

# MÉMOIRE

présenté à la Commission de l'économie  
et du travail dans le cadre de l'étude  
du projet de loi n° 59

Loi modernisant le régime de santé et  
de sécurité du travail

**POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX  
MÉCANISMES DE PRÉVENTION  
ET UNE MEILLEURE PROTECTION  
DES DROITS**

**Par l'Alliance du personnel professionnel et technique  
de la santé et des services sociaux**



Janvier 2021

## TABLE DES MATIÈRES

PRINCIPAUX ACRONYMES UTILISÉS.....	3
PRÉSENTATION DE L'APTS .....	4
RÉSUMÉ .....	5
INTRODUCTION.....	7
PORTRAIT SOMMAIRE DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES SUBIES PAR LES MEMBRES DE L'APTS .....	9
Résultats d'une enquête interne sur la détresse psychologique .....	9
Données de l'assurance salaire .....	10
Données de la CNESST .....	11
PARTIE 1 - LA PRÉVENTION / LOI SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL.....	13
1.1. RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE .....	14
1.1.1. Paiement des indemnités de remplacement de revenu (IRR) préalablement à l'accouchement.....	16
1.2. OBLIGATIONS DES EMPLOYEURS .....	16
1.2.1. Violence au travail.....	17
1.2.2. Obligation d'identifier et d'évaluer les risques psychosociaux .....	18
1.3. MÉCANISMES DE PRÉVENTION .....	18
1.2.3. Programme de prévention .....	18
• Réglementation relative au programme de prévention .....	19
• Élaboration non paritaire du programme de prévention .....	20
• Programme de prévention multiétablissement.....	20
• Critère unique : exercer des activités de même nature .....	22
• Contenu du programme de prévention .....	22
1.2.4. Comité de santé et de sécurité .....	23
• Comité de santé et de sécurité multi-établissement.....	23
• Composition du comité de santé et de sécurité .....	24
• Fonctions du comité de santé et de sécurité .....	25
• Invitation d'un expert par le comité de santé et sécurité .....	26
1.2.5. Représentant-e en santé et sécurité du travail .....	26
• Fonctions du ou de la représentant-e en santé et sécurité .....	26
• Représentant-e en santé et sécurité dédié-e au comité de santé et de sécurité multiétablissement .....	27
• Réglementation entourant la désignation du ou de la représentant-e en santé et en sécurité.....	27
1.2.6. Programme de santé spécifique à un établissement et entente-cadre .....	28
• Rôle crucial du réseau de la santé publique en santé au travail.....	28
1.4. RÔLE DU MÉDECIN QUI A CHARGE DE LA SANTÉ .....	29
1.5. ASSOCIATIONS SECTORIELLES PARITAIRES .....	29
1.6. SERVICES D'INSPECTION .....	30
1.7. POUR UNE VÉRITABLE MODERNISATION .....	30

PARTIE 2 - LA RÉPARATION / LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES	
PROFESSIONNELLES.....	32
2.1. MALADIES PROFESSIONNELLES.....	32
2.1.1. Règlement sur les maladies professionnelles .....	32
2.1.2. Liste des maladies professionnelles et blessures psychologiques .....	34
2.1.3. Conditions particulières à la liste des maladies professionnelles .....	36
2.2. RÉADAPTATION.....	37
2.2.1. Réadaptation avant la consolidation.....	37
2.2.2. Réadaptation après la consolidation.....	39
2.2.3. Réadaptation professionnelle .....	40
2.3. SERVICES DE SANTÉ ET ASSISTANCE MÉDICALE.....	42
2.4. PROCÉDURE D'ÉVALUATION MÉDICALE .....	44
2.4.1. Pouvoirs du ou de la membre du bureau d'évaluation médicale .....	44
2.4.2. Nouveaux délais .....	45
CONCLUSION.....	47
RECOMMANDATIONS.....	50

# PRINCIPAUX ACRONYMES UTILISÉS

**APTS** : Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux

**BEM** : Bureau d'évaluation médicale

**CCTM** : Comité consultatif du travail et de la main-d'œuvre

**CNESST** : Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail

**CRDI** : Centre de réadaptation en déficience intellectuelle

**CSS** : Comité de santé et sécurité du travail

**CSST** : Commission de la santé et de la sécurité du travail

**INSPQ** : Institut national de santé publique du Québec

**IRR** : Paiement des indemnités de remplacement de revenu

**IRSST** : Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail

**LATMP** : Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

**LSST** : Loi sur la santé et la sécurité du travail

**MSSS** : Ministère de la Santé et des Services sociaux

**RAC** : Résidence à assistance continue

**RPA** : Résidences privées pour aînés

**RPS** : Risques psychosociaux

**RPTEA** : Retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite

**RSPSAT** : Réseau de la santé publique en santé du travail

**RSSS** : Réseau de la santé et des services sociaux

**SCIAN** : Système de classification des industries de l'Amérique du Nord

**SISP** : Secrétariat intersyndical pour les services publics

**SST** : Santé et sécurité du travail

**TMS** : Trouble musculosquelettique

# PRÉSENTATION DE L'APTS

L'Alliance du personnel professionnel et technique de la santé et des services sociaux (APTS) est une organisation syndicale représentant quelque 60 000 personnes professionnelles et techniciennes qui pratiquent dans la grande majorité des établissements du réseau québécois de la santé et des services sociaux. Elle a pour mission de défendre les droits de ses membres par la négociation et l'application de sa convention collective ainsi que de promouvoir leurs intérêts.

Elle regroupe la majorité du personnel professionnel et technique du réseau public de la santé et des services sociaux du Québec, et est la seule organisation syndicale à représenter exclusivement cette catégorie, identifiée comme la catégorie 4 dans le réseau.

L'APTS rassemble une expertise large et diversifiée puisque ses membres occupent plus d'une centaine de titres d'emploi différents dans des domaines aussi variés que les services diagnostiques, les services psychosociaux, la nutrition, la réadaptation, la prévention et le soutien clinique.

Les membres de l'APTS travaillent dans des établissements qui ont différentes missions : centres hospitaliers, CLSC, CHSLD, centres jeunesse et centres de réadaptation. L'APTS a donc une vue à la fois globale et spécifique sur l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux.

La majorité de nos membres travaillent dans les CISSS ou les CIUSSS<sup>1</sup>. Ces centres comprennent différentes installations dont les CHSLD, RPA, CRDI et RAC, centres jeunesse, centres hospitaliers, CLSC. Chacun des CISSS ou CIUSSS peut comprendre de 384 à 12 000 personnes salariées de la catégorie 4. Depuis l'implantation d'OPTILAB s'ajoutent aux structures des CISSS et des CIUSSS celles qui sont reliées au secteur d'activité des laboratoires. Actuellement les laboratoires, même s'ils sont attenants à un centre hospitalier régional, relèvent du CHUM, du CUSM ou d'un autre centre qui héberge différents laboratoires. Les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSS) comportent donc un nombre considérable d'installations distinctes.

Si les titres d'emploi représentés par l'APTS sont diversifiés, les conditions de travail de ses membres et les risques présents dans leur milieu de travail sont également très variés.

En raison de son effectif composé à 86 % de travailleuses, notre organisation syndicale est également très concernée par la situation des femmes au travail et par toute condition affectant leur santé et leur sécurité.

---

<sup>1</sup> L'APTS est présente dans 19 CISSS ou CIUSSS, 17 établissements privés conventionnés (EPC), 3 centres universitaires (CHUM, CUSM, CHU de Québec-Université Laval), des établissements hors réseau (Institut national de santé publique du Québec, Héma-Québec, Centre de recherche du CHU de Québec) et dans 2 instituts (Institut de cardiologie de Montréal et Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec).

# RÉSUMÉ

Une loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail est attendue depuis 40 ans, autant dire que le projet de loi n° 59 (PL 59) est l'objet d'un niveau élevé d'attentes.

L'APTS accueille favorablement l'application des mécanismes de prévention à l'ensemble des secteurs de travail du Québec. En modifiant ainsi la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), le PL 59 permet de créer un comité de santé et sécurité du travail (CSS), de nommer un·e représentant·e à la prévention et oblige les employeurs à élaborer un programme de prévention dans les entreprises employant au moins 20 personnes.

Toutefois, l'application de ces mécanismes de prévention est compromise par la réglementation qui l'accompagne. Ainsi le PL 59 prévoit que le pouvoir du comité paritaire et du ou de la représentant·e en santé et sécurité sera déterminé en fonction du risque (faible, moyen ou élevé). Selon cette catégorisation les milieux de travail de nos membres sont évalués pour la plupart « à faible risque ». Le niveau d'absentéisme croissant dans le RSSS, associé à des problèmes de santé mentale ou à la présence de troubles musculosquelettiques (TMS), démontre plutôt la présence de risques considérables dans ces milieux de travail, minimisés par cette catégorisation.

Très sceptique quant à la pertinence de mettre en place des protocoles « universels » pour définir les dangers qui menacent la travailleuse enceinte ou qui allaite, l'APTS recommande le maintien dans son intégralité du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (RPTEA).

L'APTS désapprouve également les changements apportés à la LSST qui confèrent à l'employeur un plus grand contrôle en prévention en lui confiant le pouvoir exclusif d'élaborer le programme de prévention et de choisir le médecin. Nous estimons qu'il s'agit là d'une atteinte au paritarisme, qui a toujours été retenu comme un principe fondamental de la LSST.

Le PL 59 modifie aussi de façon importante la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP).

Nous déplorons que l'objectif de moderniser la Loi ouvre la porte à l'octroi de pouvoirs à notre avis injustifiés à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), notamment en ce qui a trait aux maladies professionnelles, à la réadaptation et à l'assistance médicale (services de santé). Ces modifications nous incitent à croire que l'exercice vise à rationaliser les coûts au détriment du respect de l'esprit de la Loi.

Le PL 59 diminue grandement la prépondérance de l'opinion du médecin qui a charge de la personne salariée, particulièrement par l'ajout de la nouvelle section « réadaptation avant consolidation » et par les nouveaux pouvoirs permettant au ou à la membre du bureau d'évaluation médicale (BEM) d'établir seul·e les atteintes permanentes et les limitations fonctionnelles lorsqu'il ou elle décide de la date de consolidation.

Trahissant elles aussi les objectifs de la Loi, ces modifications constituent des reculs importants pour les droits des travailleur·euse·s.

Afin de moderniser réellement la Loi, le PL 59 doit privilégier l'adaptation de la liste des maladies professionnelles à l'évolution du monde du travail, en la conservant tout en favorisant l'application de la présomption à des problèmes de santé qui affectent les travailleur·euse·s offrant des services à la population, et ce, plus particulièrement en ce qui a trait aux TMS et aux troubles mentaux. Les conditions particulières pour la reconnaissance de certaines maladies sont beaucoup trop limitatives.

Pour permettre la réadaptation professionnelle, le PL 59 doit tenir compte des obligations et responsabilités du syndicat afin d'intégrer correctement la relation tripartite lors du processus d'accommodement visant à déterminer l'emploi convenable.

Nous estimons que la meilleure façon de mettre un frein aux dépenses grandissantes liées au régime de réparation de la LATMP est d'axer la réforme sur l'amélioration du régime de prévention et d'obliger les employeurs à régler à la source les situations provoquant des accidents du travail et des maladies professionnelles.

# INTRODUCTION

C'est pour porter la voix de cet effectif majoritairement féminin et dont les milieux de travail sont très diversifiés que nous avons revendiqué aux cours des années l'abolition des groupes prioritaires et l'application des mécanismes de prévention compris dans la LSST pour tous les secteurs d'activités du Québec. Actuellement les groupes prioritaires (1, 2 et partiellement 3) qui ont accès aux mécanismes de prévention sont des secteurs où l'on retrouve une forte majorité d'hommes. Nous avons également suivi de près les travaux portant sur la modernisation du régime en santé et sécurité du travail (SST)<sup>2</sup> afin de nous assurer, entre autres, que le Programme de maternité sans danger soit conservé dans son intégralité en tant que mesure de prévention essentielle pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent.

De 2009 à aujourd'hui, nous avons assisté à plusieurs tentatives et projets visant la modernisation du régime en SST. Ils ont échoué en raison de l'absence de consensus patronal-syndical sur des enjeux cruciaux du régime de prévention et de réparation de la SST. En 2017, le Comité consultatif du travail et de la main-d'œuvre (CCTM)<sup>3</sup> a transmis un avis sur la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail à madame Dominique Vien, alors ministre responsable du Travail. Ce rapport a fait l'objet d'un pacte de non divulgation de sorte que nous n'en avons pris connaissance qu'en 2019. Nous constatons que plusieurs recommandations contenues dans le rapport du CCTM se trouvent dans le PL 59. L'APTS tient d'entrée de jeu à préciser qu'elle n'a pas eu droit de parole sur ces recommandations.

À l'occasion de la conférence de presse portant sur le PL 59, le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Jean Boulet, a annoncé que dorénavant toutes les entreprises comptant 20 travailleurs et travailleuses et plus seront assujetties à tous les mécanismes de prévention, et que par conséquent 94 % des travailleurs et travailleuses seraient couvert·e·s par la LSST.

L'APTS estime pour sa part que dans sa version actuelle le PL 59 affaiblit l'application des mécanismes de prévention prévus à la LSST et, surtout, réduit considérablement les droits des victimes de lésions professionnelles. C'est ce que nous comptons démontrer dans les pages qui suivent.

Nous nous adressons aux membres de la Commission de l'économie et du travail pour livrer un message clair. Sans l'accès aux mécanismes de prévention et sans l'obtention de conditions pour favoriser la présence des travailleurs et travailleuses dans les mécanismes de participation, nous ne pourrions pas

---

<sup>2</sup> 2009, rapport Viateur Camiré, COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (devenue CNESST), La modernisation du régime de santé et sécurité du travail, DC 200-266, 22 septembre 2011. En ligne : <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Pages/DC-200-266.aspx>; Loi visant principalement la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail et son application aux domestiques, 2017 et CCTM, *Avis sur la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail*, 21 juin 2017, en ligne : [https://www.travail.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Documents/cctm/Avis/Avis\\_CCTM\\_RSST.pdf](https://www.travail.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Documents/cctm/Avis/Avis_CCTM_RSST.pdf)

<sup>3</sup> *Id.*, Avis du CCTM

atteindre l'objectif de la LSST, soit l'élimination des dangers à la source pour garantir la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs et travailleuses. Nous ne voulons plus être à la merci de la bonne volonté des employeurs pour la mise en place de mesures de prévention.

Nous souhaitons également porter à l'attention de la Commission certains aspects des régimes de prévention et de réparation qui nous préoccupent, tels que la désuétude de certaines normes contenues dans le *Règlement sur la santé et la sécurité du travail* ou la question de la définition de lésion professionnelle et de ses présomptions. Nous croyons que la modernisation d'une loi consiste à la renouveler ou à la mettre à jour en profondeur. C'est en principe l'occasion d'intégrer des développements en matière de connaissances scientifiques ou portant sur les nouvelles réalités du marché du travail.

## PORTRAIT SOMMAIRE DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES SUBIES PAR LES MEMBRES DE L'APTS

Nous soumettons à la Commission de l'économie et du travail certaines données provenant de la CNESST sur les lésions professionnelles les plus fréquentes chez nos membres (groupe prioritaire 6), soit les TMS. Par ailleurs, nous croyons utile d'examiner des données provenant du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) sur les absences pour invalidité indemnisées par l'assurance salaire car dans le cas des lésions psychiques nos membres ont davantage recours au régime d'assurance salaire.

En janvier 2020, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a fait paraître une étude intitulée « *Inégalités de santé au travail entre les salariés visés et ceux non visés par les mesures préventives prévues par la loi sur la santé et la sécurité du travail* » dans laquelle on peut lire page 18 :

« ... l'absence d'accès des groupes 4, 5, 6 à certaines dispositions préventives de la LSST n'est pas justifiée, considérant les besoins en santé et sécurité de cette main-d'œuvre. D'abord, notons que trois quarts des salariés québécois œuvrent dans ces groupes, dont 84 % des femmes et 66 % des hommes, selon les données de l'ENM de 2011 ainsi que les données de l'EQSP de 2014-2015 (répartition des salarié·e·s très similaire). Or, les travailleurs·euses des groupes 4, 5 et 6 sont proportionnellement aussi touché·e·s sinon plus touché·e·s que les travailleurs·euses des groupes 1, 2 et 3 par les troubles musculo-squelettiques d'origine non traumatique liés au travail, l'absence du travail pour ces lésions et la détresse psychologique liées au travail, ainsi que par certaines contraintes professionnelles physiques et psychosociales associées à ces problèmes de santé. »

### Résultats d'une enquête interne sur la détresse psychologique

En 2016, l'APTS a mené une vaste enquête auprès de ses membres en les invitant à répondre à un questionnaire visant à évaluer les risques psychosociaux (RPS), en se référant à leur emploi principal. Les résultats ont démontré que la détresse psychologique est non seulement présente, mais qu'elle se situe bien au-delà de la moyenne provinciale<sup>4</sup>. Selon la moyenne des données des 33 secteurs évalués (radiologie, DI-TP-TED, santé mentale, soins à domicile, RFI, SAPA CHSLD, CLSC, etc.), 76,4 % des personnes répondantes vivent de la détresse psychologique, soit une majorité des secteurs ciblés par le sondage<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Selon la recherche EQCOTESST de septembre 2011, la moyenne nationale était établie à 32.9 % (pages 593 et 598)

<sup>5</sup> Résultats du sondage sur le site de l'APTS [https://www.aptsq.com/fr/nouvelle/ce-que-revele-notre-sondage-sur-la-sante-psychologique-de-nos-membres\\_3858.aspx?id\\_page\\_parent=12666](https://www.aptsq.com/fr/nouvelle/ce-que-revele-notre-sondage-sur-la-sante-psychologique-de-nos-membres_3858.aspx?id_page_parent=12666)

## Données de l'assurance salaire

Plus récemment, le MSSS a rendu publiques certaines données très révélatrices sur la santé psychologique des travailleur·euse·s du RSSS.

Dans son plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023, le MSSS précise :

« En 2017-2018, les heures en assurance salaire pour l'ensemble des établissements publics étaient de 24,5 millions d'heures, ce qui représente une hausse de 27,7 % comparativement à 2014-2015<sup>6</sup>. »

Cela équivaut à 13 250 emplois à temps complet et près de 39 % du nombre de dossiers actifs en assurance salaire comportaient un diagnostic de santé mentale.

Les diagnostics de santé mentale constituaient, en 2007-2008, la principale cause d'invalidité, avec 34 % des dossiers et 43 % des coûts en assurance salaire et en 2017-2018, les diagnostics de santé mentale et de TMS représentaient encore les deux premières causes d'absences payées par l'assurance salaire<sup>7</sup>.

Les services que nous offrons à nos membres nous enseignent que face à la détresse psychologique reliée au travail, ils et elles ont recours au régime d'assurance salaire pour bénéficier d'indemnités de courte ou de longue durée, ou encore pour le remboursement de soins (services professionnels, médicaments psychotropes, etc.). Bon nombre de personnes salariées ne veulent pas faire de réclamation à la CNESST même s'ils et elles estiment que leur condition de santé psychologique est reliée à leur travail. Différentes raisons expliquent ce choix. D'abord, les responsables des bureaux de santé (ou les employeurs) des établissements du RSSS par qui transigent les demandes d'indemnisation conseillent davantage de recourir à l'assurance salaire pour les demandes d'indemnisation comportant un diagnostic de santé mentale, prétextant que l'accès aux bénéfices est plus sûr et que le recours à la CNESST nécessite des démarches administratives fastidieuses. Le recours à l'assurance salaire évite à l'employeur l'imputation de coûts par la CNESST.

De plus, les membres de l'APTS sont avisé·e·s qu'il est difficile d'établir un lien entre certaines conditions de travail, par exemple la surcharge de travail, et un diagnostic de santé mentale et que pour y parvenir il faut disposer d'une preuve inattaquable.

---

<sup>6</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, *Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023*, Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux, 2019, p. 3. En ligne : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2019/19-287-01W.pdf>.

<sup>7</sup> *Id.*

Des conditions de travail éprouvantes peuvent s'ajouter à des événements difficiles sur le plan personnel et il semble qu'en de pareilles circonstances les travailleurs et travailleuses du RSSS choisissent de recourir au régime d'assurance salaire.

La chercheuse et auteure Katherine Lippel précise dans son ouvrage portant sur la notion de lésion professionnelle que:

« Lorsqu'on allègue que le travail a causé la lésion psychique, il est rare qu'une réclamation soit acceptée sur dossier, particulièrement lorsque la maladie psychique s'est développée graduellement. Même au niveau de l'appel, il n'est pas facile de faire accepter une lésion à caractère psychique<sup>8</sup>. »

Les données provenant de la CNESST démontrent que les lésions attribuables au stress en milieu de travail pour la période de 2016-2019 sont en augmentation. De façon plus spécifique, le nombre de lésions attribuables au stress a augmenté de 80,5 %, passant de 1 028 en 2016 à 1 856 en 2019<sup>9</sup>.

L'APTS constate un écart important entre les données de la CNESST reliées aux lésions attribuables au stress au travail (santé mentale) et celles qui proviennent du MSSS, ou des employeurs du RSSS, en matière d'assurance salaire pour motif de santé mentale.

Cet écart révèle une sous déclaration incontestable à la CNESST des lésions reliées à la santé mentale.

### **Données de la CNESST**

Les données qui proviennent de la CNESST démontrent que les lésions attribuables au stress en milieu de travail pour la période de 2016-2019 sont en augmentation. Le stress aigu résulte d'un événement traumatique (accident grave, vol à main armée, violence physique, menace de mort, etc.), alors que le stress chronique découle d'une situation qui se poursuit sur une longue période (harcèlement au travail, stress lié à la tâche et à l'organisation du travail, etc.). Ce sont les lésions de stress chronique dont la proportion augmente, passant de 15,2 % à 24,4 %<sup>10</sup>.

Dans son plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023, le MSSS précise que :

« De 2014-2015 à 2017-2018, les heures d'absences en CNESST pour l'ensemble des établissements publics ont augmenté de 34,1 % passant de 3,3 à 4,4 millions d'heures<sup>11</sup>. »

---

<sup>8</sup> Katherine LIPPEL, *La notion de lésion professionnelle*, Quatrième édition, Édition Yvon Blais, 2002, p.275

<sup>9</sup> CNESST, *Statistique sur la violence, le stress et le harcèlement en milieu de travail*, décembre 2020, p.16. En ligne : <https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300-331web.pdf>

<sup>10</sup> *Id.*

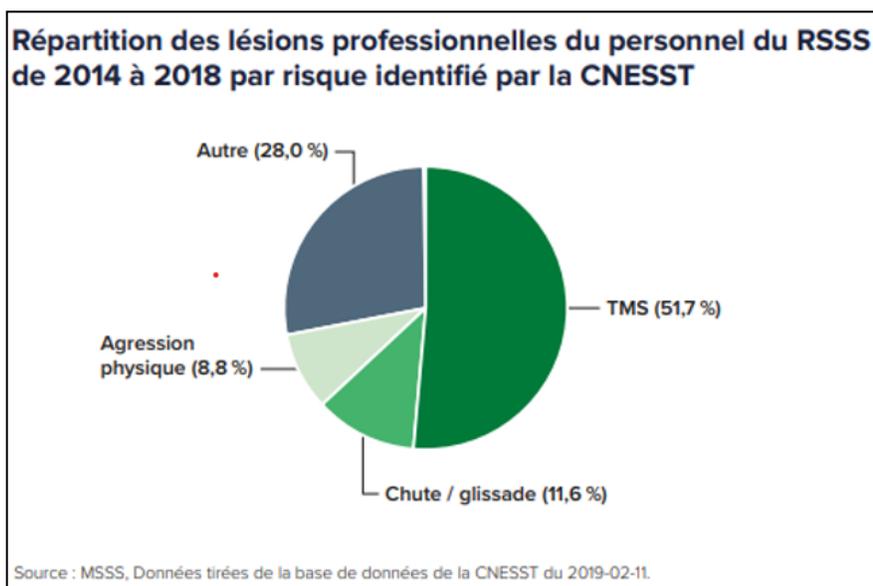
<sup>11</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, précité, note 5, p. 3

Ces heures représentent près de 2 400 personnes équivalent temps complet.

La CNESST fait aussi état de données démontrant l'augmentation des lésions professionnelles du personnel du RSSS de 2014-2018, en ce qui a trait aux réclamations reliées à des TMS, qui constituent sans conteste les lésions les plus fréquentes.

Comme le démontre le graphique ci-dessous, les TMS, les agressions physiques et les chutes représentent 72 % des lésions professionnelles déclarées pour la période de 2014 à 2018.

En 2016, les TMS représentaient 46 % des jours d'absence CNESST et 47 % des débours (58,7 M \$).



## **PARTIE 1 - LA PRÉVENTION / LOI SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL**

En 2012, le Secrétariat intersyndical pour les services publics (SISP) a préparé un mémoire portant sur le PL 60, visant la modernisation des régimes de SST. Ce projet de loi est resté sans suite en raison du changement de gouvernement. Toutefois les différents syndicats, dont l'APTS, ont partagé leur réflexion sur les valeurs et les principes devant s'appliquer en prévention.

« L'organisation de la prévention au Québec s'articule autour des valeurs et des principes énoncés dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST). Adoptée en 1979 cette loi a pour objet l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleuses et des travailleurs. Elle repose plus particulièrement sur quatre mécanismes fondamentaux de prévention devant être mis en place au sein d'un établissement appartenant à une catégorie identifiée par règlement. Ces mécanismes sont le programme de prévention, le programme de santé spécifique à l'établissement, le comité de santé et de sécurité ainsi que le représentant à la prévention.

(...)

Il n'est pas non plus sans importance de souligner que le législateur stipule dès l'article 2 relatif à l'objet de la loi, que la LSST établit les mécanismes de participation des travailleuses et des travailleurs et de leur association, ainsi que des employeurs et de leur association, à la réalisation de l'objet de la loi. [...] Ainsi il s'avère indéniable que la LSST vise la participation active de toutes les parties concernées<sup>12</sup>... »

Notre organisation syndicale compte poursuivre la défense de ces valeurs en lien avec les changements proposés par le PL 59 (volet prévention). Bien qu'en principe les mécanismes de prévention s'appliquent à tous les établissements comportant au moins 20 travailleur·euse·s, il n'en demeure pas moins que les règlements référant à leur application portent préjudice aux valeurs du paritarisme et à la collaboration des travailleur·euse·s et de leur association aux mécanismes de participation (CSS et représentant·e à la prévention). Par exemple, le CSS n'a plus à approuver le programme de santé. On retire également à cette instance paritaire le choix du médecin en charge de la santé au travail.

Le projet de loi prévoit aussi que le fonctionnement des comités paritaires et des représentant·e·s en santé et en sécurité sera déterminé en fonction du risque (faible, moyen ou élevé) du secteur d'activité de l'entreprise. Or la majorité de nos membres se retrouve dans la catégorie à risque faible.

Bref, alors qu'on a attendu 40 ans pour une réforme nous donnant accès aux mécanismes, le PL 59 demande à tous les secteurs d'activité à risque faible d'attendre jusqu'en 2025 pour avoir accès aux

---

<sup>12</sup> SISP, *Mémoire du Secrétariat intersyndical des services publics sur le projet de loi n° 60. Loi visant principalement la modernisation du régime de santé et sécurité du travail et son application aux domestiques*, juillet 2012. En ligne : [https://drive.google.com/file/d/1JT9wBNkQ2npHCBU4PUa2wY1o\\_74gho8m/view?usp=sharing](https://drive.google.com/file/d/1JT9wBNkQ2npHCBU4PUa2wY1o_74gho8m/view?usp=sharing)

moyens et aux effectifs pour intervenir en prévention. Et il y a lieu de craindre qu'en 2025 la date d'application soit de nouveau reportée.

Nous aborderons dans ce chapitre des aspects plus spécifiques de la LSST et reprendrons chacun des quatre mécanismes de prévention afin de présenter nos recommandations.

## 1.1. RETRAIT PRÉVENTIF DE LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE OU QUI ALLAITE

L'APTS s'inquiète de l'impact des dispositions du PL 59 sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (RPTEA).

On constate en effet à la lecture de l'article 142 du PL 59, créant les articles 48.1 et 48.2 à la LSST, que le Directeur national de la santé publique « élabore les protocoles visant l'identification des dangers et les conditions de l'emploi qui y sont associées ».

Toutefois, nous n'avons pas d'indication quant au contenu de ces protocoles. Nous ne savons pas qui sera chargé de les élaborer et de quelle manière leur mise à jour sera effectuée. Nous ne savons pas non plus en quoi les protocoles diffèrent des guides de pratique sur les dangers et les contraintes en milieu de travail pour la travailleuse enceinte développés par l'INSPQ. Certains de ces guides portent sur les effets du bruit sur la grossesse ou sur les contraintes ergonomiques comme les horaires de travail, la position en station debout et le soulèvement de charges, d'autres traitent des agresseurs biologiques comme le Parvovirus B19, la rougeole, etc.

Notre syndicat est aussi préoccupé par le fait qu'on veuille décrire à travers un protocole un danger « universel », applicable à tous les secteurs d'activité et de la même façon à toutes les travailleuses enceintes. Au contraire, en présence de risque ergonomique, chaque interaction entre un poste de travail et un corps humain est unique. Afin de définir les conditions justifiant un retrait pour la posture prolongée debout, il faut considérer la possibilité réelle de s'asseoir pendant l'accomplissement des tâches, la durée des pauses, le degré de mobilité de la posture, l'aménagement du poste, et ce, en rapport avec la physiologie changeante de la travailleuse enceinte et de ses caractéristiques spécifiques (poids, âge, souplesse). Pour l'instant, il n'y a presque pas de recherches portant sur ce type d'analyse.

N'ayant pas de réponse à ces questions, nous préférons aux articles 138 à 142 du PL 59 le maintien des articles 40 à 48 de la LSST actuelle.

L'article 139 du PL 59 introduit aussi de nouvelles modalités de délivrance du certificat du RPTEA qui ont pour conséquence de créer deux procédures selon que le danger fait l'objet d'un « protocole » élaboré par le Directeur national de la santé publique ou non.

- 1) S'il y a un protocole, le médecin traitant pourrait délivrer le certificat sans consulter le médecin chargé de la santé au travail (alors qu'actuellement le médecin traitant doit toujours consulter le médecin responsable ou la santé publique).
- 2) S'il n'y a pas de protocole, le médecin traitant doit consulter, avant de délivrer le certificat, le médecin chargé de la santé au travail ou, à défaut, la santé publique (comme c'est le cas actuellement).

Nous recommandons à la Commission de se pencher sur les conditions d'affectation appropriées pour les travailleuses enceintes ou qui allaitent. Dans certains secteurs d'activité du RSSS, l'employeur juge plus simple de retirer la travailleuse de son milieu de travail plutôt que d'évaluer le développement de tâches ou de postes exempts de danger pour elle.

Les travaux des auteures Gravel et Malenfant<sup>13</sup> nous présentent d'ailleurs certaines données relatives aux cinq catégories d'agresseurs les plus souvent rencontrés dans les milieux de travail justifiant le RPTEA :

- les agresseurs **ergonomiques** liés aux horaires, au rythme et à la charge de travail, au travail, au rendement ainsi qu'aux postures (soulever, pousser, tirer) sont en diminution depuis le début de la période de 2007 à 2010 : 49,3 % en 2007, 40,3 % en 2008, 34,7 % en 2009 et 38,2 % en 2010 (ce taux était près de 70 % dans les années 1990);
- les agresseurs **biologiques** (virus, bactéries, autres agresseurs biologiques) passent de 28,1 % en 2007 à 35,9 % en 2010;
- les agresseurs **chimiques** ont un taux de 11,7 %;
- les agresseurs à la **sécurité du travail** (risque de chute et risque d'être frappée par un objet ou une personne) comptent pour 9,9 % des réclamations;
- les agresseurs **physiques** (bruit, radiations, vibrations) représentent 0,8 % des réclamations.

Bien que les demandes de retrait préventif se concluent par un retrait du travail durant la grossesse dans 50,1 % des cas enregistrés pour l'année 2010, les données des 15 dernières années montrent une progression constante du maintien au travail.

Ces motifs et les modifications apportées par le PL 59 au chapitre du RPTEA (les articles 40 à 48) de la LSST nous amènent à faire une première recommandation.

---

<sup>13</sup> Anne-Renée GRAVEL et Romaine MALENFANT, *Gérer les risques liés au travail durant la grossesse. Vers un modèle de gestion de la santé et sécurité des travailleuses enceintes*. 14-2/2012, Expression, page 3.

**RECOMMANDATION 1.1** : Maintenir dans son intégrité le programme de maternité sans danger et encourager la recherche portant sur les agresseurs pouvant constituer des dangers physiques pour l'enfant à naître ou pour les travailleuses enceintes à cause de leur état de grossesse.

### **1.1.1. Paiement des indemnités de remplacement de revenu (IRR) préalablement à l'accouchement**

L'article 42.1 de la LSST prévoit que les IRR sont versées jusqu'à la 4<sup>e</sup> semaine précédant la date prévue d'accouchement. Cette mesure introduite en concordance avec l'admissibilité à la Loi sur l'assurance parentale a pour effet de faire débiter le congé de maternité avant la date prévue d'accouchement et ainsi de faire perdre quatre semaines de revenu à la travailleuse.

**RECOMMANDATION 1.2** : Retirer l'article 42.1 de la section du retrait préventif de la travailleuse enceinte pour permettre le paiement des indemnités de remplacement de revenu jusqu'à la date prévue d'accouchement, assurant à la salariée de pouvoir profiter pleinement de son congé de maternité sans perte de revenu.

## **1.2. OBLIGATIONS DES EMPLOYEURS**

L'APTS accueille favorablement l'article 143 du PL 59, qui ajoute à l'article 51 de la LSST la reconnaissance d'une obligation explicite de l'employeur en matière de violence physique ou psychologique, incluant la violence conjugale ou familiale.

L'APTS regroupe des éducateur·trice·s, des psychoéducateur·trice·s, des travailleur·euse·s sociaux·ales et des technicien·ne·s en éducation spécialisée qui travaillent auprès d'une clientèle ayant des troubles graves de comportement. Les milieux où il y a un haut risque d'accidents et d'incidents dus à de la violence au travail reliés aux particularités de la clientèle sont les résidences à assistance continue (RAC), les centres de réadaptation en déficience intellectuelle (CRDI) ou encore les centres jeunesse. Dans ces installations la violence est fréquente, voire quotidienne. Elle est banalisée par les travailleur·euse·s et est considérée comme une condition normale de travail par bon nombre de gestionnaires. Pourtant qui considérerait insultes, crachats, coups de poing, agressions physiques et sexuelles comme partie intégrante de conditions normales de travail?

L'APTS évalue que cet ajout aux obligations des employeurs est un incitatif à la mise en place de mesures préventives visant la protection des travailleur·euse·s contre la violence provenant des usager·ère·s. Nous comptons utiliser cette disposition dans nos travaux en cours.

### 1.2.1. Violence au travail

L'APTS a grandement insisté auprès des employeurs du RSSS pour qu'ils encouragent la déclaration des accidents-incidents et pour qu'ils adoptent des pratiques permettant de mener des enquêtes sur les événements accidentels. Nous faisons le constat qu'un nombre considérable d'établissements ne dispose pas de mesures préventives adéquates pour faire face au risque de violence au travail. Nous avons proposé aux employeurs un plan d'action pour agir sur le risque de violence au travail<sup>14</sup>. L'ensemble de nos demandes n'aboutissent pas et les CSS en place dans les CISSS-CIUSSS ne règlent pas les problèmes relatifs au risque de violence au travail.

Avec l'instauration de cette obligation explicite de l'employeur, nous pourrions mettre à profit nos travaux sur les mesures préventives visant à réduire la violence au travail.

Sur la question particulière des violences conjugales ou familiales en milieu de travail, nous croyons nécessaire de prendre des mesures spécifiques.

**RECOMMANDATION 1.3** : Réclamer des employeurs l'adoption d'une politique spécifique de prévention visant la violence conjugale et familiale en application du 16<sup>e</sup> paragraphe de l'article 51 de la LSST et l'inclusion dans cette politique de prévention des éléments essentiels basés sur les travaux des chercheur·e·s et groupes de femmes spécialisés en matière de violence conjugale et familiale.

Cette politique spécifique comprendrait une sécurisation du milieu de travail, incluant une évaluation de l'environnement et des risques au travail quant à la violence conjugale et familiale; un programme de formation, d'information et de sensibilisation sur la violence conjugale et familiale; une procédure claire en cas de signalement, incluant un plan de sécurité individuel et la direction de la victime vers les ressources externes spécialisées en matière de violence conjugale et familiale; une implication paritaire patronale-syndicale dans l'élaboration de la politique, en collaboration avec des ressources externes spécialisées en matière de violence conjugale et familiale; un engagement de l'employeur à ne pas utiliser de mesures de représailles envers les travailleurs et travailleuses victimes de violence conjugale.

---

<sup>14</sup> Ce plan d'action avait pour but de proposer à l'employeur l'adoption de différentes politiques afin de réduire ou d'éliminer la violence au travail provenant des usager·ère·s et, si ces politiques sont déjà existantes, en proposer la révision ou la mise à jour; de s'assurer de la sécurité des lieux de travail et de leur inspection, de même que de l'accessibilité à des moyens de protection individuelle; de s'assurer que l'organisation du travail contribue à respecter la santé et la sécurité des personnes salariées; d'offrir de la formation adaptée à la clientèle et à ses besoins; de mettre en place des mesures de soutien aux personnes salariées (ex : formation).

## 1.2.2. Obligation d'identifier et d'évaluer les risques psychosociaux

Toujours au regard des obligations des employeurs prévues à l'article 51 de la LSST, nous désirons soulever un enjeu particulièrement important pour nos membres, mais aussi pour tou-te-s les travailleur·euse·s du RSSS : la prévention des RPS.

Puisque la notion de santé prévue à l'article 51 de la LSST vise à la fois la santé physique et psychologique, l'employeur est légalement tenu d'intervenir à l'égard des RPS.

L'INSPQ définit les RPS comme des « Facteurs qui sont liés à l'organisation du travail, aux pratiques de gestion, aux conditions d'emploi et aux relations sociales et qui augmentent la probabilité d'engendrer des effets néfastes sur la santé physique et psychologique des personnes exposées<sup>15</sup> ».

Le travail de prévention à l'égard de la santé psychologique et des facteurs de RPS ne doit pas être négligé. Ces derniers représentent un enjeu particulièrement important pour les personnes salariées puisqu'ils entraînent des problèmes de santé mentale et physique dont les complications peuvent être très sérieuses. Comme pour d'autres risques, les effets sur la santé dépendent de l'intensité et de la durée d'exposition aux facteurs de risques.

**RECOMMANDATION 1.4** : Prévoir explicitement à l'article 51 de la LSST les obligations d'analyser les risques psychosociaux présents dans les milieux de travail et de prévenir leurs conséquences sur les travailleur·euse·s.

## 1.3. MÉCANISMES DE PRÉVENTION

Selon la compréhension que nous avons du PL 59 et de sa réglementation, les règles relatives à l'application des mécanismes de prévention ralentiront, voire rendront impossible, leur application.

### 1.2.3. Programme de prévention

L'article 146 du PL 59 prévoit des modifications à l'article 58 de la LSST :

« L'employeur doit élaborer et mettre en application un programme de prévention propre à chaque établissement groupant au moins 20 travailleurs au cours de l'année, sous réserve des règlements... »

---

<sup>15</sup> Plus spécifiquement, les principaux facteurs de RPS sont une charge de travail élevée et des contraintes de temps; une faible reconnaissance des efforts et des résultats; peu d'autonomie et d'influence dans le travail; l'insécurité d'emploi; le faible soutien (aide et collaboration) des collègues ou du supérieur; le harcèlement psychologique; le manque de justice organisationnelle.

Nous accueillons positivement l'application du programme de prévention à tous les établissements comportant au moins 20 travailleur·euse·s puisqu'elle crée une obligation pour les employeurs d'élaborer le programme. Cette nouvelle obligation étend l'application du chapitre de la Loi portant sur le programme de prévention à des secteurs d'activités non couverts.

Les modifications apportées à l'article 58 de la LSST permettent aussi d'obliger un employeur à élaborer un programme de prévention dans les conditions suivantes :

- pour les établissements comportant moins de 20 travailleur·euse·s lorsque le niveau de risque lié aux activités exercées de l'établissement le requiert par règlement;
- si la CNESST le juge opportun pour protéger la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleur·euse·s.

- Réglementation relative au programme de prévention

Toutefois le chapitre II section 1 du *Règlement des mécanismes de prévention*, de même que l'annexe 1 intitulée *Niveau de risque lié aux activités exercées dans un établissement*, limitent la portée de cette obligation.

Les trois niveaux de risque liés aux activités exercées dans un établissement – faible, moyen et élevé – correspondent au code du Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN).

Nous avons identifié dans les établissements du RSSS plusieurs groupes d'activités au sein desquels travaillent nos membres, et leur code (6215, 6216, 6219 à 6223, 6233, 6239 et 6243).

Nous constatons avec étonnement que la majorité des groupes d'activités qui nous concernent sont cotés à un niveau de risque faible. Il en est ainsi pour les « Hôpitaux généraux et les hôpitaux chirurgicaux » (cote 6221).

De façon plus réaliste, les « établissements communautaires de soins aux personnes âgées » qui regroupent les CHSLD (cote 6233) sont évalués à risque élevé. De fait, la crise pandémique actuelle a mis en lumière la dégradation des conditions de travail et de SST dans ces établissements. Ce sont des milieux où les réclamations pour lésions professionnelles sont plus fréquentes.

Comme nos membres ont très souvent recours à l'assurance salaire pour bénéficier d'une indemnisation à l'occasion de problèmes de santé qui les rendent incapables d'accomplir leur travail, nous ne pouvons pas nous fier à la classification du SCIAN qui, de notre point de vue, utilise des données et des critères erronés pour déterminer les différents niveaux de risque.

L'utilisation de la cotation SCIAN est aussi problématique à d'autres égards.

Dans un même établissement du RSSS, un centre hospitalier par exemple, nous retrouvons à la fois des personnes salariées affectées aux services des personnes psychiatriquées évaluées à risque moyen et des personnes salariées des laboratoires évaluées à risque faible. Dans le même établissement (installation),

selon l'étage, nous sommes en présence de niveaux de risque différents. Par exemple, dans le cas d'une technicienne de laboratoire d'un hôpital régional qui a pour employeur le CHUM, un établissement situé à Montréal : quelle installation servira à l'identification du risque?

Nous ne comprenons pas les motifs pour lesquels le législateur utilise les codes SCIAN pour définir le niveau de risque propre à un secteur d'activité. Cette référence crée davantage de confusion et d'incompréhension. Nous n'adhérons pas du tout aux codes du SCIAN et estimons que ses niveaux de risque sont erronés pour les établissements du RSSS car ils ne prennent pas en compte la présence des risques et les causes de l'absentéisme des personnes salariées.

L'article 3 du *Règlement sur les mécanismes de prévention*, section 1 (article 239 PL 59) indique qu'« Un employeur doit élaborer et mettre en application un programme de prévention propre à chaque établissement lorsque le risque lié aux activités qui y sont exercées est de niveau moyen ou élevé. »

Est-ce à dire que les employeurs des établissements dont le niveau de risque est jugé faible, comme c'est le cas pour la majorité des établissements du RSSS, n'auront pas leur programme de prévention? Cette perspective nous inquiète.

Nous insistons sur le fait que l'esprit de la LSST est d'appliquer le programme de prévention à tous les milieux de travail, et ce, sans égard au niveau de risque.

- Élaboration non paritaire du programme de prévention

Le PL 59 prévoit que le programme de prévention est élaboré par l'employeur, seul à en déterminer le contenu, sans avoir à consulter le CSS. Nous déplorons le fait que la participation des travailleur·euse·s ne soit pas obligatoire.

- Programme de prévention multiétablissement

L'article 146 du PL 59 introduit aussi l'article 58.1 de la LSST, qui permet à l'employeur d'opter pour un programme de prévention multiétablissement. Cette modification va dans le même sens que la recommandation 10 contenue dans *l'Avis sur la modernisation du régime de santé et sécurité du travail* du CCTM<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> COMITÉ CONSULTATIF DU TRAVAIL ET DE LA MAIN-D'ŒUVRE, *Avis sur la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail*, 21 juin 2017, en ligne : [https://www.travail.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Documents/cctm/Avis/Avis\\_CCTM\\_RSST.pdf](https://www.travail.gouv.qc.ca/fileadmin/fichiers/Documents/cctm/Avis/Avis_CCTM_RSST.pdf)

Toutefois le législateur n'a pas considéré les recommandations 11 et 12 du CCTM qui visaient à émettre des conditions d'application pour le programme de prévention multiétablissement<sup>17</sup>.

Cette approche multiétablissement vient modifier l'approche préventive qui, jusqu'à maintenant, a toujours été préconisée au Québec et recommande, à juste titre :

« ... que c'est à l'échelon de l'établissement, pivot central autour duquel doit s'organiser la mise en œuvre des mécanismes de prévention, que les personnes concernées sont les mieux placées pour identifier et éliminer à la source même les dangers pour la santé et sécurité du personnel. C'est aussi lorsque les travailleurs et travailleuses sont impliquées dans cet exercice que les résultats sont les plus probants<sup>18</sup>. »

Avec l'option du programme de prévention multiétablissement, le PL 59 offre à l'employeur la possibilité d'opter pour une démarche commune à l'ensemble de ses établissements de même nature plus macroscopique et certainement plus économique, axée sur son intérêt et non sur celui des travailleur·euse·s.

« De deux choses l'une : soit que la démarche derrière l'élaboration d'un programme de prévention multiétablissement cherche à faire l'économie de l'étude des situations particulières, soit qu'en étant réalisée avec méthode et rigueur, elle conduise à l'élaboration d'un programme de prévention qui comptera autant de chapitres que l'employeur possède d'établissements. Du reste, le risque est grand de perdre de vue la spécificité propre à chaque établissement. En donnant cette option aux employeurs, le législateur crée un régime de prévention à deux vitesses<sup>19</sup>. »

Un régime pour les employeurs ayant plus de 20 travailleur·euse·s dans plus d'un établissement, qui exercent des activités de même nature, et un autre, pour les employeurs qui ont au moins 20 travailleur·euse·s et qui élaboreront leur programme de prévention sur la base de leur établissement propre. Comment ces régimes coexisteront-ils au sein de la même loi?

Il va de soi qu'avec ces modifications les employeurs opteront pour la solution plus économique.

Par exemple, un CISSS qui emploie 500 personnes réparties également dans 20 établissements (prenons pour acquis que ce CISSS en emploie plus de 20 dans chacun de ses établissements) se verra offrir l'option de mettre en place un seul comité couvrant ses 500 travailleur·euse·s plutôt que 20 CSS. L'employeur

---

<sup>17</sup> Parmi ces conditions : l'étendue doit être négociée et toutes les parties locales doivent donner leur accord à défaut de quoi l'établissement ne peut pas faire partie du regroupement; tous les mécanismes de prévention et de participation doivent s'appliquer au regroupement multiétablissement; le programme de prévention multiétablissement doit tenir compte des réalités de chaque établissement.

<sup>18</sup> Mémoire du SISP, précité, note 12, page 11

<sup>19</sup> *Id.*

prendra en compte les considérations financières, quitte à y perdre au change sur le plan de l'atteinte des objectifs visés par la LSST.

- Critère unique : exercer des activités de même nature

Le PL 59 émet un seul critère pour l'option du programme de prévention multiétablissement : les établissements doivent exercer des activités de même nature. Ce critère n'est pas valable dans le RSSS pour la simple et bonne raison que si le CISSS opte pour un programme multiétablissement pour toutes ses résidences privées pour aînés (RPA) et ses CHSLD, cela ne tiendra pas compte de la diversité des problèmes et des besoins en matière de prévention.

On a pu le constater tout au long de la crise sanitaire, certains CHSLD ne disposaient pas de procédures et de protocoles clairs en matière de gestion des risques biologiques. Qui plus est, un nombre important de ces établissements n'avait aucune réserve d'équipements de protection individuelle. Dans d'autres établissements, dotés d'une certaine culture de prévention, les mesures préventives ont été appliquées rapidement et les travailleur·euse·s ont bénéficié d'un rappel des consignes à respecter face au risque biologique de la COVID 19.

**RECOMMANDATION 1.5** : Ajouter à l'article 146 du PL 59 et à l'article 58 de la LSST que l'employeur doit élaborer en collaboration avec le comité de santé et sécurité du travail et mettre en application un programme de prévention propre à chaque établissement d'au moins 20 travailleur·euse·s.

**RECOMMANDATION 1.6** : Retirer l'Annexe 1 intitulée *Niveaux de risque liés aux activités exercées dans un établissement* du Règlement sur les mécanismes de prévention et mettre en place une autre procédure visant à évaluer le niveau de risque (études épidémiologiques, etc.) en collaboration avec le comité de santé et sécurité du travail.

L'APTS réitère que son choix repose sur le principe que tout employeur a l'obligation de mettre en application un programme de prévention spécifique à chacun de ses établissements.

Toutefois, si cette recommandation est rejetée, nous demandons au législateur d'exiger l'accord écrit de l'association accréditée ou des travailleur·euse·s de l'établissement avant la mise en place d'un programme de prévention multiétablissement.

**RECOMMANDATION 1.7** : Ajouter à l'article 146 du PL 59 modifiant l'article 58 de la LSST aux fins de créer le programme de prévention multiétablissement « conditionnel à un accord entre l'employeur et l'association accréditée ou des travailleur·euse·s d'un établissement concerné ».

- Contenu du programme de prévention

L'article 147 du PL 59 modifie le contenu prévu à l'article 59 de la LSST. Ainsi, le programme de prévention devra dorénavant contenir l'identification et l'analyse des risques pouvant affecter la santé du personnel de l'établissement. Les RPS y sont nommés de façon spécifique.

Comme notre organisation syndicale estime que l'identification, l'évaluation et la prévention des RPS sont des enjeux majeurs pour les travailleur·euse·s du réseau de la santé, nous accueillons favorablement cet ajout au contenu du programme de prévention.

Par contre, nous sommes en désaccord avec un autre passage de ce même article :

« Il doit tenir compte des programmes de santé au travail élaborés par la CNESST en vertu de l'article 107... »

Jusqu'à maintenant le programme de santé élaboré par le médecin responsable devait être validé par le CSS. Nous déplorons qu'il n'ait plus le pouvoir d'approuver le programme de santé. Cette modification est lourde de conséquence puisqu'elle porte atteinte aux valeurs du paritarisme. Pire encore, elle comporte un autre choix, celui d'abroger les articles 112 à 115 de la LSST concernant le programme de santé spécifique à un établissement. Nous y reviendrons au point 3.3.4.

#### **1.2.4. Comité de santé et sécurité du travail**

Le CSS et le ou la représentant·e à la prévention sont les deux mécanismes de participation des travailleur·euse·s sur les quatre mécanismes de prévention existant.

La participation des travailleur·euse·s à l'identification, l'évaluation et l'élimination des facteurs de risque présents dans leur milieu de travail est garante d'une plus grande réussite quand vient le temps d'implanter une mesure préventive.

Comme le soulignent des chercheurs de l'Université Laval « la prévention est plus efficace lorsqu'il y a une participation représentative des travailleurs sur les questions SST que lorsque l'employeur s'en occupe seul<sup>20</sup> ».

L'article 152 du PL 59 modifie l'article 68 de la LSST et rend obligatoire la formation d'un CSS dans les établissements employant au moins 20 personnes.

- Comité de santé et sécurité du travail multi-établissement

---

<sup>20</sup> Mémoire de la CHAIRE EN GESTION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DANS LES ORGANISATIONS, *Organiser la prévention de manière systématique dans tous les milieux de travail, la redynamiser et prendre en compte les changements du travail et de l'Emploi*, Université Laval, page 19.

Nous trouvons déplorable que la formation du CSS multiétablissement soit automatique lorsque l'employeur opte pour le programme de prévention multiétablissement. Les associations accréditées n'auront pas leur mot à dire sur cette option, pas plus d'ailleurs que le personnel non syndiqué. Cet aspect du PL 59 constitue un accroc supplémentaire au principe du paritarisme prôné par la LSST dans son article 2.

Selon nous, le CSS multiétablissement ne sera pas fonctionnel et efficace, particulièrement au sein du RSSS. De toute évidence, les comités ne fonctionnent pas dans les mégas structures (CISSS ou CIUSSS) et nous craignons qu'il n'y ait pas d'impact réel sur la réduction des risques si on permet à l'employeur de prendre ces décisions seul.

« L'expérience démontre aussi qu'en général la mise en place du comité multiétablissement agissant pour l'ensemble d'établissements géographiquement éloignés (autre ville, autre région administrative) ou qui exercent des activités différentes en présence de risques hétérogènes (activités de bureau ou activités de production) pose de multiples problèmes notamment sur le plan de l'organisation de la prévention et de la représentativité au sein du comité<sup>21</sup>. »

Tel qu'indiqué précédemment, cela s'applique aussi aux CSS, nous demandons une modernisation de la Loi axée sur une prévention de proximité. Pour y parvenir l'action en prévention doit se faire le plus près possible de la réalité des travailleur·euse·s d'un établissement.

**RECOMMANDATION 1.8** : Ajouter à l'article 152 du PL 59 modifiant l'article 68 de la LSST aux fins de créer le comité de santé et sécurité du travail multiétablissement : « conditionnel à un accord entre l'employeur et l'association accréditée ou les travailleurs et travailleuses d'un établissement concerné ».

- Composition du comité de santé et sécurité du travail

On retrouve la représentativité habituelle sur les CSS, soit le même nombre de sièges occupés par le personnel et par l'employeur. Le PL 59 maintient l'article 73 de la LSST sur le droit de vote accordé aux membres de ce comité. Nous le soulignons car c'est le seul endroit où le paritarisme a été préservé.

La Loi fait aussi référence à la possibilité de recourir à des ententes avec l'employeur sur la question de la composition du CSS, sur celle de la fréquence des rencontres et sur son fonctionnement. À défaut d'entente, les règles qui s'appliquent sont celles prévues par règlement. Il est certain que les associations

---

<sup>21</sup> *Id.*, page 15

accréditées vont miser sur la négociation d'ententes sur tous ces aspects car les balises contenues dans la réglementation sont minimales, pour ne pas dire insuffisantes.

L'article 239 du PL 59 introduit à son article 22 les règles de fonctionnement du CSS. Pour établir la fréquence des rencontres, le règlement prend en compte le nombre de travailleur·euse·s de l'établissement et le niveau de risque.

À titre d'exemple, pour le niveau faible (majorité des établissements du RSSS) :

- a) de 20 à 50 travailleur·euse·s, aux 3, 4 ou 6 mois;
- b) de 51 à 100 travailleur·euse·s, chaque mois ou aux 2, 3 ou 4 mois;
- c) plus de 100 travailleur·euse·s, chaque mois ou aux 2 ou 3 mois.

Bien que la réglementation proposée ait pour objectif d'établir des seuils minimums, il y a fort à parier qu'ils ne permettront pas l'implantation d'un bon fonctionnement. Bref, la réglementation nous semble limitative.

Ajoutons que l'article 239 du PL 59 introduit aussi à l'article 35 de la réglementation un minimum de 7 heures de formation sur différents sujets en vue des travaux du CSS. Ce nombre d'heures de formation est nettement insuffisant.

- Fonctions du comité de santé et sécurité du travail

L'article 156 du PL 59 modifie l'article 78 de la LSST au regard de certaines fonctions du CSS. On constate un recul important des fonctions du CSS comparativement à ses fonctions actuelles. Ainsi, le comité ne choisit pas le médecin chargé de la santé et il n'a pas à approuver le programme de santé.

L'APTS souhaite conserver les fonctions actuelles du CSS dans le but de favoriser une participation active de nos membres sur cette instance, au sein de chaque établissement.

Nous recommandons que le CSS participe à l'identification des risques jugés prioritaires, ce qui lui permettra de tenir compte de la réalité du milieu.

Et nous estimons que le CSS doit participer à l'identification des postes qui ne comportent pas de danger pour les travailleuses enceintes ou pour l'enfant à naître afin que les travailleuses réaffectées puissent obtenir des réaffectations appropriées dans les différents milieux du réseau de la santé, le tout de façon cohérente.

**RECOMMANDATION 1.9** : Ajouter à l'article 156 du projet de loi portant sur l'article 78 de la LSST qui précise les fonctions du CSS celles qui suivent :

- participer à l'élaboration du programme de prévention;
- participer à l'identification des risques jugés prioritaires;
- approuver le programme de santé;
- choisir le médecin chargé de la santé au travail;

- participer à l'identification des postes qui ne comportent pas de danger pour les travailleuses enceintes, ou pour l'enfant à naître, et qu'elles seraient raisonnablement en mesure d'accomplir.
- Invitation d'un expert par le comité de santé et sécurité du travail

L'article 155 du PL 59 modifie l'article 75 de la LSST. Ce dernier maintient la possibilité pour le CSS d'avoir recours à un·e expert·e, sur invitation, à l'occasion de ses rencontres. Or le terme expert·e est souvent compris comme désignant des expert·e·s scientifiques.

Nous demandons l'ajout de « ou d'une personne ressource » à la demande d'un·e membre du CSS afin qu'une personne conseillère syndicale, par exemple, puisse participer à une rencontre.

**RECOMMANDATION 1.10 :** Ajouter à la suite du terme expert·e « ou toute autre personne ressource » à l'article 155 du PL 59 portant sur l'article 75 de la LSST qui indique qui peut participer, à la demande d'une association accréditée ou de l'employeur, au comité de santé et sécurité du travail.

### 1.2.5. Représentant·e en santé et sécurité du travail

L'APTS accueille favorablement l'article 162 du PL 59, qui prévoit à l'article 87 de la LSST que :

« Lorsqu'il existe un comité de santé et de sécurité dans un établissement, au moins un représentant en santé et en sécurité doit être désigné. »

Le ou la représentant·e en SST est le deuxième mécanisme qui permet la participation des travailleur·euse·s de l'établissement. Sa contribution sera plus ou moins significative selon les fonctions qui lui sont accordées.

« L'action d'une personne formée en prévention et disposant de temps pour faire avancer les démarches de prévention est un stimulant formidable qui contribue à la promotion de la prévention au sein de l'établissement et qui génère par le fait même des résultats positifs en cette matière<sup>22</sup>... »

- Fonctions du ou de la représentant·e en santé et sécurité

Nous accueillons favorablement l'ajout à l'alinéa 4 de l'article 90 de la LSST :

---

<sup>22</sup> *Id.*, p. 17

« Le ou la représentant·e en santé et sécurité a pour fonction de faire les recommandations qu'elle juge opportunes, incluant celles concernant les risques psychosociaux liés au travail, au comité de santé et de sécurité ou à défaut aux travailleurs et à leur association accréditée et à l'employeur ».

Pour les motifs soulignés précédemment, l'identification et l'évaluation des RPS constituent un enjeu majeur pour nos membres.

- Représentant·e en santé et sécurité dédié·e au comité de santé et sécurité du travail multiétablissement

L'article 162 du PL 59 prévoit l'ajout de l'article 87.1. Cette disposition, qui se veut en concordance avec le programme de prévention multiétablissement créant un seul comité CSS, prévoit la désignation d'une seule personne représentante en SST pour les différents établissements.

**RECOMMANDATION 1.11** : Ajouter à l'article 162 du PL 59 modifiant l'article 87 de la LSST aux fins de nommer une personne représentante en santé et sécurité dédiée à un comité de santé et sécurité du travail multiétablissement « conditionnel à un accord entre l'employeur et l'association accréditée ou les travailleurs et travailleuses d'un établissement concerné ».

- Réglementation entourant la désignation du ou de la représentant·e en santé et en sécurité

La désignation du ou de la représentant·e en SST pour les différents établissements serait sujette à entente entre l'employeur et les associations accréditées ou, à défaut, la majorité des travailleurs et travailleuses de ces établissements. À cet égard nous n'avons pas de commentaire.

Toutefois, nous insistons pour demander un rehaussement significatif des heures minimales de formation prévues dans le projet de *Règlement sur les mécanismes de prévention*, à son article 37. Il n'est tout simplement pas possible de bénéficier d'une formation sur tous les sujets prévus en 7 heures : le cadre législatif et réglementaire en SST, le contenu d'un programme de prévention, le rôle, les fonctions et les responsabilités de la personne représentante, son rôle lors d'une visite d'inspection, l'enquête d'accident et l'analyse des incidents rapportés, etc.

Sans compter que cette personne aura possiblement à acquérir des connaissances sur l'ensemble des risques pour tous les titres d'emploi présents dans les milieux de travail (toutes catégories d'emplois confondues).

À titre d'organisation syndicale, nous insistons pour négocier une entente sur la question du temps requis pour l'exercice des fonctions de la personne représentante en SST, car il est évident que les heures de libération accordées en vertu de l'annexe 2 du règlement sur les mécanismes de prévention sont insuffisantes.

### 1.2.6. Programme de santé spécifique à un établissement et entente-cadre

L'APTS s'oppose à l'abrogation des articles 112 à 115 de la LSST, mettant fin au programme de santé spécifique à chaque établissement. Nous estimons que la responsabilité d'élaborer un programme de santé en lieu et place revient au médecin qui a charge et que ce programme doit être approuvé par la suite par le CSS. Les différents milieux de travail comportent des risques relatifs à la sécurité et d'autres reliés à la santé. C'est aux risques reliés à la santé que s'intéresse le programme de santé.

L'article 147 du PL 59 modifie l'article 59 de la LSST et introduit dans le programme de prévention le programme de santé :

« Il doit tenir compte des programmes de santé au travail élaborés par la CNESST en vertu de l'article 107, des règlements applicables... ».

L'article 172 du PL 59 modifie l'article 107 de la LSST en stipulant ce qui suit :

« En collaboration avec le ministre de la Santé et des Services sociaux, la CNESST élabore des programmes de santé au travail et détermine les priorités en matière de santé au travail ainsi que les territoires ou les établissements ou catégories d'établissements sur lesquels ils s'appliquent. »

On passe donc d'un régime de prévention, qui permet au médecin responsable d'élaborer un programme de santé, approuvé par le CSS, à un programme de santé intégré dans le programme de prévention, dont le contenu est déterminé par les priorités en matière de santé au travail déterminées par la CNESST.

Il s'agit là d'une attaque inacceptable au principe du paritarisme.

**RECOMMANDATION 1.12** : Retirer l'article 175 du PL 59 abolissant les articles 112 à 115 de la LSST afin que l'élaboration et la mise en application du programme de santé au travail spécifique à un établissement demeurent sous la responsabilité du médecin et qu'il soit approuvé par le comité de santé et sécurité du travail.

- Rôle crucial du réseau de la santé publique en santé du travail

Au Québec, au fil des années, le réseau de la santé publique en santé du travail (RSPSAT) a joué un rôle primordial en matière de santé au travail. Nous souhaitons maintenir cette mission ainsi que préserver l'efficacité et la qualité de cette expertise.

L'APTS évalue que les effectifs au sein des équipes de santé au travail devraient être augmentés pour répondre aux besoins des établissements qui auront enfin accès aux mécanismes de prévention.

À la lecture des articles 172 à 176 du PL 59, on constate que le législateur laisse une grande place aux différent·e·s intervenant·e·s en SST en dehors du RSPSAT.

Nous nous interrogeons sur ce choix et ne voyons pas le bien-fondé de modifier d'une part, les dispositions relatives au programme de santé spécifique à un établissement et, d'autre part, les ententes-cadres devant être conclues entre le MSSS et la CNESST sur les programmes de santé.

En ce sens, nous préférons maintenir le statu quo en ce qui a trait au processus visant les programmes de santé au travail et l'entente-cadre actuelle relative aux services offerts par le RSPSAT.

#### 1.4. RÔLE DU MÉDECIN QUI A CHARGE DE LA SANTÉ

L'article 179 du PL 59 modifie l'article 117 de la LSST comme suit :

« Le médecin chargé de la santé au travail collabore à l'élaboration des programmes de santé au travail visés par à l'article 107.

Il collabore aussi, sur demande d'un employeur, à l'élaboration des éléments de santé du programme de prévention visé à l'article 59, ... »

**RECOMMANDATION 1.13** : Remplacer le terme « collabore » à l'article 117.1 de la LSST par le terme « élabore » de manière à ce que le médecin qui a charge de la santé élabore le programme de santé au travail.

#### 1.5. ASSOCIATIONS SECTORIELLES PARITAIRES

L'APTS suit de près les travaux de son association paritaire sectorielle, l'ASSTSAS.

Nous n'hésitons pas à consulter ses ressources, qu'il s'agisse d'information, de recherche ou de soutien direct pour une démarche dans un établissement. Nous évaluons que leur rôle est crucial et que la collaboration avec notre association sectorielle paritaire est fructueuse.

**RECOMMANDATION 1.14** : Modifier la loi actuelle pour permettre à l'ensemble des secteurs d'activité au Québec de bénéficier des services d'une association sectorielle paritaire.

## 1.6. SERVICES D'INSPECTION

Le service d'inspection de la CNESST (articles 177 et ss de la LSST) est appelé à intervenir souvent, que ce soit pour enquêter à la suite d'un grave accident de travail ou d'une plainte contre un employeur qui ne respecterait pas ses obligations ou la réglementation en matière de SST, ou pour évaluer l'exercice d'un droit de refus. Cependant, comme les effectifs de ce service sont réduits, sa capacité d'intervention est limitée.

À maintes reprises, les syndicats du RSSS ont réclamé le déploiement d'inspecteur·trice·s dans les établissements pour des inspections « proactives ».

**RECOMMANDATION 1.15** : Ajouter des effectifs au sein de la CNESST en leur confiant le mandat d'assumer de façon proactive un rôle d'inspection-prévention.

**RECOMMANDATION 1.16** : Exiger de la CNESST qu'elle rende accessibles et publics les rapports d'inspection et les avis de correction (en excluant au besoin les renseignements de nature confidentielle).

Dans une perspective d'élargissement des mécanismes de prévention aux entreprises à travers le Québec, il est envisageable que les travailleur·euse·s ou leur association accréditée aient recours plus fréquemment aux services d'inspection. Les données contenues dans les rapports d'inspection et les avis de correction de la CNESST constituent une source d'information utile.

## 1.7. POUR UNE VÉRITABLE MODERNISATION

La LSST et sa réglementation ont besoin d'une mise à jour en profondeur.

Nous souhaitons profiter de l'action législative actuelle pour souligner que le *Règlement sur la santé et la sécurité du travail* (S-2.1 r. 19.01) accuse un retard sur certaines normes. Particulièrement la norme sur le bruit, celles sur les contraintes thermiques, sur la ventilation et le chauffage ainsi que le règlement sur la qualité de l'air. Un exercice de comparaison entre la norme québécoise de formaldéhyde et les normes américaines permet de constater qu'une mise à jour s'impose<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> INSTITUT DE RECHERCHE ROBERT-SAUVÉ EN SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL (Ci-après IRSST), *Guide de prévention, le formaldéhyde en milieu de travail*, 2006, page 12. En ligne : <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PublRSST/RG-471.pdf?v=2021-01-03>

L'Organisation internationale du travail met régulièrement à jour certaines de ces normes ou instruments de références, notamment celles qui concernent l'exposition à des substances chimiques. Nous recommandons fortement que ces outils servent de base pour la mise à niveau de la réglementation qui s'applique au Québec.

**RECOMMANDATION 1.17** : Mettre à jour certaines normes contenues dans le *Règlement sur la santé et la sécurité du travail* de manière à tenir compte des normes internationales existantes plus avantageuses sur le plan de la protection de la santé et de la sécurité du travail.

L'APTS souhaite également profiter de la modernisation du régime SST pour demander au législateur et à la CNESST d'encourager les pratiques qui visent à agir sur les RPS. Il faut les identifier, les évaluer mais aussi inciter les employeurs à mettre en place des directives claires et pratiques, par exemple sur la violence au travail, la conciliation famille-travail-études, le harcèlement psychologique, la surcharge de travail, entre autres, pour les secteurs d'activités de la santé et des services sociaux.

## **PARTIE 2 - LA RÉPARATION / LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES**

Malgré l'intention qui a inspiré la modernisation du régime québécois de santé et de sécurité du travail, le PL 59 ne dissipe pas notre perplexité et notre inquiétude relatives aux droits des travailleur·euse·s victimes de lésions professionnelles. Sous le couvert de moderniser la Loi, nous constatons que le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité octroie de nombreux pouvoirs à la CNESST et diminue le poids de l'opinion du médecin qui a charge de la personne salariée. Ces changements sont difficiles à justifier puisqu'ils vont à l'encontre de l'esprit de la Loi et de son objectif premier qui est « la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent<sup>24</sup> ».

Comme c'était le cas avec le projet de loi n° 60 (PL 60)<sup>25</sup>, déposé en 2012 par la ministre du Travail de l'époque, madame Lise Thériault, nous considérons que bon nombre des modifications proposées sont axées sur une rationalisation des coûts<sup>26</sup>.

Le présent projet de loi s'inspire et découle notamment de travaux réalisés par le CCTM<sup>27</sup>. Comme l'APTS n'a pas été invitée à participer à ces travaux, nous souhaitons aujourd'hui soumettre nos commentaires et nos recommandations sur des sujets qui touchent nos membres

### **2.1. MALADIES PROFESSIONNELLES**

#### **2.1.1. Règlement sur les maladies professionnelles**

L'APTS est en désaccord avec l'idée d'abroger l'annexe 1 de la LATMP<sup>28</sup> et de la remplacer par un règlement. Nous jugeons qu'il est important de conserver la liste des maladies professionnelles à l'intérieur même de la Loi afin de confirmer clairement les maladies visées par la présomption de l'article 29 de la LATMP. Transférer la liste des maladies dans un règlement n'a pour seul objectif, selon nous, que de créer des pouvoirs afin que la CNESST puisse, au moment désiré, en retirer de la liste ou encore ajouter des conditions particulières limitant l'application de la présomption, et ce, sans avoir à rendre de comptes. La CNESST possède déjà un pouvoir réglementaire, celui « d'ajouter une maladie qu'elle reconnaît comme

---

<sup>24</sup> *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, RLRQ, c. A-3.001, art. 1 (ci-après LATMP).

<sup>25</sup> Lise THÉRIAULT, ministre du Travail, *Projet de loi n° 60, Loi visant principalement la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail et son application aux domestiques*, déposé au début de l'année 2012. Ce projet de loi n'a jamais été adopté en raison du changement de gouvernement.

<sup>26</sup> Mémoire SISP, précité, note 12

<sup>27</sup> Rapport CCTM, précité, note 2

<sup>28</sup> LATMP, précitée, note 24, annexe 1.

caractéristique d'un travail ou de relater directement aux risques particuliers d'un travail<sup>29</sup> » mais ne l'a pas utilisé depuis 1985. La liste des maladies professionnelles est une portion importante de la Loi et doit y demeurer.

L'APTS est cependant d'avis qu'il faut trouver une façon de s'assurer que la liste des maladies professionnelles puisse être modifiée au rythme des changements scientifiques et de l'évolution du monde du travail. Nous proposons donc d'inclure dans la Loi une mécanique formelle afin que la CNESST soit obligée de faire périodiquement une mise à jour de la liste, tous les cinq ans ou, si besoin, à l'intérieur de cette période, selon les recommandations du nouveau Comité scientifique sur les maladies professionnelles créé par l'article 101 du projet de loi.

Il faut également prévoir dans la Loi une étape préalable de consultation avant de modifier la liste des maladies. Permettre aux différents acteurs du secteur du travail et de l'emploi de participer à la réflexion, tout comme il est possible de le faire lors des audiences publiques à l'occasion de la modification d'une loi, ne peut être que bénéfique. À ce titre, il faut inclure notamment les organisations syndicales et patronales qui vivent l'application de cette Loi pour leur donner l'occasion de se prononcer avant d'apporter des changements à la liste des maladies professionnelles.

**RECOMMANDATION 2.1** : Conserver la liste des maladies incluse dans l'annexe 1 de la LATMP plutôt que de la transférer dans un règlement.

**RECOMMANDATION 2.2** : Intégrer une mécanique à la LATMP afin que la liste soit mise à jour de manière régulière aux cinq ans ou, si besoin, à l'intérieur de cette période, suivant les recommandations du nouveau Comité scientifique sur les maladies professionnelles mais à la suite d'un processus de consultation sous la forme d'une audience publique.

**RECOMMANDATION 2.3** : Retirer le premier paragraphe de l'article 454.1 de la LATMP créé par l'article 116 du projet de loi qui confère des pouvoirs supplémentaires à la CNESST. Retirer le règlement sur les maladies professionnelles conçu par l'article 238 du projet de Loi et adapter le premier paragraphe de l'article 454 de la Loi, lequel est modifié par l'article 115 du projet de loi.

**RECOMMANDATION 2.4** : Revoir et adapter le nouveau chapitre X.1 « Comité scientifique sur les maladies professionnelles », notamment le nouvel article 348.3, qui est créé par l'article 101 du projet de loi.

D'autre part, l'APTS considère que tel que proposé le règlement est ambigu et pourra créer de la confusion en ce qu'il divise en deux annexes les maladies qui y sont énumérées, et ce, sans explications ni raisons apparentes. De plus, le règlement impose des délais de réclamation différents pour chacune de ces

---

<sup>29</sup> LATMP, précitée, note 24, art. 454, p. 1.

annexes, ce qui n'est pas justifié. Il est déjà assez difficile de se retrouver dans la Loi actuelle et les multiples règlements en vigueur. Or, il est de la responsabilité du législateur de déployer tous les efforts nécessaires afin d'organiser la loi pour qu'elle soit cohérente, facilement comprise et accessible pour le public. Malheureusement, ce n'est pas le cas avec les modifications proposées par le règlement sur les maladies professionnelles et les nouveaux délais qui y sont ajoutés.

Nous insistons aussi sur le fait qu'il n'y a aucune raison valable pour modifier le délai actuel prévu à l'article 272 de la Loi. Il pourrait y avoir des situations légitimes empêchant une personne de faire sa réclamation au moment du diagnostic établi par son médecin. Par exemple, il arrive couramment que le médecin qui a charge du ou de la travailleur·euse ne puisse établir le lien possible avec le travail au moment où il détermine le diagnostic. Ce n'est parfois qu'après avoir consulté des spécialistes que le médecin pourra établir la relation entre le problème de santé et le travail. Il ne faut donc pas écarter indûment les droits des travailleur·euse·s ou précipiter le dépôt de réclamations, ce que les changements proposés pourraient provoquer. Il est important de conserver la disposition actuelle de la Loi pour permettre l'étude de la situation. Fort d'une abondante jurisprudence sur l'application du délai prévu à l'article 272 de la LATMP, le législateur serait avisé de conserver une stabilité dans l'interprétation de la Loi et de ses effets.

**RECOMMANDATION 2.5** : Retirer les articles 272.1, 272.2 et 272.3 à l'article 88 du projet de loi, et conserver le délai de réclamation actuellement prévu à l'article 272 de la LATMP, c'est-à-dire « six mois de la date où il est porté à la connaissance du travailleur ou du bénéficiaire que le travailleur est atteint d'une maladie professionnelle ou qu'il en est décédé », et ce, pour l'ensemble des maladies professionnelles. Retirer également l'article 103 du projet de loi qui modifie l'article 352 de la Loi.

### **2.1.2. Liste des maladies professionnelles et blessures psychologiques**

Nous déplorons que la liste des maladies que l'on retrouve au règlement sur les maladies professionnelles n'ait pas vraiment été améliorée pour s'adapter au monde de travail d'aujourd'hui. Celui-ci a évolué à travers les années, passant de la fabrication artisanale à la production de masse lors de la révolution industrielle du XIX<sup>e</sup> et du début du XX<sup>e</sup> siècle. Dans les dernières années, des changements technologiques ont amené l'utilisation de nouveaux outils, informatiques entre autres, qui ont favorisé l'apparition de nouvelles situations à risque.

D'autre part, la pression liée notamment aux exigences de performance et à la pénurie de personnel, qui augmente dans le milieu de la santé et des services sociaux, amène de nouveaux problèmes de santé pour les salarié·e·s. Tout cela devrait inciter le législateur à aller de l'avant afin de moderniser significativement la liste actuelle car les changements apportés par le projet de loi visent davantage des maladies liées à la production de masse et à des emplois majoritairement masculins. Les travailleurs et travailleuses du RSSS sont laissé·e·s pour compte dans cette réforme puisque leur réalité de travail n'a pas été prise en compte au moment d'établir la liste de maladies proposée. Le législateur doit revoir en profondeur la liste des maladies professionnelles avec un regard actuel, favorisant l'application de la présomption aux problèmes de santé qui touchent les travailleuses et travailleurs qui donnent des services à la population

et qui sont aussi visé·e·s par des maladies professionnelles. Malheureusement, la liste présentée dans le projet de loi est déficiente.

Entre autres, la courte liste des diagnostics de TMS reste inchangée, et ce, depuis l'adoption de la Loi en 1985. Seules les bursites, tendinites et ténosynovites sont visées par la présomption de l'article 29 de la LATMP. Pourtant au Québec, près de 31 % des travailleuses et 20 % des travailleurs de 15 ans ou plus, travaillant 15 heures ou plus par semaine, déclarent souffrir de TMS d'origine non traumatique<sup>30</sup>. La majorité des problèmes de lésions professionnelles des membres de l'APTS sont les TMS. Selon une étude récente de la CNESST, les travailleur·euse·s de la santé et des services sociaux sont davantage à risque que la population en général<sup>31</sup>. Mais les TMS ne sont pas que des problèmes de bursites, tendinites ou ténosynovites. Le législateur doit profiter de la présente réforme pour fermer la porte à des litiges sur certains diagnostics en les ajoutant à la liste des maladies visées par la présomption de l'article 29 de la LATMP. Afin de favoriser l'acceptation des réclamations qui sont fréquemment faites par nos membres qui travaillent dans le RSSS, il faut ajouter les diagnostics suivants : épicondylite, épitrochléite, syndrome du canal carpien, capsulite, fasciite plantaire et syndrome myofascial.

**RECOMMANDATION 2.6** : Bonifier la liste des maladies professionnelles au niveau des troubles musculosquelettique par l'ajout des diagnostics suivants : épicondylite, épitrochléite, syndrome du canal carpien, capsulite, fasciite plantaire, syndrome myofascial.

Quant à l'ajout de la section « troubles mentaux » à la liste des maladies, l'APTS y est favorable mais juge insatisfaisant d'avoir indiqué comme seule situation « trouble de stress post-traumatique ». Il est incontournable d'ajouter des maladies découlant de manifestations du stress chronique telles les troubles d'adaptation, l'état dépressif, les troubles anxieux et l'épuisement professionnel, qui touchent davantage le monde du travail d'aujourd'hui. D'ailleurs le gouvernement du Québec indique sur son site internet que « les troubles anxieux et la dépression figurent parmi les maladies mentales les plus fréquentes dans les milieux de travail. Le syndrome d'épuisement professionnel, communément appelé « burn-out », est aussi fréquemment observé. Même si le burn-out n'est pas officiellement identifié comme une maladie mentale, il est reconnu comme le résultat d'un stress chronique lié au travail<sup>32</sup> ». Selon les données que l'on retrouve au plan d'action national 2019-2023 en santé et sécurité du travail du MSSS, les problèmes de santé mentale représentent le pourcentage le plus élevé de réclamations en assurance salaire (38,6 %), suivis

---

<sup>30</sup> INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ PUBLIC DU QUÉBEC (INSPQ), *Portrait des troubles musculo-squelettiques d'origine non traumatique liés au travail : résultat de l'enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015*, 6 janvier 2020, en ligne : <https://www.inspq.gc.ca/publications/2632>.

<sup>31</sup> COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (CSST), *Statistiques sur les lésions attribuables aux troubles musculosquelettiques (TMS) en milieu de travail 2015-2018*, octobre 2019, en ligne : [https://www.cnesst.gouv.qc.ca/publications/300/Pages/DC\\_300\\_322.aspx](https://www.cnesst.gouv.qc.ca/publications/300/Pages/DC_300_322.aspx). Selon cette étude, le secteur « soins de santé et assistance sociale » a un pourcentage plus élevé de dossiers de TMS ouverts et acceptés et le personnel « spécialisé et auxiliaires de soins infirmiers et thérapeutiques » est le plus touché.

<sup>32</sup> <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/le-travail-et-la-sante-mentale>

par les TMS (24,4 %) <sup>33</sup>. On ne peut regarder ces statistiques sans vouloir profiter de la réforme pour ajuster le tir.

D'autre part, en ce qui concerne le choc ou stress post-traumatique, il a été considéré comme une blessure psychique visée par la présomption de l'article 28 de la LATMP dans certaines décisions <sup>34</sup>. Le législateur aurait donc avantage à dissiper tout doute, à être ancré dans le monde du travail des années 2000 et à reconnaître clairement les blessures psychologiques au même titre que les blessures physiques aux fins de l'application de l'article 28 de la Loi.

Pour bien évaluer les réclamations de maladies professionnelles et/ou les blessures psychologiques, nous proposons l'ajout d'un comité composé de spécialistes en troubles mentaux aptes à bien circonscrire le problème de santé et son lien avec le travail afin d'accompagner les agent·e·s de la CNESST dans leur analyse.

**RECOMMANDATION 2.7** : Bonifier la liste des maladies professionnelles relative aux « Troubles mentaux » par l'ajout de manifestations telles que troubles d'adaptation, états dépressifs, troubles anxieux et épuisement professionnel.

**RECOMMANDATION 2.8** : Clarifier l'article 28 de la Loi afin d'indiquer qu'une blessure présumée lésion professionnelle peut être autant physique que psychologique.

**RECOMMANDATION 2.9** : Prévoir la mise en place d'un comité composé de spécialistes en troubles mentaux travaillant de concert avec les agent·e·s de la CNESST pour évaluer les réclamations de maladies de la section « troubles mentaux » (article 29 de la LATMP) et/ou celles des blessures psychologiques (article 28 de la LATMP).

### 2.1.3. Conditions particulières à la liste des maladies professionnelles

Les conditions particulières énoncées dans le nouveau règlement sur les maladies professionnelles, notamment pour les maladies « lésion musculosquelettique » et « troubles mentaux » sont beaucoup trop limitatives et ne sont pas adaptées aux nouvelles réalités de travail d'aujourd'hui. L'ajout de ces critères nous éloigne de l'objectif de la Loi, qui est de « réparer les lésions professionnelles et les conséquences qu'elles entraînent <sup>35</sup> ». Tel qu'édicté par le présent projet de loi, les conditions particulières soustrairaient

---

<sup>33</sup> GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Précité, note 6, p. 4-6

<sup>34</sup> Voir notamment *Cossette et Centre Jeunesse Québec*, 2010 QCCLP 7205

<sup>35</sup> LATMP, précitée, note 24, art.1.

plusieurs situations de l'application de la présomption de maladie professionnelle et obligent ainsi la travailleuse ou le travailleur à devoir démontrer le lien de causalité, c'est-à-dire la relation entre le travail et la maladie dont il ou elle est atteint-e.

Il faut donner un sens à la LATMP et s'assurer que la présomption puisse viser différents genres de travail puisque les facteurs de risque peuvent être très différents d'une profession à l'autre ou d'un milieu de travail à l'autre. Il est reconnu que les principaux facteurs de risque associés aux TMS sont les facteurs biomécaniques, physiques, thermiques, organisationnels et psychosociaux<sup>36</sup>. Ce projet de loi doit tenir compte de l'ensemble de ces facteurs dans la détermination des conditions d'application de la présomption pour les TMS. En ce qui a trait à la section sur les troubles mentaux, les conditions devraient notamment tenir compte de la surcharge de travail, de l'organisation du travail et des conditions conflictuelles dans le milieu de travail.

**RECOMMANDATION 2.10** : Intégrer et élargir les conditions particulières énoncées dans le règlement sur les maladies professionnelles pour permettre l'application de la présomption de l'article 29 de la LATMP à différents milieux de travail et différentes professions. Particulièrement les conditions relatives aux « lésions musculosquelettiques » et « troubles mentaux ».

## 2.2. RÉADAPTATION

### 2.2.1. Réadaptation avant la consolidation

La création de la nouvelle section « mesures de réadaptation avant consolidation » que l'on retrouve à l'article 27 du projet de loi fait fi de la prépondérance de l'opinion du médecin qui a charge du ou de la travailleur·euse, tout comme dans le PL 60. Cependant, le présent projet de loi va beaucoup plus loin puisqu'il ajoute des pouvoirs afin que la CNESST puisse mettre en place des mesures de réadaptation en interpellant le médecin qui a charge seulement « lorsqu'elle estime nécessaire » de le faire. De plus, la CNESST pourrait mettre fin unilatéralement aux mesures de réadaptation, et ce, sans autre avis. Pourtant, la LATMP prévoit que « le travailleur est présumé incapable d'exercer son emploi tant que la lésion professionnelle dont il a été victime n'est pas consolidée<sup>37</sup> ». Malgré la limpidité de ce texte, avec le PL 59 la CNESST aurait le pouvoir de mettre en place un retour au travail progressif sans nécessairement avoir à obtenir l'accord du médecin qui a charge. À ce sujet l'APTS réfère au mémoire du SISF, dont les propos sont encore tout aussi pertinents, en faisant les adaptations nécessaires :

---

<sup>36</sup> Yves BERGERON, Luc FORTIN, Richard LECLAIR, *Pathologie médicale de l'appareil locomoteur*, 2<sup>e</sup> édition, Édisem inc., 2008, p. 1269 et als.

<sup>37</sup> LATMP, précitée, note 24, art.46.

« (...), il nous semble qu'en premier lieu, le médecin qui a charge devrait se prononcer d'abord sur la pertinence de la mise en œuvre d'un programme après avoir consulté la travailleuse ou le travailleur. Par la suite, tel que le projet de loi le prévoit, le médecin qui a charge verra à évaluer si la mise en œuvre du programme est appropriée en tenant compte de l'état de santé de la travailleuse ou du travailleur. L'accord du médecin qui a charge avant même l'élaboration d'un programme évitera que ceux-ci soient élaborés inutilement ou encore ne correspondent pas à l'objectif poursuivi.

Le médecin qui a charge joue un rôle capital dans l'appréciation des capacités physiques ou psychologiques et, de ce fait, doit pouvoir exiger la terminaison d'un programme qui ne convient plus au travailleur ou à la travailleuse. La loi doit prévoir, si de tels programmes de réintégration y sont maintenus, que la CSST sera liée par l'opinion du médecin qui a charge quant à leur pertinence pour la travailleuse ou le travailleur, comme cela est déjà le cas pour une assignation temporaire<sup>38</sup>. »

Il faut donc impliquer le médecin qui a charge dans toutes les étapes de la réadaptation avant consolidation car il est le mieux placé pour établir si des mesures de réadaptation sont adaptées et pertinentes, compte tenu de l'état de santé de la personne, incluant le retour au travail progressif. Il sera tout aussi approprié et nécessaire de demander l'avis du médecin en ce qui concerne la fin d'une mesure de réadaptation et il faut que la LATMP indique que l'opinion de ce dernier doit être respectée.

D'autre part, il n'y a à aucun endroit du projet de loi la définition des « mesures de réadaptation » avant la consolidation. Par exemple, est-ce que la physiothérapie et l'ergothérapie en font partie? Difficile à dire considérant l'abrogation des articles visant la réadaptation physique au chapitre de la réadaptation, découlant de l'article 30 du projet de loi.

Le PL 59 ajoute une autre difficulté en indiquant au nouvel article 145.4 qu'il est possible d'interrompre la réalisation de mesures de réadaptation lors de la mise en place d'une assignation temporaire par l'employeur. Qu'est-ce que cela veut dire? On veut favoriser l'assignation temporaire de l'employeur au détriment de certaines autres mesures de réadaptation que le médecin qui a charge pourrait considérer essentielles? Aller dans le sens du projet de loi irait totalement à l'encontre de l'article 46 de la LATMP et favoriserait une économie d'argent pour l'employeur au détriment de la santé du ou de la salarié-e. C'est totalement inacceptable.

**RECOMMANDATION 2.11** : Définir les termes « mesures de réadaptation » pour une meilleure compréhension de la Loi et ainsi éviter des ambiguïtés dans la section « mesures de réadaptation avant consolidation ».

---

<sup>38</sup> Mémoire du SISP, précité, note 12, p. 33

**RECOMMANDATION 2.12 :** Réécrire les nouveaux articles 145 à 145.5 créés par l'article 27 du projet de loi afin que la mise en œuvre ou la fin de la mise en œuvre de mesures de réadaptation, incluant celle visant un retour graduel au travail, soit déterminée selon l'avis du médecin qui a charge du ou de la travailleur·euse.

**RECOMMANDATION 2.13 :** Retirer le nouvel article 145.4 créé par l'article 27 du projet de loi de même que l'article 106 modifiant l'article 358 de la Loi.

## 2.2.2. Réadaptation après la consolidation

La section I.1 « mesures de réadaptation après consolidation » du projet de loi découle de ce qui existe dans la Loi actuelle au chapitre IV – Réadaptation.

Le retrait des articles visant la section « Réadaptation physique » découlant de l'article 30 du projet de loi est inconcevable car la réadaptation physique est complémentaire à la réadaptation sociale et professionnelle énoncées dans la Loi. La section sur la réadaptation physique doit demeurer. Ceci est d'autant plus important que la Loi<sup>39</sup>, tout comme le projet de loi d'ailleurs<sup>40</sup>, fait référence au fait que la réadaptation est mise en place en raison d'une atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique découlant de la lésion professionnelle dont a été victime la travailleuse ou le travailleur.

Le but de la réadaptation physique est « d'éliminer ou d'atténuer l'incapacité physique du travailleur ou de la travailleuse et de lui permettre de développer sa capacité résiduelle afin de pallier les limitations fonctionnelles qui résultent de sa lésion professionnelle<sup>41</sup> ». Comment le projet de loi peut-il abroger une section aussi importante et offrir une réparation adéquate aux travailleurs et travailleuses victimes de lésions professionnelles? Le droit à la réadaptation physique doit continuer d'apparaître clairement dans la Loi, au même titre que celui à la réadaptation sociale et professionnelle.

**RECOMMANDATION 2.14 :** Retirer l'article 30 du projet de loi afin de réintégrer la sous-section 1 de la section I du chapitre IV de la Loi, comprenant les articles 148 à 150 visant la « réadaptation physique ».

---

<sup>39</sup> LATMP, précitée note 24, art.145

<sup>40</sup> Par Jean BOULET, ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, *Projet de loi n° 59, Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail*, déposé le 27 octobre 2020, art. 146.

<sup>41</sup> LATMP, précitée, note 24, art.148

**RECOMMANDATION 2.15** : Modifier l'article 1 du projet de loi afin de conserver la réadaptation physique au deuxième alinéa de l'article 1 de la LATMP « lésions professionnelles » et également dans tout autre article de la Loi qui y réfère présentement.

Tout comme pour la réadaptation avant consolidation, le projet de loi donne des pouvoirs additionnels à la CNESST. Il prévoit ainsi un pouvoir réglementaire d'ajouter ou de retirer certaines mesures de réadaptation de la liste des programmes de réadaptation sociale et de celles du programme de réadaptation professionnelle. Ceci est d'autant plus inquiétant que les règlements auxquels réfère le projet de loi ne sont pas inclus. Actuellement, la LATMP comprend une énumération non exhaustive des mesures que peut comprendre un programme de réadaptation physique, social ou professionnel, notamment aux articles 149, 150, 152 et 167. Il n'y a pas de raison de changer cela. Tous les programmes de réadaptation doivent demeurer ouverts et non limitatifs afin de pouvoir les adapter selon les besoins de chaque cas. Actuellement, les articles visés par le projet de loi ne causent aucun problème et la seule justification possible pour proposer ces modifications est une volonté de limiter les coûts, au détriment des besoins de réadaptation des travailleurs et des travailleuses victimes de lésions professionnelles. La Loi doit continuer de prévoir que le travailleur ou la travailleuse a droit « à la réadaptation que requiert son état en vue de sa réinsertion sociale et professionnelle » et ne pas la limiter.

**RECOMMANDATION 2.16** : Retirer les nouveaux pouvoirs réglementaires que l'on retrouve notamment au nouvel article 146 créé par l'article 28 du projet de loi, à l'article 152 créé par l'article 31, à l'article 167 créé par l'article 33, en plus de faire le lien avec l'article 454 en retirant les ajouts aux paragraphes 3.0.1 et 3.0.2 créés par l'article 115 b) du projet de loi.

### 2.2.3. Réadaptation professionnelle

L'APTS félicite le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité de profiter de cette réforme pour apporter les ajustements rendus nécessaires à la suite de l'Arrêt Caron<sup>42</sup>. Il faut cependant souligner que plusieurs nouveaux articles visant la réadaptation professionnelle demandent certains ajustements afin de se conformer aux règles et obligations respectives des parties en matière d'accommodement. À la lecture des articles 36 et 37 du projet de loi notamment, nous constatons que la CNESST sera la maîtresse d'œuvre du processus et/ou du programme de réadaptation professionnelle et déterminera ultimement s'il y a un emploi convenable disponible chez l'employeur<sup>43</sup>. Pour y arriver, le projet de loi prévoit la collaboration du ou de la travailleur·euse et de l'employeur<sup>44</sup>. Le seul endroit où l'on retrouve l'implication du syndicat

---

<sup>42</sup> Québec (*CNESST des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail*) c. Caron, 2018 CSC 3.

<sup>43</sup> PL 59, précité, note 40, art. 36 (qui modifie l'article 170 de la LATMP).

<sup>44</sup> *Id.*

représentant le ou la travailleur·euse est au premier paragraphe de l'article 170.1 créé par l'article 37 du projet de loi.

Pourtant le rôle du syndicat en matière d'accommodement est incontournable à cause de son obligation de juste représentation, édictée par l'article 47.2 du *Code du travail*<sup>45</sup>. Cette obligation s'exerce de manière délicate puisque le syndicat doit tout aussi bien représenter le ou la travailleur·euse qui a des problèmes de santé visés par la LATMP que les autres travailleurs et travailleuses de l'unité de négociation. Depuis l'arrêt Renaud<sup>46</sup>, il est clair que le syndicat ne peut pas agir en spectateur et doit participer activement à la recherche de solutions dans un processus d'accommodement. Tout comme pour l'employeur, il est bien établi que le syndicat peut faire la démonstration d'une contrainte excessive pour refuser un accommodement. À cet effet, nous reprenons les propos du juge Sopinka qui indiquait :

« (...) Je suis d'accord avec les prétentions du syndicat intimé et du C.T.C. que l'essence de l'obligation du syndicat diffère de celle de l'employeur du fait qu'il faut tenir compte de la nature représentative d'un syndicat. La principale crainte que soulève les conséquences de mesures d'accommodement concerne non pas, comme dans le cas de l'employeur, les coûts ou l'interruption qui peuvent en résulter pour l'entreprise du syndicat, mais plutôt l'effet sur d'autres employés. L'obligation d'accommodement ne devrait pas substituer la discrimination envers d'autres employés à la discrimination subie par le plaignant. Toute atteinte importante aux droits d'autrui justifiera normalement le refus du syndicat de consentir à une mesure qui aurait cet effet. Quoique le critère de la contrainte excessive s'applique au syndicat, on y satisfera souvent en démontrant que l'adoption de mesures d'accommodement proposées causera un préjudice à d'autres employés. Tel que mentionné précédemment, ce critère est fondé sur le caractère raisonnable des mesures prises ou proposées pour éliminer la discrimination<sup>47</sup>. »

Dans les circonstances, on ne peut qu'arriver à la conclusion que la place du syndicat n'est pas suffisante dans le cadre de la réadaptation professionnelle prévue au projet de loi. Il est essentiel de faire reconnaître clairement qu'il existe une relation tripartite en matière d'accommodement, c'est-à-dire que l'employeur, le ou la travailleur·euse et le syndicat, le cas échéant, doivent participer activement. La CNESST a un rôle important à jouer en matière de réadaptation professionnelle mais cette responsabilité ne peut remplacer celle du syndicat.

**RECOMMANDATION 2.17** : Apporter les modifications nécessaires aux articles 17, 36 et 37 du projet de loi afin de tenir compte des obligations et responsabilités du syndicat et faire ressortir clairement la relation tripartite employeur, travailleur·euse et syndicat dans le cadre du processus et/ou du programme de réadaptation professionnelle et maintenir les indemnités de remplacement

---

<sup>45</sup> L.R.Q. c. C-27.

<sup>46</sup> *Central Okanagan School District no. 23 c. Renaud*, [1992] 2 R.C.S. 207

<sup>47</sup> *Id.* p. 991-992

du revenu jusqu'à la réintégration effective de la travailleuse ou du travailleur dans un emploi convenable.

### 2.3. SERVICES DE SANTÉ ET ASSISTANCE MÉDICALE

L'APTS est inquiète de constater que le projet de loi abolit l'article 188, qui indiquait clairement que « le travailleur victime d'une lésion professionnelle a droit à l'assistance médicale que requiert son état en raison de cette lésion ».

Parallèlement à l'abolition de cet article, le projet de loi modifie l'article 189 afin, à nouveau, d'augmenter le pouvoir réglementaire de la CNESST<sup>48</sup> sur les aspects suivants :

- les médicaments, où il est à craindre que le règlement à être adopté accepte seulement les remboursements de médicaments visés par la RAMQ et pourrait aller jusqu'à établir un plafond de remboursement;
- les prothèses et orthèses, où ces dépenses sont retirées de la Loi et transférées dans un éventuel règlement;
- les soins, traitements, aides techniques et autre frais non visés dans les paragraphes précédents sont retirés de la Loi.

Ces pouvoirs réglementaires sont convoités par la CNESST depuis un certain temps. Dans son rapport sur la modernisation du régime de santé du travail, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) avait souhaité des changements au niveau de l'assistance médicale en s'exprimant ainsi au sujet des médicaments :

« Finalement, la CSST envisage de se doter d'un pouvoir réglementaire qui permettrait éventuellement de favoriser le recours aux médicaments génériques afin de tenir compte des nouvelles réalités du marché du médicament. Cela lui permettrait du même coût d'assurer un meilleur contrôle des coûts et du type de médicament remboursé<sup>49</sup>. »

Nous nous permettons à nouveau de reprendre un passage du mémoire déposé par le SISF, qui illustre bien nos inquiétudes qui sont tout aussi pertinentes aujourd'hui :

« Ainsi la CSST aura le pouvoir réglementaire de déterminer sur une base généralisée les limites et la durée de la prise des médicaments. Cette mesure est totalement inacceptable et des impératifs financiers ne peuvent justifier de limiter l'accès aux médicaments prescrits par le médecin qui a charge.

---

<sup>48</sup> PL 59, précité, note 40, art. 51

<sup>49</sup> Précité, note 2, p.11

Ne connaissant pas la réglementation qui sera applicable en cette matière, nos prédictions nous portent à croire que la CSST vise à favoriser l'utilisation de médicaments génériques plutôt que la médication proposée par le médecin traitant. La CSST pourrait ainsi déterminer à l'avance l'exclusion de certains médicaments qui sont propres à des traitements ou refuser des médicaments nouveaux. La CSST veut par ce biais limiter la durée des prescriptions et imposer un montant forfaitaire maximum par type de lésion. La solution du montant forfaitaire ne saurait être une panacée lorsqu'il s'agit de la santé des travailleurs blessés ou malades en raison de leur travail.

La CSST ira-t-elle jusqu'à tenter par ce biais, de cesser le paiement des médicaments après la date de consolidation? Cette mesure serait un sérieux recul de la notion établie depuis longtemps par la CLP « de l'assistance médicale que requiert son état ».

Par l'utilisation d'une réglementation plutôt que d'introduire les modalités d'application dans la loi, la CSST utilise un subterfuge pour arriver à ses fins<sup>50</sup>. »

Le législateur ne peut accepter que la CNESST se permette d'imposer les types de médicaments et le coût de ces dépenses sans compromettre la santé du ou de la travailleur·euse et son droit à recevoir les traitements jugés nécessaires par le médecin qui en a charge. Ces changements à la Loi ne visent qu'à contourner l'opinion de ce dernier, lequel peut avoir des raisons médicales de prescrire un médicament qui ne fait pas partie de la liste des médicaments génériques ou couverts par la RAMQ.

Tel que libellé, le PL 59 porte à craindre que la CNESST utilise les nouveaux pouvoirs réglementaires et aille beaucoup plus loin qu'avec l'actuel règlement sur l'assistance médicale afin de restreindre les traitements de physiothérapie ou d'ergothérapie et de leur faire subir le même sort que celui qu'elle réserve aux médicaments. En effet, par le retrait de la section « réadaptation physique », combiné à l'ajout des pouvoirs réglementaires en matière d'assistance médicale, nous craignons que le nombre de ces traitements soit limité selon le diagnostic ou le type de lésion, et ce, sans tenir compte de la situation médicale de la personne lésée et de l'opinion du médecin qui a charge ou de l'intervenant·e de la santé qui prodigue ces soins.

Comment peut-on accepter que la CNESST ait un tel un pouvoir réglementaire en sachant que cela peut avoir une incidence importante sur le rétablissement des travailleur·euse·s? Est-ce que l'objectif du ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité est de faire assumer le coût de certains frais, traitements ou services aux travailleur·euse·s? C'est ce qui arrivera si le projet de loi est maintenu tel quel. Le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité devrait plutôt profiter de cette réforme pour se distancer de la volonté de la CNESST de rationaliser les coûts d'une telle façon. Il aurait avantage à continuer de reconnaître le

---

<sup>50</sup> Mémoire du SISP, précité, note 12, page 36

droit à l'assistance médicale que requiert l'état du travailleur ou de la travailleuse victime d'une lésion professionnelle et de faire confiance aux médecins et aux autres intervenant-e-s de la santé.

**RECOMMANDATION 2.18** : Retirer les articles 50, 51, 52, 54 et 90 du projet de loi afin de conserver les articles 188, 189, 192, 194 et 341 de la Loi actuelle et faire le lien avec l'article 454 en retirant les ajouts visant les paragraphes 4.0.1 et 4.1 créés par l'article 115 d) et f) du projet de loi.

**RECOMMANDATION 2.19** : Retirer le nouveau chapitre V.1 « Équipement adapté et autres frais » créé par l'article 57 du projet de loi.

## 2.4. PROCÉDURE D'ÉVALUATION MÉDICALE

### 2.4.1. Pouvoirs du ou de la membre du bureau d'évaluation médicale

L'APTS ne voit pas d'un bon œil les modifications qui sont apportées à la procédure d'évaluation médicale. La LATMP prévoit que la CNESST est liée par le diagnostic et les autres conclusions établis par le médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse relativement aux sujets mentionnés aux paragraphes 1<sup>o</sup> à 5<sup>o</sup> de l'article 212<sup>51</sup>. Cependant, les nouveaux pouvoirs octroyés au ou à la membre du BEM par le projet de loi à l'article 221 viennent modifier cet état juridique et retirent ainsi la prépondérance de l'opinion du médecin qui a charge. Et lorsque le projet de loi oblige le ou la membre du BEM à statuer sur l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles au moment de déterminer la date de consolidation, il évite ou empêche le médecin qui a charge de se prononcer sur ces sujets. Le rôle du ou de la membre du BEM n'est pas celui d'un-e expert-e. Ce projet de loi vient, de manière détournée, retirer au travailleur ou à la travailleuse son droit au ou à la professionnel-le de la santé de son choix, qui lui est conféré par l'article 192 de la LATMP.

La procédure d'évaluation médicale doit demeurer neutre et ne doit pas précipiter les choses. Quel est l'objectif recherché? Réduire les délais?

Nous insistons sur les propos cités dans le mémoire du SISP :

« Le membre du bureau d'évaluation médicale (BEM) aura désormais l'obligation de se prononcer sur l'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique (APIPP) et sur les limitations fonctionnelles lorsqu'il considérera que la lésion est consolidée. Même si ces questions n'ont pas fait l'objet d'une opinion ou d'un rapport par le médecin qui a charge. Cet ajout vient officialiser une revendication patronale voulant que le BEM utilisant ce pouvoir discrétionnaire, court-circuite la possibilité pour les travailleuses et les travailleurs d'obtenir l'opinion de leur médecin traitant.

---

<sup>51</sup> LATMP, précitée, note 24, article 224 et 358 par. 2.

En effet, cette obligation du BEM nous laisse craindre que cette façon de faire exerce une pression indue sur les médecins traitants quant à la consolidation de la lésion et à l'attribution hâtive de l'APIPP et de limitations fonctionnelles. De plus, plusieurs travailleurs risquent d'être retournés au travail sans qu'une évaluation sérieuse de leur état ait été faite par leur médecin.

Nous ne voyons pas en quoi cette mesure est une modernisation de la loi<sup>52</sup>. »

La LATMP ne peut sous aucun prétexte permettre d'utiliser le ou la membre du BEM pour usurper le rôle du médecin et éviter d'obtenir son opinion. Si le médecin ne s'est pas prononcé sur l'atteinte permanente et les limitations fonctionnelles, c'est qu'il avait des raisons pour ne pas le faire. Si un ajout doit être fait, la Loi devrait prévoir une étape obligatoire pour recueillir l'opinion du médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse à la suite d'une décision du ou de la membre du BEM sur la question de l'atteinte permanente et des limitations fonctionnelles qui serait rendue au moment de déterminer la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion.

**RECOMMANDATION 2.20** : Retirer l'article 66 du projet de loi afin de conserver l'article 221 de la Loi mais ajouter une étape dans la Loi afin que le médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse puisse avoir un délai suffisant pour établir les atteintes permanentes et limitations fonctionnelles, s'il ne l'a pas déjà fait, alors que le ou la membre du bureau d'évaluation médicale se prononce sur ces aspects au moment où il ou elle rend une décision sur la date ou période prévisible de consolidation de la lésion.

#### 2.4.2. Nouveaux délais

Nous comprenons que le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité souhaite intégrer certains délais, notamment en ce qui concerne la désignation du ou de la membre du BEM. Cependant, nous sommes en désaccord avec la modification proposée au projet de loi visant à lier la CNESST au rapport qu'elle a obtenu pour substituer une décision d'un·e membre du BEM dans le cas où le ministre ne peut procéder à sa désignation dans le délai de 90 jours ajouté à la Loi<sup>53</sup>. Encore une fois, le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité bonifie les pouvoirs de la CNESST. L'opinion médicale obtenue par la CNESST ne peut remplacer l'avis du ou de la membre du BEM qui doit normalement disposer d'opinions contradictoires. Avec ce projet de loi, la CNESST se retrouve à la fois juge et partie, ce qui est inacceptable.

**RECOMMANDATION 2.21** : Retirer les articles 63, 64 et 67 du projet de loi afin de conserver l'article 219 de la Loi.

---

<sup>52</sup> Mémoire du SISF, précité, note 12, p. 37-38

<sup>53</sup> PL 59, précité note 40, art. 63 et 64.



## CONCLUSION

En matière de prévention, l'APTS est soulagée que le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite reste dans la LSST et salue la volonté du gouvernement de conserver ce droit à titre de mesure de prévention. Nous sommes sceptiques toutefois quant à l'identification des dangers par protocoles définis de façon universelle pour tous les établissements du Québec, sans considération pour la rigueur d'une évaluation médicale distincte pour chaque travailleur·euse relié·e, faite en fonction de son poste de travail. Nous craignons que cette uniformisation entraîne une augmentation des contestations, tant au plan de l'admissibilité que des réaffectations.

Nous saluons l'application des mécanismes de prévention à l'ensemble des secteurs d'activités du Québec tout en étant perplexes devant les propositions relatives au règlement sur les mécanismes de prévention qui portent préjudice au paritarisme en permettant aux employeurs d'élaborer seuls le programme de prévention et en autorisant la définition du programme de santé en fonction des priorités de la CNESST. Les mécanismes de participation du personnel et son pouvoir décisionnel sur les enjeux aussi importants que la SST en sont considérablement réduits.

Compte tenu de son impact sur le programme de prévention, sur le comité de santé et sécurité du travail ainsi que sur la personne représentante en santé et sécurité, nous réitérons que l'approche multiétablissement ne constitue pas une solution appropriée. Nous favorisons plutôt la création d'un programme de prévention, d'un comité de santé et de sécurité du travail et d'une personne représentante en santé et sécurité du travail par établissement.

Nous réclamons depuis 40 ans l'application des mécanismes de prévention à notre secteur d'activité et au moment où le législateur fait enfin preuve d'ouverture, il propose de limiter la participation et le pouvoir décisionnel des travailleurs et travailleuses qui voudraient contribuer à l'amélioration de la santé et de la sécurité dans leur milieu de travail! Sans l'accès aux mécanismes de prévention et sans l'obtention de conditions pour favoriser la présence des travailleurs et travailleuses dans les mécanismes de participation, nous ne pourrons pas atteindre l'objectif de la LSST, soit l'élimination des dangers à la source pour garantir la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs et travailleuses.

Nous constatons que le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité prend acte des consensus et des débats portant sur la modernisation du régime qui ont été menés par le CCTM en 2017. Nous tenons toutefois à rappeler que des avis divergents, provenant d'autres organisations syndicales ou de groupes communautaires, n'ont pas été pris en compte dans le rapport en question.

Pour toutes ces raisons nous considérons que le PL 59 devrait être révisé et sa réglementation, notamment celle ayant trait à l'évaluation des risques des groupes d'activités, retirée.

En matière de réparation, nous constatons que le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité utilise le PL 59 pour octroyer de nombreux pouvoirs à la CNESST et pour diminuer la prépondérance de l'opinion du médecin qui a charge de la personne salariée. Tel que mentionné, ces changements sont difficiles à comprendre puisqu'ils vont à l'encontre de l'esprit de la Loi et de son objectif premier qui est « la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent<sup>54</sup> ». Il faut garder en tête que la LATMP est un régime public qui a été créé afin d'éviter à un travailleur ou une travailleuse souhaitant être indemnisé-e d'avoir recours aux tribunaux civils et de devoir faire la démonstration d'une faute commise par son employeur<sup>55</sup>.

Afin d'effectuer une réelle modernisation de la Loi, le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité doit profiter de ce projet de loi pour adapter la liste des maladies professionnelles à l'évolution du monde du travail, en la conservant dans la Loi et en favorisant l'application de la présomption à des problèmes de santé qui touchent les travailleuses et travailleurs offrant des services à la population, et ce, plus particulièrement en ce qui a trait aux troubles musculosquelettiques et aux troubles mentaux. Le projet de loi doit aussi être adapté en ce qui concerne les conditions particulières qui sont trop limitatives pour la reconnaissance de certaines maladies.

Plusieurs changements proposés en matière de réadaptation menacent les droits des travailleuses et des travailleurs. Cette réforme altère le rôle prépondérant du médecin traitant en accordant des pouvoirs à la CNESST et en soustrayant la réadaptation physique du chapitre de la réadaptation alors qu'elle est essentielle pour la récupération et le développement de la capacité résiduelle des travailleuses et des travailleurs. Ces aspects sont inacceptables et doivent impérativement être modifiés. En ce qui a trait à la réadaptation professionnelle, le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité doit tenir compte des obligations et responsabilités du syndicat afin d'intégrer la relation tripartite lors du processus d'accommodement visant à déterminer l'emploi convenable.

En ce qui concerne les services de santé ou l'assistance médicale, les changements proposés rationalisent, au détriment des besoins des travailleuses et des travailleurs, les coûts qui découlent des problèmes de santé provoqués par un accident du travail ou une maladie professionnelle. Dans le respect des objectifs de la LATMP, il n'est donc pas opportun que la CNESST se voit octroyer des pouvoirs réglementaires aussi grands.

Nous insistons à nouveau sur le fait que la LATMP doit permettre une indemnisation effective des victimes de lésions professionnelles et que pour atteindre cet objectif le rôle du médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse doit demeurer prépondérant. La procédure d'évaluation médicale ne doit pas permettre que le ou la membre du bureau d'évaluation médicale usurpe le rôle du médecin qui a charge.

---

<sup>54</sup> LATMP Précité, note 24

<sup>55</sup> Certaines décisions illustrent bien les principes établis depuis l'adoption de la LATMP, dont l'affaire *Béliveau St-Jacques c. Fédération des employés et employés de services publics inc.*, [1996] 2 R.C.S. 345

Si le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité désire mettre un frein aux dépenses grandissantes liées au régime de réparation de la LATMP, il devrait axer sa réforme sur l'amélioration du régime de prévention et obliger les employeurs à régler à la source les situations provoquant des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Nous espérons que nos recommandations seront reçues positivement par la Commission et qu'elles permettront de moderniser le régime de santé et de sécurité du travail comme nous le réclamons depuis de nombreuses années.

# RECOMMANDATIONS

## PARTIE 1 - LA PRÉVENTION

**RECOMMANDATION 1.1** : Maintenir dans son intégrité le programme de maternité sans danger et encourager la recherche portant sur les agresseurs pouvant constituer des dangers physiques pour l'enfant à naître ou pour les travailleuses enceintes à cause de leur état de grossesse.

**RECOMMANDATION 1.2** : Retirer l'article 42.1 de la section du retrait préventif de la travailleuse enceinte pour permettre le paiement des indemnités de remplacement de revenu jusqu'à la date prévue d'accouchement, assurant à la salariée de pouvoir profiter pleinement de son congé de maternité sans perte de revenu.

**RECOMMANDATION 1.3** : Réclamer des employeurs l'adoption d'une politique de prévention spécifique visant la violence conjugale et familiale en application du 16<sup>e</sup> paragraphe de l'article 51 de la LSST et l'inclusion dans cette politique de prévention des éléments essentiels basés sur les travaux des chercheur·e·s et groupes de femmes spécialisés en matière de violence conjugale et familiale.

**RECOMMANDATION 1.4** : Prévoir explicitement à l'article 51 de la LSST les obligations d'analyser les risques psychosociaux présents dans les milieux de travail et de prévenir leurs conséquences sur les travailleur·euse·s.

**RECOMMANDATION 1.5** : Ajouter à l'article 146 du PL 59 et à l'article 58 de la LSST que l'employeur doit élaborer en collaboration avec le comité de santé et sécurité du travail et mettre en application un programme de prévention propre à chaque établissement d'au moins 20 travailleur·euse·s.

**RECOMMANDATION 1.6** : Retirer l'Annexe 1 intitulée *Niveaux de risque liés aux activités exercées dans un établissement* du Règlement sur les mécanismes de prévention et mettre en place une autre procédure visant à évaluer le niveau de risque (études épidémiologiques, etc.) en collaboration avec le comité de santé et sécurité du travail.

**RECOMMANDATION 1.7** : Ajouter à l'article 146 du PL 59 modifiant l'article 58 de la LSST aux fins de créer le programme de prévention multiétablissement « conditionnel à un accord entre l'employeur et l'association accréditée ou des travailleur·euse·s d'un établissement concerné ».

**RECOMMANDATION 1.8** : Ajouter à l'article 152 du PL 59 modifiant l'article 68 de la LSST aux fins de créer le comité de santé et sécurité du travail multiétablissement : « conditionnel à un accord entre l'employeur et l'association accréditée ou les travailleurs et travailleuses d'un établissement concerné ».

**RECOMMANDATION 1.9** : Ajouter à l'article 156 du projet de loi portant sur l'article 78 de la LSST qui précise les fonctions du CSS celles qui suivent :

- participer à l'élaboration du programme de prévention;
- participer à l'identification des risques jugés prioritaires;
- approuver le programme de santé;
- choisir le médecin chargé de la santé au travail;
- participer à l'identification des postes qui ne comportent pas de danger pour les travailleuses enceintes, ou pour l'enfant à naître, et qu'elles seraient raisonnablement en mesure d'accomplir.

**RECOMMANDATION 1.10** : Ajouter à la suite du terme expert-e « ou toute autre personne ressource » à l'article 155 du PL 59 portant sur l'article 75 de la LSST qui indique qui peut participer, à la demande d'une association accréditée ou de l'employeur, au comité de santé et sécurité du travail.

**RECOMMANDATION 1.11** : Ajouter à l'article 162 du PL 59 modifiant l'article 87 de la LSST aux fins de nommer une personne représentante en santé et sécurité dédiée à un comité de santé et sécurité du travail multiétablissement « conditionnel à un accord entre l'employeur et l'association accréditée ou les travailleurs et travailleuses d'un établissement concerné ».

**RECOMMANDATION 1.12** : Retirer l'article 175 du PL 59 abolissant les articles 112 à 115 de la LSST afin que l'élaboration et la mise en application du programme de santé au travail spécifique à un établissement demeurent sous la responsabilité du médecin et qu'il soit approuvé par le comité de santé et de sécurité du travail.

**RECOMMANDATION 1.13** : Remplacer le terme « collabore » à l'article 117.1 de la LSST par le terme « élabore » de manière à ce que le médecin qui a charge de la santé élabore le programme de santé au travail.

**RECOMMANDATION 1.14** : Modifier la loi actuelle pour permettre à l'ensemble des secteurs d'activité au Québec de bénéficier des services d'une association sectorielle paritaire.

**RECOMMANDATION 1.15** : Ajouter des effectifs au sein de la CNESST en leur confiant le mandat d'assumer de façon proactive un rôle d'inspection-prévention.

**RECOMMANDATION 1.16** : Exiger de la CNESST qu'elle rende accessibles et publics les rapports d'inspection et les avis de correction (en excluant au besoin les renseignements de nature confidentielle).

**RECOMMANDATION 1.17** : Mettre à jour certaines normes contenues dans le *Règlement sur la santé et la sécurité du travail* de manière à tenir compte des normes internationales existantes plus avantageuses sur le plan de la protection de la santé et de la sécurité du travail.

## **PARTIE 2 - LA RÉPARATION**

**RECOMMANDATION 2.1** : Conserver la liste des maladies incluse dans l'annexe 1 de la LATMP plutôt que de la transférer dans un règlement.

**RECOMMANDATION 2.2** : Intégrer une mécanique à la LATMP afin que la liste soit mise à jour de manière régulière aux cinq ans ou, si besoin, à l'intérieur de cette période, suivant les recommandations du nouveau Comité scientifique sur les maladies professionnelles mais à la suite d'un processus de consultation sous la forme d'une audience publique;

**RECOMMANDATION 2.3** : Retirer le premier paragraphe de l'article 454.1 de la LATMP créé par l'article 116 du projet de loi qui confère des pouvoirs supplémentaires à la CNESST. Retirer le règlement sur les maladies professionnelles conçu par l'article 238 du projet de Loi et adapter le premier paragraphe de l'article 454 de la Loi, lequel est modifié par l'article 115 du projet de loi.

**RECOMMANDATION 2.4** : Revoir et adapter le nouveau chapitre X.1 « Comité scientifique sur les maladies professionnelles », notamment le nouvel article 348.3, qui est créé par l'article 101 du projet de loi.

**RECOMMANDATION 2.5** : Retirer les articles 272.1, 272.2 et 272.3 à l'article 88 du projet de loi, et conserver le délai de réclamation actuellement prévu à l'article 272 de la LATMP, c'est-à-dire « six mois de la date où il est porté à la connaissance du travailleur ou du bénéficiaire que le travailleur est atteint d'une maladie professionnelle ou qu'il en est décédé », et ce, pour l'ensemble des maladies professionnelles. Étant interrelié, retirer également l'article 103 du projet de loi qui modifie l'article 352 de la Loi.

**RECOMMANDATION 2.6** : Bonifier la liste des maladies professionnelles au niveau des troubles musculosquelettique par l'ajout des diagnostics suivants : épicondylite, épitrochléite, syndrome du canal carpien, capsulite, fasciite plantaire, syndrome myofascial.

**RECOMMANDATION 2.7** : Bonifier la liste des maladies professionnelles relatives aux « Troubles mentaux » par l'ajout de manifestations telles que troubles d'adaptation, états dépressifs, troubles anxieux et épuisement professionnel.

**RECOMMANDATION 2.8** : Clarifier l'article 28 de la Loi afin d'indiquer qu'une blessure présumée lésion professionnelle peut être autant physique que psychologique.

**RECOMMANDATION 2.9** : Prévoir la mise en place d'un comité composé de spécialistes en troubles mentaux travaillant de concert avec les agent·e·s de la CNESST pour évaluer les réclamations de maladies de la section « troubles mentaux » (article 29 de la LATMP) et/ou celles des blessures psychologiques (article 28 de la LATMP).

**RECOMMANDATION 2.10** : Intégrer et élargir les conditions particulières énoncées dans le règlement sur les maladies professionnelles pour permettre l'application de la présomption de l'article 29 de la LATMP à différents milieux de travail et différentes professions. Particulièrement les conditions relatives aux « lésions musculosquelettiques » et « troubles mentaux ».

**RECOMMANDATION 2.11** : Définir les termes « mesures de réadaptation » pour une meilleure compréhension de la Loi et ainsi éviter des ambiguïtés dans la section « mesures de réadaptation avant consolidation ».

**RECOMMANDATION 2.12** : Réécrire les nouveaux articles 145 à 145.5 créés par l'article 27 du projet de loi afin que la mise en œuvre ou la fin de la mise en œuvre de mesures de réadaptation, incluant celle visant un retour graduel au travail, soit déterminée selon l'avis du médecin qui a charge du ou de la travailleur·euse.

**RECOMMANDATION 2.13** : Retirer le nouvel article 145.4 créé par l'article 27 du projet de loi de même que l'article 106 modifiant l'article 358 de la Loi.

**RECOMMANDATION 2.14** : Retirer l'article 30 du projet de Loi afin de réintégrer la sous-section 1 de la section I du chapitre IV de la Loi, comprenant les articles 148 à 150 visant la « réadaptation physique ».

**RECOMMANDATION 2.15** : Modifier l'article 1 du projet de Loi afin de conserver la réadaptation physique au deuxième alinéa de l'article 1 de la LATMP « :lésions professionnelles » et également dans tout autre article de la Loi qui y réfère présentement.

**RECOMMANDATION 2.16** : Retirer les nouveaux pouvoirs réglementaires que l'on retrouve notamment au nouvel article 146 créé par l'article 28 du projet de Loi, à l'article 152 créé par l'article 31, à l'article 167 créé par l'article 33, en plus de faire le lien avec l'article 454 en retirant les ajouts aux paragraphes 3.0.1 et 3.0.2 créés par l'article 115 b) du projet de Loi.

**RECOMMANDATION 2.17** : Apporter les modifications nécessaires aux articles 17, 36 et 37 du projet de loi afin de tenir compte des obligations et responsabilités du syndicat et faire ressortir clairement la relation tripartite employeur, travailleur·euse et syndicat dans le cadre du processus et/ou du programme de réadaptation professionnelle et maintenir les indemnités de remplacement du revenu jusqu'à la réintégration effective de la travailleuse ou du travailleur dans un emploi convenable.

**RECOMMANDATION 2.18** : Retirer les articles 50, 51, 52, 54 et 90 du projet de loi afin de conserver les articles 188, 189, 192, 194 et 341 de la Loi actuelle et faire le lien avec l'article 454 en retirant les ajouts visant les paragraphes 4.0.1 et 4.1 créés par l'article 115 d) et f) du projet de loi.

**RECOMMANDATION 2.19** : Retirer le nouveau chapitre V.1 « Équipement adapté et autres frais » créé par l'article 57 du projet de loi.

**RECOMMANDATION 2.20** : Retirer l'article 66 du projet de Loi afin de conserver l'article 221 de la Loi mais ajouter une étape dans la Loi afin que le médecin qui a charge du travailleur ou de la travailleuse puisse avoir un délai suffisant pour établir les atteintes permanentes et limitations fonctionnelles, s'il ne le pas déjà fait, alors que le ou la membre du bureau d'évaluation médicale se prononce sur ces aspects au moment où il rend une décision sur la date ou période prévisible de consolidation de la lésion.

**RECOMMANDATION 2.21** : Retirer les articles 63, 64 et 67 du projet de loi afin de conserver l'article 219 de la Loi.

# RÉSUMÉ DU MÉMOIRE

présenté à la Commission de l'économie  
et du travail dans le cadre de l'étude  
du projet de loi n° 59

Loi modernisant le régime de santé et  
de sécurité du travail

**POUR UN MEILLEUR ACCÈS AUX  
MÉCANISMES DE PRÉVENTION  
ET UNE MEILLEURE PROTECTION  
DES DROITS**

**Par l'Alliance du personnel professionnel et technique  
de la santé et des services sociaux**



Janvier 2021

Une loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail est attendue depuis 40 ans, autant dire que le projet de loi n° 59 (PL 59) est l'objet d'un niveau élevé d'attentes.

L'APTS accueille favorablement l'application des mécanismes de prévention à l'ensemble des secteurs de travail du Québec. En modifiant ainsi la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), le PL 59 permet de créer un comité de santé et sécurité du travail (CSS), de nommer un·e représentant·e à la prévention et oblige les employeurs à élaborer un programme de prévention dans les entreprises employant au moins 20 personnes.

Toutefois, l'application de ces mécanismes de prévention est compromise par la réglementation qui l'accompagne. Ainsi le PL 59 prévoit que le pouvoir du comité paritaire et du ou de la représentant·e en santé et sécurité sera déterminé en fonction du risque (faible, moyen ou élevé). Selon cette catégorisation les milieux de travail de nos membres sont évalués pour la plupart « à faible risque ». Le niveau d'absentéisme croissant dans le RSSS, associé à des problèmes de santé mentale ou à la présence de troubles musculosquelettiques (TMS), démontre plutôt la présence de risques considérables dans ces milieux de travail, minimisés par cette catégorisation.

Très sceptique quant à la pertinence de mettre en place des protocoles « universels » pour définir les dangers qui menacent la travailleuse enceinte ou qui allaite, l'APTS recommande le maintien dans son intégralité du programme de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (RPTEA).

L'APTS désapprouve également les changements apportés à la LSST qui confèrent à l'employeur un plus grand contrôle en prévention en lui confiant le pouvoir exclusif d'élaborer le programme de prévention et de choisir le médecin. Nous estimons qu'il s'agit là d'une atteinte au paritarisme, qui a toujours été retenu comme un principe fondamental de la LSST.

Le PL 59 modifie aussi de façon importante la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP).

Nous déplorons que l'objectif de moderniser la Loi ouvre la porte à l'octroi de pouvoirs à notre avis injustifiés à la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST), notamment en ce qui a trait aux maladies professionnelles, à la réadaptation et à l'assistance médicale (services de santé). Ces modifications nous incitent à croire que l'exercice vise à rationaliser les coûts au détriment du respect de l'esprit de la Loi.

Le PL 59 diminue grandement la prépondérance de l'opinion du médecin qui a charge de la personne salariée, particulièrement par l'ajout de la nouvelle section « réadaptation avant consolidation » et par les nouveaux pouvoirs permettant au ou à la membre du bureau d'évaluation médicale (BEM) d'établir seul·e les atteintes permanentes et les limitations fonctionnelles lorsqu'il ou elle décide de la date de consolidation. Trahissant elles aussi les objectifs de la Loi, ces modifications constituent des reculs importants pour les droits des travailleur·euse·s.

Afin de moderniser réellement la Loi, le PL 59 doit privilégier l'adaptation de la liste des maladies professionnelles à l'évolution du monde du travail, en la conservant tout en favorisant l'application de la présomption à des problèmes de santé qui affectent les travailleur·euse·s offrant des services à la population, et ce, plus particulièrement en ce qui a trait aux TMS et aux troubles mentaux. Les conditions particulières pour la reconnaissance de certaines maladies sont beaucoup trop limitatives.

Pour permettre la réadaptation professionnelle, le PL 59 doit tenir compte des obligations et responsabilités du syndicat afin d'intégrer correctement la relation tripartite lors du processus d'accommodement visant à déterminer l'emploi convenable.

Nous estimons que la meilleure façon de mettre un frein aux dépenses grandissantes liées au régime de réparation de la LATMP est d'axer la réforme sur l'amélioration du régime de prévention et d'obliger les employeurs à régler à la source les situations provoquant des accidents du travail et des maladies professionnelles.

### **Siège social**

1111, rue Saint-Charles Ouest, bureau 1050  
Longueuil (Québec) J4K 5G4  
Tél. : 450 670-2411 ou 1 866 521-2411  
Télec. : 450 679-0107 ou 1 866 480-0086

### **Bureau de Québec**

1305, boul. Lebourgneuf, bureau 200  
Québec (Québec) G2K 2E4  
Tél. : 418 622-2541 ou 1 800 463-4617  
Télec. : 418 622-0274 ou 1 866 704-0274

[www.apsq.com](http://www.apsq.com) • [info@apsq.com](mailto:info@apsq.com)

