



ASSOCIATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES  
EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU QUÉBEC  
2, Complexe Desjardins, porte 3000  
C.P. 216, succursale Desjardins  
Montréal (Québec) H5B 1G8

## **MÉMOIRE SUR LE RÉGIME DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL AU QUÉBEC**

**Déposé au Groupe de travail sur le régime québécois de santé et sécurité du travail**

**25 mars 2010**

Mémoire AMSSCQ régime SST au groupe de travail de la CSST

---

**AMSSCQ – 2, Complexe Desjardins, porte 3000 – C.P. 216, succursale Desjardins – Montréal (Québec) H5B 1G8**  
**Téléphone : (514) 350-5138 ou 1-800-561-0703 – Télécopieur : (514) 350-5151 – Courriel : [amsscq@fmsq.org](mailto:amsscq@fmsq.org)**

# **MÉMOIRE SUR LE RÉGIME DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL AU QUÉBEC PAR L'ASSOCIATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES EN SANTÉ COMMUNAUTAIRE DU QUÉBEC (AMSSCQ)**

## **INTRODUCTION**

Dans le cadre de la révision du régime de santé et sécurité du travail au Québec, l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec (AMSSCQ) soumet le présent mémoire au Groupe de travail de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST). Celui-ci porte sur les aspects découlant de la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP) et de la Loi sur la santé et la sécurité du travail du Québec (LSST), soit la réparation et la prévention.

Le domaine de la santé au travail a toujours été considéré comme faisant partie des expertises spécifiques des médecins spécialistes en santé communautaire (MSSC) au Québec et ce, dès la création de cette spécialité par le Collège des médecins du Québec (CMQ) en 1982. De plus, certains MSSC sont aussi certifiés spécialistes en médecine du travail du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. Pour l'Association des médecins spécialistes en santé communautaire du Québec (AMSSCQ), la santé des travailleurs du Québec est une préoccupation importante de notre spécialité.

D'emblée, nous considérons que plusieurs dispositions législatives actuelles tant dans la LSST que dans la LATMP dans l'ensemble sont excellentes et toujours de mise. Plusieurs des principes, des intentions et des mécanismes participatifs qui y sont énoncés sont toujours d'actualité. Mais force est de constater que plusieurs de ceux-ci sont inopérants ou n'ont jamais été mis en vigueur alors que d'autres ont été pervertis au fil des années.

Dans ce mémoire, nous tenterons d'attirer l'attention du Groupe de travail sur des enjeux majeurs qui empêchent d'atteindre les objectifs de prévention du régime actuel en santé et sécurité du travail ou de donner accès à une compensation juste, équitable et entière à laquelle ont droit les travailleurs.

Une partie de notre analyse repose sur nos observations ou celles d'autres observateurs ainsi que sur notre expérience et expertise dans ce domaine. Il ne nous a pas été possible de documenter quantitativement tous les problèmes qui sont abordés dans ce mémoire, en raison soit des difficultés d'accès aux données, soit du temps imparti.

## **1. LA RÉPARATION**

L'AMSSCQ est d'avis que de plus en plus de pressions et de facteurs concourent à ne pas reconnaître les maladies professionnelles existantes et que cela a des conséquences non seulement pour la santé des travailleurs lésés qui ont ou non fait une demande d'indemnité, mais aussi pour l'entourage et l'ensemble des travailleurs, causant ainsi un frein important à la prévention dans les milieux de travail.

## **1.1 Facteurs contribuant à ne pas reconnaître les maladies professionnelles**

Plusieurs facteurs contribuent, selon nous, à faire en sorte que des maladies professionnelles ne soient pas reconnues. Certains facteurs sont très en amont alors que d'autres concernent directement le processus d'indemnisation. Ces facteurs vont de la formation médicale jusqu'à l'organisation des services spécialisés en médecine du travail, en passant par les procédures administratives et juridiques en matière de réparation.

### **Formation médicale**

Le domaine de la médecine du travail a été désigné par Buijs (2005) comme étant le trou noir (« blind spot ») de la formation médicale. Ce constat semble assez généralisé à travers le monde et ne se limite pas à notre contexte. Dans un rapport portant sur la formation en médecine du travail et l'environnement à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal, le groupe de travail a constaté des déficiences dans la formation médicale en ces domaines au Québec et a proposé des recommandations, à divers niveaux de la formation médicale, afin d'y remédier (Isler 2006).

Les conséquences de ces déficiences sont les difficultés des médecins à soupçonner, reconnaître et évaluer adéquatement l'origine professionnelle des maladies pour lesquelles leurs patients consultent (Isler 2006). Rappelons que les problèmes reliés au travail constituent une raison fréquente de consultation médicale en pratique générale. Il en résulte une sous-estimation des maladies professionnelles, des traitements inadaptés à la cause des maladies et la persistance de ces maladies avec les conséquences éventuelles en termes d'atteinte permanente. Ces déficiences s'observent même pour les types de maladies les plus fréquentes, telles que les maladies touchant les systèmes cutané, ORL, respiratoire, musculosquelettique et les problèmes de santé mentale. Comme nous l'expliquerons plus loin, ces difficultés s'ajoutent à celles découlant de l'application de la LATMP et des règlements, lesquelles contribuent déjà à rendre complexe la reconnaissance des lésions professionnelles.

### **Perceptions négatives face au domaine de la santé au travail**

Les étudiants en médecine, ainsi que les résidents et les médecins en pratique ont de façon générale des perceptions négatives face à la médecine du travail. Ce constat est facilement observable lors de nos contacts réguliers avec des étudiants en médecine et des médecins en pratique. Ceci est aussi exprimé dans le verbatim de travailleurs qui ont participé à des études sur le processus d'indemnisation (Baril 1994; Lippel 2005). Plusieurs facteurs peuvent être avancés comme hypothèses. La lourdeur et la complexité des procédures administratives et légales semblent rebuter les médecins. Les craintes de devoir témoigner en cour de justice sont évidentes chez plusieurs médecins. La perception d'une médecine bureaucratisée constitue probablement un autre facteur important. Certains sont d'avis qu'il est très difficile d'obtenir une indemnité pour maladie professionnelle chez leurs patients alors que d'autres pensent le contraire et qu'il y a abus.

Les perceptions négatives des médecins (omnipraticiens et spécialistes) à l'égard de la médecine du travail constituent, à notre avis, un frein important à la considération des facteurs professionnels comme cause des maladies et limitent certainement l'évaluation et le suivi des patients-travailleurs atteints de telles lésions.

De plus, cette situation constitue un frein évident à l'orientation des médecins dans le domaine de la médecine du travail et contribue aux difficultés importantes à recruter des médecins pour combler les postes dans les divers organismes qui en ont besoin, dont la

CSST. De plus en plus, la médecine du travail constitue un choix de fin de carrière sans nécessairement avoir eu une formation spécifique.

### **Pauvreté des données d'exposition en milieu de travail**

La présence de données objectives et suffisantes pour évaluer adéquatement l'exposition en milieu de travail est un élément essentiel pour déterminer la relation entre une maladie donnée et son origine professionnelle. En effet, on ne peut déterminer cette relation que si l'on dispose de données valides sur l'exposition professionnelle.

Or, de telles données individuelles sont souvent absentes ou incomplètes ou leur interprétation, lorsqu'elle ne tient pas compte de l'ensemble des éléments, conduit souvent à conclure qu'il n'existe pas de problème lié au travail. Cette difficulté d'interprétation des données d'exposition résulte en partie, selon nous, d'une déficience dans la formation en hygiène du travail et en ergonomie, ainsi que dans l'analyse de la relation de causalité. Ces déficiences nous semblent généralisées parmi les médecins généralistes comme les spécialistes ainsi que parmi les agents d'indemnisation. Le domaine des problèmes musculosquelettiques est particulièrement difficile à cet égard. En effet, il est plus difficile d'obtenir des données quantitatives de l'analyse ergonomique des postes de travail car cela nécessite une expertise et une technologie qui ne sont pas facilement accessibles.

### **Procédures administratives et juridiques lourdes et complexes**

Les embûches dans le processus de réclamation sont nombreuses. Il n'est pas facile, ni pour le travailleur, ni pour le médecin ou tout autre intervenant impliqué, de se conformer à toutes les procédures requises. Or, le défaut de ne pas respecter ces procédures peut conduire au refus de la demande d'indemnité à l'une ou l'autre des étapes et parfois, tardivement.

### **Contestation des demandes d'indemnité pour maladie professionnelle**

Il s'est constitué avec le temps un important système, bien organisé et très lucratif pour certains médecins, avocats et autres professionnels, qui sert à contester, à la demande d'employeurs publics et privés, les demandes d'indemnité faites par les travailleurs. En raison des honoraires importants exigés par ces professionnels, ils sont majoritairement embauchés par les employeurs. Par exemple, l'Association des médecins experts recommande à ses membres des frais de l'ordre de quelques milliers de dollars par jour de comparution devant un tribunal, en plus des sommes réclamées pour produire l'expertise écrite. Selon notre expérience, le réseau public, particulièrement dans le domaine de la santé et l'éducation, a aussi beaucoup recouru à ces consultants, possiblement dans l'espoir de réduire les coûts engendrés par les demandes d'indemnité reliées au travail. Nous ne sommes pas convaincus que l'effet recherché soit atteint et croyons que cela peut au contraire entraîner des coûts importants pour la société, comme nous l'aborderons plus loin.

Le résultat net de cette situation est un déséquilibre évident dans les ressources d'expertise accessibles aux travailleurs par rapport aux employeurs.

Par ailleurs, nous avons régulièrement été témoins de rapports fort partiels produits par certains consultants. Parmi les méthodes utilisées par ces consultants pour répondre aux demandes de l'employeur, mentionnons la dilution et le brouillage du problème de fond dans une marre d'information désorganisée, l'insistance sur un ou quelques facteurs de susceptibilité personnelle, l'absence d'histoire professionnelle complète, l'absence d'une analyse rigoureuse de l'ensemble des données, y compris celles émanant de l'histoire et de

l'examen physique et l'absence de référence ou la référence à un nombre très restreint d'articles concourant à supporter leur prétention. Mentionnons de plus que certains de ces experts n'ont ni formation ni expérience dans les domaines dont ils se disent experts. Le résultat est que les rapports de certains de ces médecins concluent systématiquement à l'absence de lien avec le milieu de travail, même lorsque l'ensemble des éléments du dossier tendent à le démontrer et qu'il est supporté par des données scientifiques.

Des plaintes ont été émises par les travailleurs à ce sujet et le CMQ a été avisé de ce problème. Bien qu'un guide de pratique ait été publié par le CMQ en 2006 (CMQ 2006), cette situation ne semble pas avoir changé selon nos observations.

### **Les médecins désignés par l'employeur : presque les seuls à se prononcer sur la relation entre la lésion et le travail**

Dans ce contexte, il est troublant de constater que les médecins désignés par l'employeur sont, dans la majorité des cas, les seuls à se prononcer sur la relation entre une lésion et le travail. En effet, ni les médecins désignés par la CSST en vertu de l'article 204, ni les médecins du Bureau d'évaluation médicale ne se prononcent sur cette relation puisque ceci ne leur est pas demandé. La plupart du temps, le médecin traitant ne se prononce pas non plus sur ce sujet, car, dans le régime actuel, cela relève de la responsabilité de la CSST. Ceci entraîne un déséquilibre important lors d'une contestation judiciaire puisque seul le médecin désigné par l'employeur produira un rapport détaillé en ce sens.

Aussi étonnant, ce sont en fait les agents d'indemnisation de la CSST qui, sans détenir nécessairement de formation dans le domaine de la santé, apprécient la relation entre une atteinte à la santé et le travail. Ceux-ci peuvent au besoin demander une opinion aux médecins de la CSST afin de les conseiller dans cette tâche, mais ils n'ont aucune obligation de le faire.

### **Le domaine particulier des maladies pulmonaires professionnelles**

Il existe une différence importante dans le processus d'évaluation des atteintes pulmonaires par rapport aux autres types d'atteinte à la santé, particulièrement en ce qui a trait à la relation entre la maladie et le travail. Les atteintes pulmonaires sont les seules parmi l'ensemble des atteintes à la santé pouvant être liées au travail, qui sont systématiquement évaluées au niveau du diagnostic et de la relation causale par deux comités médicaux spécialisés, soit le Comité des maladies pulmonaires professionnelles (CMPP) et le Comité spécial des présidents (CSP), composés de pneumologues (LSST, art. 227). Cette approche entraîne des différences importantes dans l'appréciation de la relation des atteintes pulmonaires avec le travail par rapport aux autres lésions ainsi que des inégalités importantes lors de contestations, en raison du poids important des critères de décision des CMPP et CSP ainsi qu'en raison des critères d'admissibilité utilisés par les agents d'indemnisation.

L'asthme est reconnu comme une maladie fréquente qui affecterait environ 10% de la population adulte. Il est estimé qu'environ 5-15% de cette proportion serait de l'asthme professionnel. Or, on estime qu'un peu plus de 100 nouveaux cas par année sont acceptés par la CSST. La difficulté de reconnaissance de l'asthme professionnel par les médecins traitants pourrait en partie expliquer cette situation. Toutefois, on peut s'interroger aussi sur la difficulté de reconnaissance de cette maladie par le CMPP. En 2008, un consensus d'experts a identifié deux types de présentations, soit l'asthme causé par le travail et l'asthme exacerbé par le travail (Tarlo 2008). Cette dernière catégorie a été définie comme un asthme préexistant ou actuel qui est aggravé par des facteurs du milieu de travail. Or, il

arrive souvent que le CMPP ne reconnaisse pas ces cas et se prononce seulement sur la présence d'un asthme causé par une substance sensibilisante spécifiquement identifiée par des tests de provocation spécifiques. Aussi, nous constatons souvent que la présence d'une condition préexistante engendre le rejet d'une maladie pulmonaire professionnelle, sans que l'analyse n'ait été faite pour déterminer le poids relatif des divers facteurs en présence. L'absence de reconnaissance des facteurs précipitants ou aggravants de cette maladie chronique sérieuse peut avoir des conséquences néfastes pour l'individu et la société dans son ensemble (perte de productivité, coûts pour le système de soins, etc.).

À la section V de l'annexe 1, numéro 8 de la LATMP, est défini le genre de travail pouvant donner ouverture à la présomption qu'un asthme bronchique est lié à des conditions de travail : « un travail impliquant une exposition à un agent spécifique sensibilisant ». Il peut arriver une situation où l'agent spécifique sensibilisant ne puisse être précisément identifié, mais l'histoire et l'investigation médicale indique clairement que le milieu de travail est responsable d'un asthme professionnel. Une telle définition exige un degré de preuve beaucoup plus grand que pour d'autres lésions présumées professionnelles et l'on peut se questionner sur l'existence même d'une présomption pour l'asthme professionnel.

Par ailleurs, les dossiers de maladies pulmonaires professionnelles souffrent aussi des difficultés reliées à l'obtention de données valides concernant l'exposition en milieu de travail, tel qu'expliqué plus haut. Ceci a comme conséquence que la relation professionnelle peut être rejetée sur la base de données jugées insuffisantes, sans considérer la notion de présomption ou sur la base d'une mauvaise interprétation des données d'hygiène du travail.

### **Le domaine de la santé mentale**

L'augmentation des coûts d'assurance privée ces dernières années cache vraisemblablement une grande sous déclaration des problèmes de santé mentale et probablement d'autres problèmes de santé liés au travail qui ne sont pas reconnus par la CSST. En plus de contribuer à stigmatiser les travailleurs affectés et possiblement limiter les adaptations nécessaires dans le milieu de travail, cette situation a des conséquences pour l'ensemble de la société, en termes de productivité et de coûts assumés par l'ensemble du système de santé.

### **Liste des maladies professionnelles non mise à jour**

La liste des maladies professionnelles désignées à l'annexe 1 de l'article 29 n'a pas été mise à jour depuis la création de la LATMP, en dépit de l'évolution importante des connaissances scientifiques depuis plus de 25 ans. Cette liste reconnaît la notion de présomption d'une maladie professionnelle en lien avec un genre de travail comportant des conditions d'exposition correspondant à celles reconnues dans la littérature scientifique comme pouvant produire cette maladie. Le domaine des contraintes biomécaniques et des atteintes musculosquelettiques en est un exemple important. La définition des maladies en ce domaine a beaucoup évolué depuis la promulgation de la LATMP. L'absence de mécanisme souple et adapté à la mise à jour de l'annexe I peut amener une réduction dans les types de lésions admises sur de fausses bases scientifiques ou de fausses notions nosologiques. Par exemple, les connaissances actuelles nous indiquent que la nomenclature et la façon de diagnostiquer les lésions musculosquelettiques a évolué et la liste des trois pathologies dans la LATMP (bursite, tendinite, ténosynovite) n'est plus adaptée à l'évolution des connaissances et à la terminologie actuelle.

### **Barème des dommages corporels non mis à jour**

De même, le règlement sur le barème des dommages corporels n'a pas été revu en dépit de l'évolution importante des connaissances scientifiques sur les conséquences des maladies professionnelles et des changements nosologiques. Mentionnons entre autres les sections portant sur l'évaluation des atteintes psychologiques (qui ne s'accordent plus aisément avec le DSM-4) et des atteintes à la santé secondaires à une exposition aux vibrations main-bras. Il en va de même pour le barème sur la surdité professionnelle qui est totalement déconnecté des connaissances actuelles sur les préjudices causés par cette maladie professionnelle.

### **La CSST : d'abord une compagnie d'assurance**

Comme toute compagnie d'assurance, l'objectif financier de la CSST est de gérer l'ensemble des sommes versées par les cotisants, dans ce cas-ci les employeurs, et de contrôler au mieux le versement des indemnités. Nous croyons toutefois que cet objectif est poursuivi aux dépens de la prévention. Une vue à trop court terme centrée sur le contrôle des dépenses entraînées par les versements d'indemnités peut conduire éventuellement à une augmentation des problèmes de santé causés par le travail. Ainsi, la complexité des procédures administratives, le rejet d'une demande advenant le non respect de ces règles et la gestion des dossiers par des agents d'indemnité sans responsabilité des médecins au regard de la relation causale, sont des exemples de facteurs concourant à limiter la reconnaissance des maladies professionnelles et le versement d'indemnités.

### **Problèmes d'accès à des services de prise en charge des travailleurs atteints et leur réhabilitation**

Le refus d'une demande d'indemnité par la CSST et la lenteur des procédures lors d'une contestation par le travailleur peut conduire à un retard important dans l'accès aux soins de réadaptation et à une perte de revenus en raison du non versement d'indemnités et de l'incapacité de travailler causée par la maladie. Cela peut affecter les chances de guérison et de réinsertion au travail en raison du retard d'accès à des soins adaptés et des effets importants sur la santé mentale en raison des pertes de revenus dus à l'incapacité de travailler.

L'accessibilité des travailleurs à des services spécialisés de réhabilitation semble faire défaut dans plusieurs régions. L'exemple des travailleurs atteints de déficit auditif est un exemple éloquent : peu de régions actuellement bénéficient de services spécialisés de réhabilitation, ce qui résulte en une situation inéquitable. La mise en place d'activités de dépistage peut même dans certains cas créer une situation difficile, faisant en sorte que des travailleurs se retrouveront orphelins dans le réseau de soins pendant une longue période de temps. Outre la possibilité d'indemnisation, afin de minimiser les conséquences tant au plan physique, social que professionnel des incapacités auditives, des activités de soutien et de réadaptation aux travailleurs atteints sont essentielles. Des services spécialisés peuvent même favoriser le maintien sécuritaire en emploi de travailleurs atteints de surdité, en offrant des aides auditives ou en proposant des aménagements appropriés au poste du travailleur atteint. Or, ces services d'adaptation de postes sont rarissimes. Un tel bénéfice serait avantageux pour les entreprises dans le contexte de pénurie de personnel appréhendé. De tels centres spécialisés auraient avantage à être développés pour d'autres conditions, notamment l'asthme professionnel.

### **Recours inapproprié à l'assignation temporaire**

Le recours parfois intempestif à l'assignation temporaire peut aggraver des lésions existantes. Ces effets pervers pourraient être liés à des règles de financement qui incitent

les milieux de travail à certaines pratiques non favorables à la prévention ou la récupération optimale en cas de problème de santé.

## **1.2 Impacts pour le travailleur lésé**

Les impacts sur la santé des travailleurs lésés causés par l'absence de reconnaissance de maladie professionnelle ont déjà été évoqués. Si la cause professionnelle n'est même pas suspectée par le médecin, il est probable que sa maladie va continuer d'évoluer même si un traitement est appliqué. Si la cause professionnelle d'une atteinte bien identifiée n'est pas reconnue, elle ne pourra pas être corrigée, laissant le travailleur face à deux choix difficiles : soit tolérer une maladie existante qui pourra évoluer et s'aggraver, avec les conséquences à court, moyen et long termes que cela peut entraîner, soit quitter cet emploi, avec les conséquences socioéconomiques que cela peut comporter. De plus, la non reconnaissance d'une maladie professionnelle pourtant bien présente peut entraîner des conséquences importantes sur la santé mentale, en raison du sentiment d'injustice perçu par le travailleur, la colère et la frustration que cela engendre et le stress secondaire. Cette situation peut entraîner des conséquences majeures sur la santé mentale et physique qui perdureront. Le suicide est une conséquence ultime de cette situation d'impasse (Lippel 2005, 2007) pour laquelle il est difficile d'obtenir des chiffres précis, d'autant plus que ce problème est probablement sous estimé. Dans l'étude de Lippel et coll. (2005), 40% des femmes et 26% des hommes interrogés, sur 85, ont affirmé avoir eu des épisodes dépressifs, alors que 10% des femmes et 30% des hommes ont eu des idées suicidaires.

## **1.3 Impacts pour l'entourage, l'ensemble des travailleurs et la société**

Les énergies considérables qui sont investies dans la contestation des maladies professionnelles privent le milieu de travail de temps et de ressources importantes qui auraient pu servir à la prévention. La philosophie qui prévaut dans un système axé sur la contestation est peu compatible avec celle de la prévention. Les recours juridiques, avec le stress important que cela comporte pour le travailleur impliqué et les chances de succès mitigées, même en présence d'un bon dossier, découragent les travailleurs de rapporter les conditions à risque et les lésions subies et d'initier le processus de demande d'indemnisation. La connaissance d'un travailleur qui a subi un refus après de longues et ardues démarches a un effet encore plus dissuasif sur ses collègues de travail. Tout ce système concourt au développement d'une culture de méfiance plutôt que de prévention.

Dans le réseau public, on invoquera à l'occasion que cela permet de limiter les dépenses liées aux demandes injustifiées des travailleurs. Mais rien n'est moins certain. Les cas d'abus sont minoritaires. La vaste majorité des personnes, travailleurs comme employeurs, ne sont pas des fraudeurs. Au contraire, avec les façons de faire actuelles, nous croyons que des sommes considérables sont dépensées pour faire fonctionner un système qui profite à certaines personnes, certains médecins et avocats en particulier, plutôt qu'aux travailleurs et la société en général. Donnons l'exemple suivant, réel, d'une travailleuse œuvrant dans le réseau public. Cette dame a développé une maladie pulmonaire professionnelle qui a été reconnue par divers médecins traitants et pour laquelle une relocalisation a été recommandée. L'état de santé de la personne s'est considérablement et rapidement amélioré suite au retrait du milieu de travail et la personne qui l'a remplacée au même poste a vu à son tour sa condition respiratoire se détériorer. La demande d'indemnisation de la première travailleuse a été contestée par l'employeur et celui-ci a investi d'importantes ressources pour contrer la preuve de cette maladie pourtant évidente, plutôt que de rétroagir de façon rapide à la correction du problème à la source. Tout cela a

coûté cher aux contribuables, en plus de priver d'autres travailleurs des bénéfices de la prévention.

Bien qu'il soit difficile de chiffrer les impacts économiques de l'absence de reconnaissance des lésions professionnelles et de l'investissement disproportionné en contestation des demandes d'indemnisation, il nous semble clair que d'importantes ressources sont utilisées aux dépens de la santé des travailleurs et de coûts importants que le système de santé doit assumer. Pourtant, tant du point de vue de la société que de l'entreprise, l'investissement en prévention serait bien plus rentable, même à court et moyen terme.

## **2. LA PRÉVENTION**

### **2.1 Couverture des travailleurs par la *Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST)***

Adoptée il y a 30 ans, la Loi sur la santé et la sécurité du travail demeure très actuelle. Jugée avant-gardiste à l'époque, elle est fondée sur des principes modernes auxquels se rallient désormais la majorité des pays développés. Après tout ce temps cependant, plus de trois travailleurs sur quatre ne bénéficient toujours pas des mécanismes de gestion participative de la santé et sécurité du travail (comité de santé et sécurité, représentant à la prévention) pourtant au cœur de la LSST. Il en est de même pour l'accès aux services de santé préventifs offerts par le réseau de santé publique en santé au travail auxquels ils devaient avoir accès. L'application progressive de la loi à l'ensemble des entreprises québécoises ne s'est pas concrétisée sous la gouverne actuelle de la CSST et ce processus est paralysé depuis plus de 15 ans, sans raison apparente. Cette situation prive donc le trois quart des travailleurs et des milieux de travail du plein potentiel de la loi qui vise la prévention des problèmes de santé.

### **2.2 Gouvernance en santé et sécurité du travail**

#### *Au niveau de l'entreprise*

La structure paritaire patronale-syndicale (comité de santé et sécurité) au niveau de l'entreprise nous apparaît toujours comme un mécanisme de base à maintenir et à renforcer. Il en va de même pour la présence d'un représentant à la prévention qui est un mécanisme qui doit être non seulement maintenu, mais renforcé. Cette implication de travailleurs, notamment par un représentant à la prévention, est centrale à la prise en charge des risques à la santé et à la sécurité par l'entreprise elle-même. La loi devrait prévoir une obligation par ce dernier, et non seulement une possibilité, de signaler à la CSST toute anomalie mettant en danger la SST qui n'est pas prise en charge en temps utile.

#### *Au niveau provincial*

Sur son site internet, on peut lire que l'Organisation internationale du travail (OIT) est l'agence tripartite de l'ONU qui rassemble gouvernements, employeurs et travailleurs de ses États membres dans une action commune pour promouvoir le travail décent à travers le monde. Plusieurs pays ont une structure tripartite de gouvernance en santé et sécurité du travail. La structure bipartite actuelle au Québec ne permet pas aux acteurs gouvernementaux de jouer leur rôle dans la gouvernance de la SST, et donc dans les orientations et décisions de ce domaine crucial dans la société. En effet, des acteurs tels que le ministère de la santé et des services sociaux et le ministère du travail ne font pas partie de la structure de gouvernance actuelle, ce qui, selon nous, ne permet pas d'obtenir

le nécessaire équilibre des forces sociétales pour faire les choix qui s'imposent en matière de santé et sécurité du travail, tout en tenant compte des préoccupations de tous les acteurs. Nous constatons ce retard législatif qui nuit à la protection de la santé des travailleurs et travailleuses du Québec. De plus, nous nous inquiétons que, malgré les vertus que le paritarisme ait démontré au niveau des entreprises pour favoriser l'émergence d'initiatives préventives, le même paritarisme présent au niveau décisionnel le plus élevé, que ce soit le C.A. de la CSST ou certains comités de travail, contribue, lorsque les parties divergent d'opinion sur des sujets fondamentaux, à paralyser le processus décisionnel, freinant ainsi les avancées québécoises en santé au travail. Pour continuer à progresser au Québec, il faut instituer un mode de gouvernance qui favorise une bonne réflexion, mais qui permet d'adopter une orientation et des pistes d'action, malgré l'absence d'unanimité sur une question. Autant nous valorisons la prise en charge paritaire (employeur-travailleur) de sa propre santé et sécurité par le milieu de travail, avec l'accompagnement nécessaire et les obligations qui s'y rattachent, autant la gouvernance au niveau national doit permettre à tous les acteurs sociétaux concernés de participer pleinement aux décisions de façon tripartite pour éviter la paralysie.

### **2.3 Application et mise à jour de la LSST et de sa réglementation**

Le Règlement sur la santé et la sécurité du travail contient plusieurs normes totalement désuètes qu'il a été impossible de moderniser. L'exemple du bruit en est un exemple patent. Lors de l'adoption du règlement il y a des décennies, le législateur avait déjà prévu une diminution des seuils tolérés. En effet, à l'article 142, il est mentionné que « Le temps d'exposition permis pour tout travailleur à chaque niveau de bruit indiqué au tableau précédent est diminué de moitié [notre emphase], à compter d'une date qui sera déterminée par règlement en vertu de l'article 223 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail », suggérant la reconnaissance que le compromis d'époque n'était pas suffisamment protecteur. Trente ans plus tard, nous attendons toujours ledit règlement pour cette diminution de moitié... Le Québec est actuellement la dernière province canadienne à tolérer des niveaux aussi dangereux pour la santé auditive des travailleurs. Plusieurs autres exemples de désuétude des normes québécoises pourraient être évoqués et ils représentent autant de symptômes de la difficulté d'obtenir l'unanimité de deux parties (patronale et syndicale) dont les points de vue sont souvent divergents.

Le retrait préventif du travailleur est un mécanisme fort prometteur pour protéger la santé des travailleurs qui n'a jamais vu d'application concrète. L'absence de réglementation pour ce droit a rendu pratiquement inopérant les articles de loi qui y réfèrent. Ceci entraîne des surexpositions chroniques à des contaminants pourtant reconnus pour leur toxicité et, ultimement, à des maladies pourtant évitables. On ne peut retirer le travailleur de cette exposition sans perte de revenus, tel que le prévoyait la loi. Le cas de l'exposition au plomb, une exposition dont les effets délétères sont très bien documentés, en est un exemple probant. À la fin des années 90, un comité de travail CSST-MSSS-Réseau de santé publique en santé au travail a tenté sans succès de produire un guide d'application du retrait préventif dans les cas où la surexposition des travailleurs entraîne un niveau de plombémie qui comporte des dangers. Malgré l'abondance de littérature scientifique sur les effets du plomb aux niveaux proposés pour appliquer le droit de retrait préventif, la CSST ne s'est jamais engagée officiellement pour permettre au travailleur qui ne pouvait être réaffecté d'être retiré de son milieu, tout en étant protégé par la loi et sans préjudice financier. Plusieurs travailleurs doivent donc, encore aujourd'hui, demeurer exposés à des niveaux préjudiciables à leur santé.

### **2.4 Rôle du réseau de santé publique**

D'abord, nous sommes d'avis que le réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) doit demeurer un acteur central dans le régime de santé et sécurité du travail au Québec, comme le prévoit actuellement la LSST.

L'application de la LSST à tous les milieux de travail du Québec nécessitera certainement un rehaussement notable des ressources du réseau de santé publique en santé au travail. Ceci constituerait un contexte favorable pour réévaluer et optimiser les interventions du réseau auprès de l'ensemble des milieux de travail du Québec. De son côté le RSPSAT a conduit récemment une démarche de planification stratégique qui a amené l'identification de 4 orientations prioritaires, ce qui constitue un atout pour rendre plus efficiente et pertinente son offre de services aux entreprises.

Sans aller dans les détails, les obligations faites aux médecins responsables au regard des examens médicaux sur l'aptitude au travail dans le cadre des PSSE doivent être modernisées en fonction des connaissances actuelles et des données probantes, notamment au regard des alinéas 3, 4 et 6 de l'article 113.

La LSST prévoit des responsabilités importantes pour le directeur de santé publique. Celles-ci doivent être maintenues, voire renforcées. Notamment, au chapitre de la surveillance de l'état de santé des travailleurs et de ses déterminants, diverses dispositions législatives, tant dans la LSST que dans la Loi sur la santé publique (LSP), donnent des responsabilités au directeur de santé publique pour la collecte de données et la réalisation d'études ou enquêtes épidémiologiques. La LSP prévoit aussi des pouvoirs d'enquêteur dans les cas de menaces réelles ou appréhendées à la santé, ce qui inclut le milieu de travail. Les articles de la LSST devraient être modernisés pour être harmonisés avec la LSP et ainsi clarifier l'accès à toutes les données jugées pertinentes et acceptées par le comité d'éthique de santé publique. Il doit y avoir un financement adéquat pour réaliser les enquêtes ou études nécessaires. Ainsi, la responsabilité de surveillance de l'état de santé des travailleurs du Québec (surveillance populationnelle), fonction essentielle de santé publique, doit s'exercer dans l'ensemble des milieux de travail du Québec ou des secteurs particuliers, en ayant accès à toutes les données pertinentes pour mieux comprendre la nature et les déterminants des problèmes de santé, incluant les traumatismes (accidents) professionnels.

Par ailleurs, la LSP rend le ministre de la santé et des services sociaux d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique (Loi sur la santé publique, art. 54). Nous considérons que l'expertise scientifique sur les questions relatives aux normes d'exposition et aux examens médicaux réglementaires relèvent des compétences du secteur de la santé et devraient donc lui être confiées par le législateur. Ainsi, l'évaluation des risques à la santé en fonction des niveaux d'exposition devrait être sous la gouverne du secteur de la santé. La gestion des risques, soit la décision faite à partir des données scientifiques, se ferait dans une structure tripartite, permettant aux parties actuelles, avec les acteurs gouvernementaux dont le secteur santé, de faire leurs représentations et arbitrages nécessaires.

## **2.5 Services d'inspection**

Les pouvoirs de l'inspecteur doivent être rehaussés afin de rendre plus opérante la LSST, notamment au regard des structures de prise en charge et des obligations faites aux milieux de travail. La loi devrait prévoir des obligations de sanction pour éviter la trop grande tolérance face à certains risques par rapport à d'autres (par exemple, tolérance zéro face à la sécurité des machines, face à la silice et à l'amiante dans le secteur de la construction,

versus une grande tolérance par exemple face au bruit excessif et aux fumées de soudage hors normes dans d'autres secteurs).

Il nous apparaît important de réfléchir sur le rattachement administratif et hiérarchique actuel des services d'inspection. En effet, dans le Livre blanc de Pierre Marois, il était mentionné que « Il est également proposé que l'inspection relève directement du ministre, car il est important que le gouvernement continue à assumer lui-même la responsabilité du contrôle des normes et des règlements de santé et de sécurité. » En effet, les normes et les règlements de santé et de sécurité peuvent être plus difficilement appliqués de façon rigoureuse et équitable si les personnes responsables de leur application sont sous la gouverne de la mutuelle d'assurance. Les exemples d'application différenciée des normes actuelles nous laissent penser qu'on devrait revoir la gouvernance des services d'inspection afin d'optimiser leur utilité et leur efficacité.

## **2.6 Obligations légales des employeurs et des travailleurs**

Les autorités en santé et sécurité du travail ne devraient plus tolérer des situations qui exposent dangereusement des travailleurs alors que des solutions sont connues et applicables. L'augmentation des amendes promulguée par l'adoption du projet de loi no. 35 en 2009 constitue un pas dans la bonne direction pour renforcer et appuyer un message clair sur les obligations en matière de SST et les conséquences de son non-respect. Pour les milieux de travail qui tardent ou négligent de mettre en place les mesures préventives reconnues efficaces, des amendes exemplaires devraient être appliquées. On devrait envisager de renforcer les dispositions pénales prévues dans la LSST et rehausser les pouvoirs de l'inspecteur dans ses prérogatives d'arrêter les travaux dans une entreprise, non seulement pour les dangers imminents, mais aussi pour les risques chroniques susceptibles d'entraîner des problèmes de santé à terme pour lesquels il y a déni ou négligence de la part de l'employeur. Une stratégie de « tolérance zéro » devrait s'appliquer à un plus grand nombre de situations que celles actuellement mises de l'avant par la CSST. Bien que louable, ces efforts demeurent insuffisants. Trop de travailleurs sont encore exposés à chaque jour à des niveaux dépassant les normes légales.

Par ailleurs, la CSST devrait conseiller le gouvernement du Québec sur la pertinence de faire des représentations auprès du gouvernement fédéral pour renforcer les dispositions du Code criminel canadien qui prévoit depuis quelques années des poursuites en cas de négligence criminelle. En effet, à notre connaissance, malgré l'intention, le peu de poursuites et l'absence de condamnation depuis la promulgation de ces dispositions du Code criminel nous questionnent fortement sur l'applicabilité concrète de cette menace pour les personnes négligentes.

À l'instar d'autres provinces canadiennes, le régime doit prévoir : (1) l'obligation pour les employeurs d'établissements d'une certaine taille dans tous les secteurs (a) d'avoir une politique et/ou un programme écrit de prévention, (b) d'instituer un comité conjoint de SST ou de faire élire un représentant des travailleurs en SST selon la taille de l'établissement, (c) d'allouer du temps pour la formation des membres des comités ou représentants SST, (2) l'obligation de diligence raisonnable pour les superviseurs, (3) des dispositions pénales sévères (amendes et peines de prison) en cas d'infraction.

## **3. RECOMMANDATIONS**

### **3.1 Concernant la réparation et la LATMP**

Afin de corriger la situation précédemment décrite, nous proposons quelques recommandations générales et spécifiques.

1. Revoir l'ensemble du système de réparation dans l'objectif de rendre le processus visant à déterminer l'origine professionnelle des lésions, équitable, objectif, transparent et moins complexe.
2. Mettre sur pied un système public d'expertise multidisciplinaire indépendant, unique pour les travailleurs et employeurs, regroupé autour de départements ou services cliniques, dans des établissements de santé et de services sociaux, afin de bénéficier de l'encadrement des mécanismes actuels d'assurance de la qualité des actes (évaluation par les pairs).
3. S'assurer de l'utilisation des mêmes critères d'évaluation pour l'ensemble des maladies professionnelles, incluant les maladies pulmonaires.
4. S'assurer que la détermination de la relation entre une maladie donnée et une exposition professionnelle soit en définitive effectuée par des médecins bien formés, sur la base de critères explicites, et basée sur des données probantes.
5. Assurer la disponibilité et la qualité des données d'exposition nécessaires à l'évaluation des demandes d'indemnité.
6. Simplifier le processus d'indemnisation et les formulaires et offrir une aide en ligne pour le médecin ou le travailleur qui doivent remplir un formulaire.
7. Revoir et mettre à jour, avec un groupe de professionnels compétents en la matière qui se basera sur les connaissances scientifiques et la nosologie, la liste des maladies professionnelles de l'annexe 1 pour lesquelles la présomption devrait s'appliquer.
8. Mettre à jour le barème des dommages corporels en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques et de la nosologie.
9. S'assurer d'un minimum de services spécialisés en santé au travail dans toutes les régions du Québec, offrant toute la gamme des services en médecine du travail et autres domaines reliés (notamment hygiène du travail, ergonomie, physiothérapie, ergothérapie, audiologie, psychologie), du suivi des cas dépistés jusqu'à la réhabilitation des lésions professionnelles.

### **3.2 Concernant la prévention et la LSST**

1. Que l'ensemble des dispositions législatives, notamment au chapitre des obligations, responsabilités, droits et mécanismes préventifs prévus par la LSST, soit appliqué à tous les travailleurs du Québec, et ce de façon immédiate et obligatoire. Nous faisons de cette recommandation un enjeu majeur et central de la révision du régime de santé et sécurité du travail.
2. Le Comité de santé et sécurité en entreprise, tel que défini par la loi, doit répondre à certaines exigences pour être efficace et jouer son rôle préventif de prise en charge des problèmes par l'entreprise elle-même :
  - a. il doit être à caractère obligatoire pour toute entreprise du Québec; pour les très petites entreprises (par exemple moins de 5-10 travailleurs), cette

- obligation pourrait être assouplie tout en maintenant l'obligation d'un mécanisme paritaire bipartite obligatoire;
- b. il doit jouir des pouvoirs décisionnels nécessaires et des moyens pour appliquer ses décisions; à cet égard, il est nécessaire de continuer à éduquer et soutenir les milieux de travail, mais aussi de rehausser les pouvoirs de l'inspecteur pour qu'il puisse exiger, voire sanctionner les employeurs qui tardent ou s'objectent; une stratégie de type « tolérance zéro » devrait être prévue à terme, à l'instar d'opérations menées par la CSST ces dernières années dans des secteurs ou pour des risques spécifiques.
3. La présence d'un représentant à la prévention, tel que défini dans la présente loi, devrait être à caractère obligatoire dans toute entreprise québécoise, sans égard au nombre de travailleurs ou au secteur d'activité économique.
  4. À l'instar d'autres provinces canadiennes, le régime doit prévoir : (1) l'obligation pour les employeurs d'établissements d'une certaine taille dans tous les secteurs (a) d'avoir une politique et/ou un programme écrit de prévention, (b) d'instituer un comité conjoint de SST ou de faire élire un représentant des travailleurs en SST selon la taille de l'établissement, (c) d'allouer du temps pour la formation des membres des comités ou représentants SST, (2) l'obligation de diligence raisonnable pour les superviseurs, (3) des dispositions pénales sévères (amendes et peines de prison) en cas d'infraction.
  5. Il doit y avoir des formes de reddition de compte de l'entreprise sur les efforts et les résultats en prévention; à cet égard, un écrit minimal (plan d'action) devrait obligatoirement être produit périodiquement et rendu disponible non seulement au milieu de travail, mais aux autorités de santé au travail et de santé publique; les efforts et les réalisations pour réduire les risques ou améliorer la gestion de la SST devraient être récompensés financièrement et d'autres façons.
  6. Moderniser et renforcer le rôle du réseau de santé publique en santé au travail en fonction des responsabilités des autorités de santé publique notamment en matière de surveillance de la santé des travailleurs et de leurs déterminants, de détermination des seuils-santé reconnus protecteurs de la santé et sécurité des travailleurs et de l'évaluation des mesures préventives efficaces ou prometteuses.
  7. La gouvernance des services d'inspection devrait être revue afin de maximiser leur efficacité à faire respecter les normes en vigueur de façon harmonisée, équitable et rigoureuse, dans l'esprit de certaines opérations de « tolérance zéro » mises de l'avant par la CSST.
  8. La gouvernance au niveau national doit permettre à tous les acteurs sociétaux concernés dont le secteur de la santé, incluant la santé publique, de participer pleinement aux décisions en matière de santé et sécurité de travail de façon tripartite (gouvernemental, patronal, syndical).

## Références

- Baril R et al. (1994) Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation. IRSST.
- Buijs P, Weel A (2005). « General health care and the work-relatedness: a blind spot? » Congrès de ICOH, Helsinki.
- CMQ 2006. La médecine d'expertise. Guide d'expertise du Collège des médecins du Québec.
- Isler M, Gérin M, Jacques L *et al.* (2006). Rapport du Comité sur l'enseignement de la médecine du travail et de la médecine environnementale à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal.
- Lippel K *et al.* (2005) Traiter la réclamation ou traiter la personne? Les effets du processus sur la santé des personnes victimes de lésions professionnelles. Université du Québec à Montréal. ISBN 2-9801745-8-0
- Lippel K. (2007) Workers describe the effect of the workers' compensation process on their health: a Québec study. *Int J Law Psychiatry*. Jul-Oct;30 (4-5):427-43.
- Organisation internationale du travail. OIT. Site internet accédé le 2010-03-25 à <http://www.ilo.org/global/lang-fr/index.htm>
- Tarlo SM *et al.* (2008) Diagnosis and management of work-related asthma. American College of chest physicians Consensus statement. *Chest*. 134 (3) Suppl. 1S-41S