

Mise à jour des informations

contenues dans le

Rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale

19 octobre 2005

Introduction

Le 12 juin 1997, la *Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives*¹ a été sanctionnée. L'article 68 de cette loi prévoit que le ministre doit faire au gouvernement un rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale (BEM), et que ce rapport doit 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 présente loi, afin d'en améliorer le fonctionnement.

Le présent document résume la situation et tient compte des résultats obtenus jusqu'au 31 décembre 2004. On y retrouve également l'énumération des huit mesures proposées dans le rapport.

1. Projet de loi n° 79 (devenu le chapitre 27 des lois de 1997), *Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives*.

Mesures administratives proposées en 1997

À la suite des audiences publiques concernant le projet de loi n° 79, la direction du BEM a mis en place ou poursuivi, selon le cas, les huit mesures administratives suivantes :

- 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.

Résultats obtenus au 31 décembre 2004

Répartir plus également les dossiers entre les membres du BEM

Dans le but d'éviter qu'il y ait des concentrations de dossiers entre les mains d'un petit nombre de professionnels de la santé, la direction du BEM s'était fixé comme objectif d'éviter qu'un membre ne produise plus de 405 avis par année.

De 1996 à 1999, on constate que le nombre d'avis produits n'a pratiquement pas fluctué.

Cependant, entre 1999 et 2004, le nombre d'avis produits est passé de 8 900 à 11 882, soit une augmentation de 33 % ou 500 avis de plus à produire chaque année. Les 29 nouveaux membres recrutés depuis 1998 n'ont pas offert suffisamment de disponibilités pour éviter la surutilisation de certains membres.

La production d'avis de 2001 à 2004 se répartit comme suit :

Année	Avis produits
2001	9 652
2002	11 072
2003	11 540
2004	11 882

Par ailleurs, voici la distribution des avis par membre en 2004 :

Avis produits	Membres	Nombre de membres ayant produit (par année)		
		1 à 135 avis	136 à 405 avis	plus de 405 avis
11 882	91	45	23	7

L'objectif fixé n'a pas été atteint en raison des difficultés de recrutement de membres, causées par plusieurs facteurs, dont voici les principaux.

Pour devenir membre du BEM :

- Le candidat doit avoir cinq ans d'expérience dans sa spécialité. À noter qu'il n'y a pas cette contrainte pour faire des expertises pour d'autres demandeurs (exemple : SAAQ, CSST, RRQ, employeur, syndicat, etc.).
- De plus, le candidat doit renoncer à agir à titre de médecin désigné pour la CSST ou l'employeur ainsi qu'à recevoir des mandats de la part des syndicats.
- Par ailleurs, les experts qui travaillent à titre de médecin désigné pour la CSST et les employeurs sont aussi bien rémunérés que les membres du BEM. Toutefois, ils ont l'avantage de pouvoir effectuer les évaluations à leur cabinet.
- De plus, des honoraires plus élevés sont versés aux experts qui font des évaluations pour les employeurs et la SAAQ. Ils reçoivent en moyenne 600 \$ par évaluation comparativement à 350 \$ pour un membre du BEM.

En résumé, l'explosion des demandes depuis l'année 1999 combinée aux difficultés de recrutement dans le contexte actuel expliquent l'impossibilité à atteindre l'objectif de cette mesure.

Implanter une grille d'évaluation des avis des membres

En 1998, le BEM a amélioré son programme de contrôle de la qualité des avis des membres et a élaboré une nouvelle grille d'évaluation. Cette dernière permet d'évaluer si le membre a disposé des éléments essentiels et pertinents du dossier, s'il a discuté de la position des intervenants, s'il a bien motivé son avis et si cet avis est conforme sur le plan médico-légal.

À la suite de l'évaluation des avis, les résultats sont transmis au membre et sont discutés avec lui si nécessaire; des correctifs sont suggérés ou une formation individuelle est donnée, au besoin.

Les 135 avis évalués entre 1999 et 2001 ont servi à établir l'indicateur de base. De ces avis, 27 % ne satisfaisaient pas à nos critères de qualité et l'indice de conformité était à 68 %. En 2002, 13 % des 48 avis évalués étaient insatisfaisants et l'indice de conformité s'établissait à 75 %. En 2003, 2 % des 48 avis évalués étaient insatisfaisants et l'indice de conformité s'établissait à 80 %. En 2004, 2 % des 46 avis évalués étaient insatisfaisants et l'indice de conformité a grimpé à 84,5 %.

Année	Pourcentage d'avis insatisfaisant	Indice de conformité
1999 à 2001	36/135 (27 %)	68 %
2002	6/46 (13 %)	75 %
2003	1/48 (2 %)	80 %
2004	1/46 (2 %)	84,5 %

Les membres apprécient ce mode de formation qui, tel que démontré, contribue de façon continue à l'amélioration de la qualité des avis.

Implanter un mécanisme de rétro-information pour les membres du BEM à la suite des décisions prises par la CLP

Dans le rapport produit par le BEM, on indique que la direction a l'intention de poursuivre l'analyse des décisions de la CLP et de remettre les décisions d'intérêt aux membres concernés ou à l'ensemble des membres.

Dans les faits, l'analyse de toutes les décisions de la CLP s'est poursuivie.

Les décisions de la CLP qui entérinent une entente entre les parties ne sont pas évaluées. Ces ententes sont le résultat d'un accord de conciliation, processus que la CLP favorise.

Année	Dossiers fermés	Décisions	Ententes	Désistements
2003-2004	6 313	2 013	1 343	2 927

Lorsqu'une décision fait partie d'un courant jurisprudentiel ou est intéressante pour la compréhension d'un sujet médico-légal, elle est diffusée à tous les membres. (Diffusion au moins deux fois par année).

L'analyse des avis du BEM faisant l'objet d'une décision a donné les résultats suivants :

Répartition du nombre d'avis du BEM contestés à la CLP en proportion des avis produits de 1998 à 2002

Année	Pourcentage d'avis contestés à la CLP
1998	670 / 6811 = 9,8 %
1999	801 / 8 900 = 9 %
2000	765 / 9 110 = 8,4 %
2001	801 / 9 652 = 8,3 %
2002	974 / 11 072 = 8,8 %

Considérant que la CLP rend encore un nombre appréciable de décisions pour les années 2003 et suivantes, il est impossible de produire une statistique valable pour ces années.

Le taux de confirmation des avis est demeuré relativement constant à environ 60 % (57 à 63 %).

Par exemple, pour l'année 2002, le BEM a produit 11 072 avis et :

- 974 (8,8 %) de ceux-ci ont fait l'objet d'une décision;
- 556 (57 %) ont été confirmés en totalité;
- 311 (32 %) ont été infirmés en totalité;
- 107 (11 %) ont été confirmés en partie et infirmés en partie (partiel).

Ce qui revient à dire que sur 11 072 avis, 419 (3,8 %) ont été infirmés partiellement ou en totalité.

Avis infirmés

Depuis 2001, à chaque année, à partir d'un échantillonnage d'une centaine de décisions, une analyse de la qualité des avis des membres qui ont fait l'objet d'une décision de la CLP qui a infirmé les décisions que la CSST a prises à la suite de ces avis est effectuée.

En effet, à la suite de la remise de l'avis du BEM à la CSST, celle-ci l'analyse, peut demander des précisions ou transmettre des informations complémentaires au membre et, par la suite, prend des décisions qu'elle transmet aux parties. Les travailleurs et travailleuses et l'employeur peuvent contester ces décisions devant la CLP.

L'analyse des avis du BEM infirmés par la CLP à la suite d'une décision de la CSST a permis de constater qu'il y a 37 % de ces avis qui ne répondent pas à nos critères de qualité. Le plus souvent, c'est l'avis qui est insuffisamment motivé (26 %), ce qui ne veut pas dire que l'avis n'est pas bien fondé.

Cependant, même si les avis du BEM avaient satisfait nos critères de qualité, 75 % de ceux-ci auraient tout de même été infirmés par la CLP.

Ceci s'explique soit par la présentation d'une preuve non contredite à l'audience, soit par la mise en preuve de faits inconnus du membre du BEM lors de son évaluation, ou encore par des décisions de la CSST qui n'ont pas respecté l'avis du BEM, etc.

Somme toute, les analyses des décisions de la CLP indiquent un taux de contestation qui a diminué depuis 1998.

Elles révèlent un fait bien plus important, à savoir qu'un avis infirmé d'un membre du BEM n'est pas nécessairement un avis de mauvaise qualité ou mal fondé.

C'est pourquoi il faut accorder une importance toute relative à ces statistiques et ne pas oublier que l'objectif visé par ces analyses est l'amélioration de la qualité de notre produit.

Élaborer un programme de formation continue pour les membres afin d'améliorer la qualité de leurs avis

Des séances de formation sont données aux membres au rythme de deux par année et le taux de participation est de plus de 90 %.

Les sujets sont choisis en fonction des lacunes identifiées tant dans les avis faisant l'objet du programme de contrôle de la qualité que dans les avis faisant l'objet de décisions de la CLP.

Outre les formations déjà citées dans le rapport, on doit signaler la collaboration du Collège des médecins pour deux de ces formations ainsi qu'une rencontre récente avec la CLP qui est venue exposer aux membres son mode de fonctionnement et ses attentes par rapport aux avis du BEM.

Améliorer les rapports humains entre les médecins experts et les travailleurs et travailleuses accidentés

En 1999, la direction du BEM a élaboré un *Questionnaire de satisfaction de la clientèle* afin de mieux connaître le degré de satisfaction des travailleurs et travailleuses par rapport au processus d'évaluation médicale au BEM.

Ce questionnaire, complété par 1 006 travailleurs, a révélé un taux de satisfaction de 98,9 % à l'endroit de notre personnel préposé à la réception et à l'information.

Le taux de satisfaction envers les membres a été de 92 % sur le respect et l'attention envers les travailleurs, de 72 % pour la durée de l'examen, de 82 % pour la qualité de l'examen, de 92 % pour les douleurs reliées à l'examen et de 91 % pour des gestes disgracieux posés lors de l'évaluation.

Cependant, considérant que la majorité des plaintes reçues porte sur les douleurs causées par les manœuvres utilisées par les membres pour évaluer la condition des travailleurs et travailleuses, un autre questionnaire fut élaboré pour évaluer cet aspect. En 2001, il y a 1 090 travailleurs et travailleuses qui ont répondu au questionnaire à Montréal et 731 au bureau de Québec.

Il y a 6 % des répondants qui rapportent que l'examen a été fait un peu brusquement et 1 % brusquement. On considère que l'examen a été fait adéquatement pour 91 % des répondants.

Par ailleurs, comme il est normal qu'une personne encore symptomatique ressente des douleurs lors des manœuvres exécutées pour évaluer sa condition, on a tenté de savoir si les personnes préalablement informées de cette réalité avant l'examen avaient une perception différente face à la douleur causée par ces manœuvres.

Les travailleurs et travailleuses préalablement informés ont perçu plus de douleurs que ceux qui n'avaient pas été informés.

Cependant, aucun des répondants préalablement informés n'a émis de commentaires négatifs comparativement à 15 (15/442= 3,6 %) pour l'autre groupe (5=douleur, 10=autre aspect).

Il semble donc que le fait d'informer les travailleurs et travailleuses sur cet aspect avant l'évaluation aurait l'avantage de dissiper l'insatisfaction à ce sujet.

Les résultats de ces questionnaires ont été remis aux membres pour qu'ils en tiennent compte lors de leurs évaluations.

Prévoir l'utilisation de centres médicaux spécialisés pour déterminer dans certains cas les déficits anatomo-physiologiques sérieux et les limitations fonctionnelles

Dans les cas mentionnés en rubrique, la CSST, de son propre chef ou à la demande du médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse, peut demander une évaluation auprès de centres médicaux spécialisés.

Par ailleurs, le membre du BEM peut, si jugé opportun, suggérer une évaluation du travailleur ou de la travailleuse en milieu spécialisé.

Cependant, l'assignation des dossiers complexes à des membres possédant une expertise dans un champ spécialisé n'a pas rendu nécessaire le recours à une telle mesure.

Développer des indicateurs qualitatifs et quantitatifs significatifs concernant l'évaluation des membres du BEM et le Bureau lui-même comme organisme

Outre la grille d'évaluation des avis et l'analyse des décisions de la CLP dont on a fait référence plus tôt, on a également procédé à l'analyse des

demandes d'avis complémentaires qui sont acheminées au BEM par la CSST pour que les membres apportent des corrections, des précisions ou réévaluent leur avis à la suite de nouvelles informations disponibles.

Depuis 1999, à tous les ans, chacun des membres reçoit un relevé des demandes d'avis complémentaires qui identifie les lacunes observées et ce dans le but de les inviter à s'améliorer.

En 1999, les demandes imputables aux membres représentaient 3,7 % des avis produits alors qu'actuellement, ces demandes ne représentent plus que 1,9 % des avis.

Il y a également un dernier indicateur concernant le fonctionnement du BEM, à savoir :

Indicateurs de délais opérationnels moyens

Le délai opérationnel est le nombre de jours qui s'écoulent entre la date de réception du dossier au BEM et la date de transmission de l'avis du membre, à la CSST, aux parties et aux professionnels de la santé concernés. Ce délai est tributaire des disponibilités fournies par les membres du BEM et de la capacité du personnel à transcrire les avis.

La direction du BEM s'était fixé comme objectif de maintenir ce délai à moins de 18 jours.

De 1999 à 2004, le nombre d'avis produits en raison de la demande est passé de 8 900 à 11 882 tel qu'illustré au tableau suivant :

Année	Nombre d'avis produits
1999	8 900
2000	9 110
2001	9 652
2002	11 072
2003	11 540
2004	11 882

En raison des difficultés de recrutement énumérées plus haut, il est impossible de trouver suffisamment de candidats pour répondre à la demande et cet objectif n'a jamais été atteint.

Voici la distribution annuelle des délais de 1999 à 2004 :

Année	Nombre de demandes	Délai moyen de traitement (nombre de jours)
1999	9 228	18,3
2000	10 018	19,2
2001	11 545	37,7
2002	11 495	38,7
2003	12 512	20,3
2004	13 377	31,5

Une demande est faite à la CSST, afin d'aider le BEM à recruter des membres, de s'assurer qu'il y ait à l'avenir tout au moins une équité entre les honoraires versés aux membres du BEM et ceux de la SAAQ pour un travail comparable.

Définir des critères d'assignation des dossiers aux membres du BEM

Les dossiers sont assignés aux membres en tenant compte de la spécialité la plus pertinente par rapport à la lésion du travailleur ainsi qu'en fonction de leur disponibilité. Depuis 1998, les dossiers qui présentent un niveau de difficulté supérieur sont maintenant assignés à des membres possédant une expertise dans le champ spécialisé concerné (par exemple un dossier concernant une lésion complexe de l'épaule assigné à un membre qui a développé une expertise reconnue dans ce domaine, etc.).

De plus, en vertu d'une modification de l'article 218 de la LATMP introduite avec l'adoption de cette loi, on peut maintenant assigner un dossier très complexe à un comité formé de membres de différentes spécialités. En pratique, ceci s'applique aux victimes d'accidents de travail avec des lésions neurologiques et psychologiques qui peuvent être évaluées par un comité formé d'un psychiatre et d'un neurologue. (Cependant, il n'y a pas eu nécessité de former plus de deux comités par année).

Cette gestion de l'assignation des dossiers adaptée à la réalité permet d'améliorer la qualité de nos évaluations.

Conclusion

En conclusion, les mesures d'analyse de la qualité des avis au moyen de la grille d'évaluation, d'analyse des avis du BEM faisant l'objet de décision à la CLP et d'analyse des avis complémentaires, soit trois mesures avec un mécanisme de rétro-information auprès des membres, combinées au programme de formation orienté sur les lacunes identifiées, ont produit une amélioration de la qualité des avis, comme le démontrent les indicateurs mis en place.

De plus, la direction du BEM a amélioré son processus d'assignation des dossiers et a sensibilisé les membres à établir les meilleurs rapports possibles avec les travailleurs et travailleuses malgré le contexte difficile dans lequel ils œuvrent.

Par ailleurs, la direction du BEM, en raison des difficultés chroniques de recrutement, n'a pu atteindre l'objectif de réduire les délais à moins de 18 jours et a dû, pour maintenir des délais acceptables, surutiliser quelques-uns de ses membres.

Les résultats obtenus sur l'amélioration de la qualité ont été possibles grâce à l'implication constante de notre personnel et à la collaboration des membres qui ont à cœur la production d'un travail de qualité.

Le BEM est d'avis que les efforts déployés ont produit des résultats significatifs là où on peut contrôler les activités. Pour ce qui est des mesures qui dépendent de facteurs externes hors de son contrôle, le BEM a avisé la CSST pour qu'elle agisse en conséquence.