (204 LATMP) : pas d'atteinte permanente ou de limitations fonctionnelles ;
4. deuxième examen et expertise du BÉM devant un médecin différent, absence d'atteinte permanente ou de limitations fonctionnelles ;
5. premier examen et expertise du médecin de la personne accidentée pour se présenter à la Commission des lésions professionnelles : présence d'atteinte permanente et de limitations fonctionnelles ;
6. examen et expertise devant la Commission des lésions professionnelles avec présence de son expert et de l'expert de l'employeur où la personne accidentée est analysée, questionnée et contre-interrogée au vu et au su de tous.

## **Six examens, six fois à raconter ses problèmes, à décrire ses douleurs...**

Parfois, un autre BÉM s'ajoute concernant la date de consolidation, un autre examen et une autre expertise sous l'article 204 de la part de la CSST qui n'hésite pas à utiliser ce fameux article de loi – de façon abusive, faut-il le mentionner.

Et ce, sans compter une lésion psychologique résultant de cette lésion physique. Par exemple, une dépression causée par une douleur chronique due à une entorse lombaire subie par une préposée aux bénéficiaires qui s'est blessée alors qu'elle déplaçait une personne âgée :

***Un processus devenu inacceptable***

1. examen et expertise psychiatrique du médecin de l'employeur ;
2. examen et expertise psychiatrique du BÉM ;
3. examen et expertise psychiatrique de l'expert de la personne accidentée pour la Commission des lésions professionnelles ;
4. examen et expertise devant la Commission des lésions professionnelles.

### **Grand total pour le physique et le psychologique : dix expertises. Qui dit mieux ?**

Cette valse des expertises est tout à fait inacceptable et ne sert qu'à chroniciser les personnes accidentées au niveau tant physique que psychologique alors que le processus médical et administratif devrait favoriser leur guérison, leur réadaptation et leur retour en emploi.

Pourtant, les médecins traitants souhaitent le respect de leurs habitudes de pratique (*Rapport du comité technique CSST-FMOQ concernant les travailleurs victimes de lésion professionnelle au dos*, 19 août 1999). Avec le système actuel, une travailleuse ou un travailleur, malgré le diagnostic posé et le traitement amorcé, ne peut jamais être certain de sa continuité. Or, il est démontré qu'un diagnostic sûr et un traitement adéquat basé sur le lien de confiance entre un patient et son médecin accélèrent la guérison. Les interventions du BÉM par ses avis viennent miner cette relation.

Comme le disent à juste titre les médecins traitants, généralistes et spécialistes, propos toujours d'actualité, les conséquences de ce processus sont importantes dans la progression de la guérison totale d'une personne accidentée :

*Quelle relation de confiance pourrions-nous avoir avec nos patients si nous participons au processus de contestation qui a trop souvent pour effet une fin prématurée de leurs traitements, une sous-évaluation de leurs séquelles et de trop nombreuses rechutes ou aggravations de leur état (...) (Mémoire Un projet de loi qui ne peut recevoir le support des médecins traitants, janvier 1997.)*

#### **Les personnes accidentées écopent**

Face à cette situation, ce sont les personnes accidentées ou malades du travail qui en portent les conséquences puisqu'un nombre grandissant de médecins refusent maintenant de traiter les personnes accidentées ou malades du travail en raison du nombre imposant de contestations de leur opinion et des complications administratives imposées par l'application de la loi et les politiques administratives de la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Ce sont les personnes accidentées ou malades du travail qui écopent dans les faits, même si la loi prévoit qu'elles ont droit aux soins du professionnel de la santé de leur choix prévu à l'article 192 de la loi.

Voici quelques illustrations de l'intervention du BÉM dans le plan de soins du médecin traitant :

- Le BÉM conseille des examens ou des traitements invasifs comme, par exemple, passer une myélographie, alors que le médecin traitant n'en a pas prescrits.
- « Je recommande un traitement chirurgical avec résection du bout distal de la clavicule droite. Comme il y a suffisance de traitements

conservateurs, je recommande qu'on cesse les traitements de physiothérapie et d'ergothérapie. Si aucun traitement chirurgical n'est prévu, je recommande la consolidation avec des limitations fonctionnelles. » dixit le membre du BÉM.

- Recevoir dans les plus brefs délais une infiltration facettaire lombaire à L5-S1.
- De départager avec l'arthroscopie et la procédure méniscale...
- « Nous croyons qu'il y a lieu de tenter chez cette dame soit des épidurales ou des blocs facettaires pour tenter de diminuer la symptomatologie douloureuse, le tout associé à une médication anti-inflammatoire et analgésique de même que des exercices de mobilisation vertébrale. »
- « Nous suggérons à la clinique de la douleur de faire des infiltrations facettaires L5-S1 bilatéralement. »
- Poursuivre des traitements d'acupuncture.
- Subir des infiltrations de cortisone.
- Compléter le bilan radiologique.
- Se soumettre à un programme d'exercices réguliers.
- Un TENS.
- Faire du renforcement.
- Procéder à l'infiltration acromio-claviculaire de la bourse sous-acromiale.

*L'approche adoptée par le BÉM pour rendre ses avis soulève de vives inquiétudes*

## **Le BÉM, ses examens et ses avis**

### **D'abord, l'approche**

La CSN s'interroge.

Dans le *Rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale* soumis à cette Commission, on retrouve ce qui suit en 2001 :

*Enfin, il faut bien considérer qu'à la différence du tribunal, l'expert médical émet une opinion en fonction de critères scientifiques et de normes médicales et non en fonction d'une prépondérance de preuves*

(sic). (*Rapport d'évaluation du BÉM*, ministère du Travail, 2 avril 2001, p. 21.)

Plusieurs avis du BÉM adoptent cette façon de voir et rien n'indique que dans la mise à jour déposée à la *Commission de l'économie et du travail* cette orientation ait été modifiée.

Pourtant, il ne s'agit pas d'émettre un avis en fonction de critères obscurs, mais en fonction de la situation de la personne telle qu'elle est, en tenant compte de sa fragilité et de son dossier médical personnel.

Il est essentiel, sinon déterminant, du strict point de vue médical de tenir compte de deux éléments : la réalité de la personne elle-même puis, dans un contexte d'application d'une loi éminemment sociale, s'il y a un doute face à une situation litigieuse, le doute doit jouer en faveur de la personne bénéficiaire de la loi.

***Leur étendue : le BÉM dépasse la mesure au niveau des antécédents***

## **Quant aux examens et aux avis**

### **D'abord, leur étendue**

Il convient de souligner d'abord que les membres du BÉM ne semblent avoir conscience de la portée juridique de leur avis, ce qui révèle une grave lacune. Un avis est toujours susceptible de se retrouver sur la place publique et c'est ce qui arrive lors d'audiences devant la Commission des lésions professionnelles. Le public peut en connaître le contenu : les médecins au dossier évidemment, la direction des ressources humaines de l'employeur, le syndicat et dans certains milieux toutes les travailleuses et tous les travailleurs d'un établissement.

### **Au chapitre des antécédents**

Les exemples sont multiples. Les seuls antécédents pertinents sont ceux qui doivent se rapporter à un site de lésion ou à une pathologie bien identifiée comme une surdité professionnelle ou un asthme professionnel. Ainsi ne seront pertinents relativement à une entorse lombaire que les antécédents concernant la région lombaire d'une personne accidentée.

Voici quelques illustrations :

- Pour une entorse lombaire, référence à une plaie au pied droit, à un écrasement de la main droite et à une entorse au poignet.
- Pour un problème de genou, référence à une entorse lombaire, il y a six ans.

***Que fait-on de la confidentialité ? Elle en prend pour son rhume***

- Pour un problème d'épaule, référence à une coupure au pouce et à une paralysie faciale.
- Pour un problème au coude, une épitrochléite, référence à quatre entorses lombaires et plus.
- L'avis note la prise d'aucun médicament à l'exception des hormones.
- Pour un problème musculosquelettique, référence à un ulcère gastrique.
- « Il s'agit d'un premier accident chez ce patient qui n'a jamais été blessé au dos mais qui a subi un infarctus. »

**Puis la confidentialité**

***La vie privée des personnes non concernées par un litige est aussi bafouée***

Voici quelques situations qui démontrent un manque sérieux à la confidentialité :

- Pour une tendinite à l'épaule, référence à une contusion testiculaire.
- Pour un problème à une épaule, référence : « le travailleur est porteur du VIH depuis 1987 ».

**Enfin, l'atteinte à la vie privée**

- « Elle a été opérée aux deux pieds pour des os surnuméraires et est apparemment guérie... Le père est décédé à 56 ans d'un cancer osseux, la mère a 58 ans et est en bonne santé. Elle a un frère de 34 ans qui aurait le sida ».

Se retrouver sur la place publique à la suite d'une audience à la Commission des lésions professionnelles et que tous les gens de l'établissement concerné savent que le frère d'une travailleuse a le sida est problématique. Mais le plus important, c'est l'atteinte grave au droit du frère à sa propre vie privée. Il s'agit d'une violation claire de la vie privée de personnes non concernées par le litige en cause.

## **Le pouvoir discrétionnaire du BÉM**

D'abord un rappel du deuxième paragraphe de l'article 221 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles :

*[...] Il peut aussi, s'il l'estime approprié, donner son avis relativement à chacun de ces sujets, même si le médecin qui a charge du travailleur ou le professionnel de la santé désigné par l'employeur ou la Commission ne s'est pas prononcé relativement à ce sujet.*

En mai 2000, les membres du BÉM ont élaboré un *Guide de réflexion sur le pouvoir discrétionnaire des membres du BÉM* dans lequel ils ont établi un consensus quant à leurs pouvoirs discrétionnaires.

La CSN fait les commentaires suivants compte tenu du présent débat.

La CSN considère que devant un diagnostic non contesté ou l'accord des parties, le BÉM se retrouve sans compétence pour discuter du diagnostic contrairement à ce que dit le guide de réflexion sur le pouvoir discrétionnaire des membres du BEM. (*Guide de réflexion sur le pouvoir discrétionnaire des membres du BÉM*, 19 mai 2000)

***Il s'agit d'un pouvoir à exercer avec la plus grande réserve dans des circonstances exceptionnelles***

Lorsqu'il y a des sujets non contestés comme le diagnostic ou encore une absence de contestation ou mieux, une entente entre les conclusions des médecins, soit celui de l'employeur ou de la CSST et le médecin traitant, le BÉM se retrouve aussi sans compétence pour se prononcer sur une question qui ne lui est pas soumise.

Enfin, la CSN ne peut qu'appuyer la position des membres du BÉM concernant l'établissement de limitations fonctionnelles permanentes pour une personne accidentée en raison de son impact sur son maintien en emploi. En effet, ils considèrent qu'il est du ressort du médecin traitant d'en poser ou non, car c'est celui qui connaît le mieux la personne accidentée et son environnement de travail.

*Les membres du BEM conviennent que les principes généraux s'appliquent sur ce sujet. Cependant, ils considèrent que le médecin qui a charge connaît mieux le travailleur et son environnement de travail et semble le mieux positionné pour établir avec le travailleur les limitations fonctionnelles permanentes. (*Guide de réflexion sur le pouvoir discrétionnaire des membres du BÉM*, 19 mai 2000.)*

## **Les huit mesures administratives**

### **Première mesure : la répartition des dossiers**

***Le rapport d'évaluation déposé devant cette Commission admet son échec. Il s'agit d'une concentration outrageuse de dossiers dans les mains de certains membres issus d'une certaine discipline, les orthopédistes***

Échec et mat pour le BÉM à ce chapitre. Les responsables du BÉM le reconnaissent d'ailleurs eux-mêmes.

La CSN est en désaccord avec la concentration des dossiers dans les mains de quelques membres du BÉM et, de plus, dans une seule discipline, l'orthopédie. L'équilibre entre les disciplines ne semble pas exister au BÉM. Il est incompréhensible qu'il n'y ait pas un équilibre entre le recours aux physiatres et le recours aux orthopédistes en matière de lésion musculosquelettique.

La CSN note, en particulier, que sept membres ont effectué plus de 405 avis et un membre s'est permis de donner 871 avis en 2004. (Journal des débats, *Commission de l'économie et du travail*, 19 octobre 2005.) Tout un exploit et tout à fait inqualifiable !

Deux remarques : le BÉM utilise des médecins à leur retraite, donc des médecins qui ont laissé la pratique clinique et, par ailleurs, le BÉM démontre une incapacité à attirer de jeunes médecins cliniciens. (Journal des débats, *Commission de l'économie et du travail*, 19 octobre 2005.) Problématique, non ?

### **Deuxième mesure : la grille d'évaluation des avis**

***Le BÉM s'est amélioré***

La CSN reconnaît que le BÉM s'est amélioré dans la qualité des avis rendus, par exemple sur la revue du dossier et de l'histoire médicale de la personne accidentée, de la perception par celle-ci de sa situation, de la description détaillée de l'examen objectif qu'il fait et l'élaboration des motifs pour lesquels il parvient à telle ou telle conclusion. Elle reconnaît une plus grande rigueur, une plus grande clarté.

Par ailleurs, elle trouve décevant que les détails de la grille d'évaluation demeurent inconnus. Il serait aussi utile de connaître les critères de qualité et les paramètres selon lesquels les avis sont rendus.

*Près de 50% des avis qui se retrouvent devant la Commission des lésions professionnelles sont renversés*

### **Troisième mesure : la rétroinformation**

Même s'il ne s'agit que d'une partie des avis du BÉM qui se retrouve devant la Commission des lésions professionnelles, les résultats obtenus à ce niveau sont indicateurs. La Commission infirme les avis émis par le BÉM dans une proportion de 43 % à 48 %. Ce taux de renversement des avis est relativement stable en analysant les résultats des cinq dernières années.

Suivant les données contenues aux rapports annuels des cinq dernières années de la Commission des lésions professionnelles, voici ce qu'elles démontrent :

- 44 % en l'année 2000 ;
- 43 % en l'année 2001 ;
- 46 % en l'année 2002 ;
- 48 % en l'année 2003 ;
- 43 % en l'année 2004.

Il y a donc une courbe croissante quant au renversement des avis du BÉM jusqu'à près de 50 % en l'année 2003, avec une légère diminution pour l'année 2004. On peut tirer de ces chiffres deux conclusions : un pourcentage fort important des avis soumis à la CLP ne passe pas le test de l'instance finale de révision et, par ailleurs, des interrogations persistent sur le progrès apporté à la qualité des avis et à l'impact du mécanisme de la rétroinformation. Autrement dit, lorsqu'un membre du BÉM reçoit une décision de la Commission des lésions professionnelles, la jette-t-il à la poubelle ou s'en sert-il pour améliorer la qualité de ses avis ?

*Le BÉM aurait mérite à plus de transparence*

### **Quatrième mesure : la formation continue**

La CSN ne peut que souscrire à la formation continue, mais demeure extrêmement impatiente d'en connaître non seulement le programme, mais aussi le contenu, d'obtenir les documents de formation, de connaître les noms des formateurs et leur curriculum, de connaître les écoles de pensée sous-jacentes, les disciplines en cause et ce, tant pour les lésions physiques que psychologiques.

### **Cinquième mesure : les rapports humains**

Oui ! Personnage atrabilaire : le membre du BÉM. Ce qui signifie, dans le langage médical ancien du XVI<sup>e</sup> siècle, une relation avec l'humeur noire, donc un personnage sombre, désagréable, vieilli, distant.

*Se retrouver devant un personnage atrabilaire provoque la méfiance*

Selon la réaction d'un nombre important de membres de la CSN, l'atmosphère générale qui se dégage de leur passage au BÉM est celle de se retrouver devant des personnages atrabillaires, donc désagréables, lointains et même irritants.

Par exemple, combien de fois un membre du BÉM provoque indûment des douleurs lorsqu'il fait des examens pour une tendinite à l'épaule, une épicondylite au coude ou une entorse lombaire. Il veut reproduire la douleur chez la personne accidentée et même l'aggraver afin de savoir si la douleur est encore présente ou si la personne accidentée est en train de lui mentir malgré un dossier médical pourtant clair sur la présence d'une pathologie.

Par ailleurs, les membres du BÉM font des remarques qui nous laissent perplexes par rapport à la validité du résultat de leur examen. En voici des illustrations.

***Il existe des faces cachées à l'examen d'un membre du BÉM***

- « Une fois l'examen complété, la patiente se revêt seule derrière le rideau sans difficulté. » Et bien, quoi ? Le rideau était transparent...non plutôt high-tech !
- « La patiente se déshabille sans difficulté audible. » Alors les cris, les expressions verbales d'une personne accidentée seraient des indications de la présence ou de l'absence d'une pathologie !
- « L'examen clinique d'aujourd'hui frise la caricature. » Alors, malgré le dossier médical de la personne accidentée, son suivi médical par son médecin traitant, nous serions devant un jeu théâtral. Tout simplement méprisant !

***Le mépris est encore présent***

La réaction des membres de la CSN qui doivent se présenter au BÉM se résume simplement en ces mots : une « colère sourde », et puis, une humiliation.

Quelques illustrations :

- Il ou elle « allègue », mot utilisé pour exprimer la méfiance à l'égard d'une personne accidentée.
- « Il s'agit d'un homme de race blanche ».
- « Il vit en union de fait, pas d'enfant. »
- « Le bénéficiaire est hypokinétique. »
- « Aujourd'hui, sa description de l'événement concorde à celle mentionnée ci-haut. » Donc, une vérification de la concordance malgré tout le dossier médical et administratif !
- « Il s'agit d'une travailleuse qui a subi un événement de faible intensité. » Ah bon ! L'intensité était pourtant suffisante pour causer la lésion, non ?

- « La travailleuse a subi un accident banal. » Pourtant, c'est cet accident qui a causé la lésion.

Force est de constater que les membres du BÉM banalisent les faits accidentels.

Autant de pratiques qui sont sérieusement à revoir.

### **Sixième mesure : la référence aux centres médicaux**

#### ***Inexistence***

La CSN prend acte que le recours à des équipes spécialisées qui pourraient apporter une expertise sur les facteurs physiques et psychologiques rattachés à une lésion est pratiquement inexistant. Il est étonnant que dans le cas d'une question de douleur chronique, le BÉM ne fasse pas appel à des centres spécialisés pour valider ses avis.

Elle prend aussi acte qu'il n'y a pas de recours à des comités multidisciplinaires – neurochirurgiens, orthopédistes, physiatres, psychiatres – pour l'évaluation d'atteinte permanente complexe dans le cas de certaines situations d'incapacité de longue durée.

### **Septième mesure : les indicateurs de qualité et de quantité**

#### ***Le BÉM est soumis à la pression indue de la CSST***

La position des responsables du BÉM par rapport aux avis complémentaires demandés par la CSST est préoccupante. Les indications données par les responsables du BÉM et l'expérience de la CSN quant à la pratique réelle dans ses dossiers démontrent que, lors d'une demande d'avis complémentaire par le médecin de la CSST, le membre du BÉM y souscrit et modifie son avis. Cela signifie en langage clair que, sous la pression de la CSST, le membre du BÉM modifie son point de vue médical, ce qui est inacceptable.

### **Huitième mesure : les critères d'assignation des dossiers**

#### ***Selon les spécialités***

La CSN ne peut que souscrire à la répartition des dossiers en fonction de la discipline la plus pertinente, en tenant compte de l'expertise et de la spécialisation d'un membre. Cependant, en matière de lésion musculosquelettique, elle rappelle qu'il existe non seulement l'orthopédie, mais également la physiothérapie et la rhumatologie.

## **Conclusion, les alternatives**

### **Refus de la discrimination**

Il est inéquitable qu'une personne accidentée et malade du travail soit soumise, elle, à de multiples examens d'experts comme ceux de l'employeur, de la CSST et du BÉM, contrairement à ce qu'on retrouve dans le système public. Arrêtons donc le recours effréné aux expertises médicales.

### **Prépondérance au médecin traitant**

La CSN réitère que le respect de l'opinion intégrale du médecin traitant est une condition déterminante de la guérison, de la prévention de la chronicité et du retour en emploi. Tout au plus, devant diverses situations, l'organisme chargé de l'administration du régime d'indemnisation, à savoir la CSST, pourrait demander au médecin traitant de valider ses conclusions auprès d'un spécialiste.

De plus, la CSN privilégie le soutien au médecin traitant par l'appui d'une formation continue.

### **Le droit de contestation des employeurs doit leur être retiré**

Si le régime valorise la pratique médicale du médecin traitant et si on revoit fondamentalement le processus d'évaluation médicale, le droit de contestation des employeurs doit leur être retiré.

### **Le travail et la coopération interdisciplinaire**

Les nouvelles approches d'intervention en matière d'incapacité au travail, et ce, dès le début de l'incapacité, ont démontré leur efficacité en remplaçant une travailleuse ou un travailleur à son emploi avec ou sans modification de son poste de travail et avec un minime risque de rechute, de récurrence ou d'aggravation.

Ces interventions visant la réadaptation et le retour au travail sont basées sur une approche dite « globale » :

- En premier lieu, l'organisation de l'entreprise, du travail dans le

***Le BÉM, tant qu'il existe, doit respecter le plan de traitements du médecin traitant***

***Cela va de soi !***

***Face à la chronicité, des formules prometteuses sont en émergence : les équipes interdisciplinaires***

***Arrêtons de travailler en silos !***

département, des contraintes du poste de travail de la personne accidentée.

- Le système de santé lui-même avec une équipe multidisciplinaire composée de médecins, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, d'ergonomes, psychologues et autres professionnels de la santé selon la situation qui se présente.
- La situation spécifique de la personne accidentée tant physique que psychologique, dans son tissu social avec toutes les contraintes qui peuvent survenir au niveau personnel. (*The values underlying team decision-making in work rehabilitation for musculoskeletal disorders, Disability and Rehabilitation*, Patrick Loisel et als, 2005 : 27, p. 561.)

Il s'agit donc de privilégier un retour rapide au travail avec la collaboration du médecin traitant, du milieu de travail, à savoir l'employeur et le syndicat, la famille de la personne accidentée, en étant appuyé d'une équipe multidisciplinaire qui intervient aussi dans le milieu de travail si des modifications au poste de travail peuvent être effectuées. Cette équipe peut être composée, entre autres, de kinésithérapeutes, d'ergonomes, de psychologues, l'avantage étant que tous les intervenants sont sur la même longueur d'onde. La discussion large entre tous les intervenants permet de trouver des solutions efficaces en fonction de la situation réelle de la personne accidentée et des exigences du milieu de travail. De telles interventions ont démontré leur succès en évitant, par exemple, les rechutes ou les récidives.

Est-il seulement pensable qu'un travailleur qui doit travailler debout puisse obtenir des semelles orthopédiques prescrites et nécessaires pour continuer à exécuter son travail sans que l'employeur le congédie parce qu'il n'est plus capable de faire son travail sans elles ?

Est-il seulement pensable qu'on puisse réorganiser le travail pour une personne accidentée dont les limitations fonctionnelles l'empêchent de lever des caisses de 35 livres, alors que dans la réalité quelques caisses pèsent 40 livres, afin que cette personne ne soit pas congédiée ?

Est-il seulement pensable qu'on puisse fournir un banc ergonomique adapté à une personne qui travaille sur microscope ?

Encore une fois, une collaboration entre tous les intervenants par rapport à une incapacité due à une lésion au travail est une garantie de réadaptation et de retour au travail d'une personne accidentée ou malade du travail.

## **Propositions**

### **La CSN**

- réclame l'abolition du BÉM, mécanisme de judiciarisation ;
- exige le respect du médecin traitant et de son plan de soins et de traitements quitte, sur demande de la CSST, à faire vérifier ses conclusions auprès d'un spécialiste de son choix ;
- propose la mise en place de solutions alternatives pour éviter l'installation de la chronicité, pour faciliter la réadaptation et le retour en emploi.