

MÉMOIRE de l'ASMPQ

Association des Spécialistes en Médecine Préventive du Québec

LE PROJET DE LOI no 59

Loi modernisant le régime québécois de Santé Sécurité au Travail

Commission Parlementaire

Janvier 2021



Table des matières

Résumé	5
<i>Contexte</i>	6
<i>Avancées significatives identifiées dans le Projet de loi 59</i>	7
<i>Enjeux</i>	8
1. Gouvernance	8
2. Comités et règlement.....	9
3. Qualité de la pratique médicale	13
4. Identification des risques et priorisation des interventions en milieu de travail.....	15
5. Programmes de prévention et programmes de santé	16
6. Chargé de prévention	19
7. Risques psychosociaux liés au travail (RPST).....	20
<i>Conclusion</i>	23
Annexe I.....	25

Comité de rédaction

Nabyla Titri, MD, MSc, CSPQ, DEMS

Spécialiste en médecine du travail

Maîtrise en santé environnementale et santé au travail

Chargée d'enseignement clinique, Université de Montréal

Responsable des activités de développement professionnel continu en médecine du travail,
Clinique de médecine du travail et de l'environnement, Centre Hospitalier Universitaire de Montréal
(CHUM)

Secrétaire et membre du comité DPC, Association des spécialistes en médecine préventive du Québec
Médecin-conseil et médecin responsable en santé au travail, CISSS des Laurentides

Marie-Laure Durand-Hemery, MD, DES, DESC, CSPQ, MRO

Spécialiste en médecine du travail

Diplômes de 3^e cycle en addictologie, et en allergologie et immunologie clinique

Professeur adjoint de clinique, Université de Montréal

Présidente, Association des spécialistes en médecine préventive du Québec

Clinique de médecine du travail et de l'environnement, Centre Hospitalier Universitaire de
Montréal (CHUM)

Médecin-conseil et médecin responsable en santé au travail, CISSS de Lanaudière

Fatiha Haouara, MD CSPQ, DESS

Spécialiste en médecine du travail, ergonomiste, toxicologue

Diplôme de 2^e cycle en gestion de la santé et sécurité du travail

Médecin-conseil et médecin responsable en santé au travail, CISSS des Laurentides

Marie-Claude Letellier, MD, M.Sc., Mcb.A.

Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

CISSS Gaspésie — Îles-de-la-Madeleine

Sidonie Penicaud, MD, M. Sc., FRCP

Médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive

Service environnement urbain et saines habitudes de vie

Direction régionale de santé publique CIUSSS-Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal

1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3

Secteur de santé au travail

100-6555, boul. Métropolitain Est, Montréal (Québec) H1P 3H3

Pierre Seguin, MD, M.Sc., CSPQ

Spécialiste en médecine du travail

Spécialiste en santé publique et médecine préventive

Direction régionale de santé publique du CIUSSS Centre-sud-de l'Île-de-Montréal

1301, rue Sherbrooke Est, Montréal, QC, H9P 2W9

Luc Bhérier, MD

Spécialiste en médecine du travail

Direction de Santé Publique de la Capitale-Nationale et du Nunavik

2400 D'Estimauville Québec (Québec) G1E 7G9

Pierre L Auger MD, M. Sc., FRCPC, CSPQ,

Spécialiste en médecine du travail

Professeur de clinique Faculté de médecine Université Laval. Médecin-conseil santé au travail et santé environnementale DRSP de la capitale nationale.

2400, D'Estimauville, Québec (Québec) G1E 7G9

Relecteur :

Alice Turcot, MD, M. Sc., FRCP

Médecin-conseil, Services en santé au travail

Spécialiste en médecine du travail

Centre de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches

Institut national de santé publique du Québec

Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval

Résumé

Nous avons regardé attentivement le projet de loi pour la modernisation du régime de SST et nous accueillons favorablement cette révision législative.

L'Association des Spécialistes en Médecine Préventive du Québec (ASMPQ) regroupe les médecins spécialistes en Santé publique et Médecine Préventive, ainsi que les médecins spécialistes en Médecine du Travail, ces derniers étant les experts de la santé des travailleurs.

La majorité de nos membres officient au sein des directions de Santé publique, dont plusieurs, dans le réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT), pour voir à la protection de la santé des travailleurs tout en accompagnant les établissements dans la mise en place de mesures de prévention des maladies professionnelles.

Certains de nos membres pratiquent en clinique et soutiennent les médecins dans l'évaluation, l'investigation et la prise en charge médico-administrative des lésions professionnelles.

La santé des travailleurs étant notre priorité, il est important, voire primordial, que les aspects préventifs et cliniques soient intégrés pour une bonne prise en charge des travailleurs, tant au niveau populationnel préventif dans les milieux de travail, qu'au niveau clinique individuel.

Nous souhaitons faire profiter les membres de la commission mandatée à l'étude du projet de loi de nos expériences, de notre expertise reconnue, et de notre vision médicale sur les enjeux ayant un impact direct sur la santé des travailleurs, sur la pratique de nos équipes, sur la formation médicale en médecine du travail et en santé au travail. Nous voyons également l'impérieuse nécessité de développer nos ressources dans l'objectif unique de protéger la santé des travailleuses et travailleurs du Québec, tant du côté surveillance de leur état de santé, que pour une meilleure prise en charge des lésions professionnelles dont ils pourraient être victimes.

Présentation de l'ASMPQ

L'association de spécialistes en médecine préventive du Québec regroupe 187 médecins de 2 spécialités médicales : les spécialistes en santé publique et médecine préventive, et les spécialistes en médecine du travail. Notre mission inclut des activités préventives, de protection ainsi que des activités cliniques, notamment auprès de travailleurs atteints de maladies professionnelles. Notre formation et nos champs de compétences font que nous avons acquis et possédons une expertise dans l'évaluation et la prévention des risques professionnels à la santé ainsi que dans la prise en charge médicale des travailleurs atteints de maladies professionnelles.

Contexte

Le projet de loi 59 (PL59) modifie de manière importante le rôle et les fonctions du médecin qui pratique dans le réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT), ainsi que le rôle du médecin clinicien dans la prise en charge des travailleurs atteints de maladies professionnelles. Selon le ministre Boulet, la réforme proposée serait bénéfique à plusieurs égards : « *Les mécanismes de prévention et de participation qui seraient mis en place pourraient permettre la diminution du taux de lésions professionnelles et engendrer des bénéfices cumulatifs allant jusqu'à 4,3 milliards de dollars sur 10 ans* ». ¹ Nous sommes en accord avec l'objectif avancé, cependant, nous sommes préoccupés par l'efficacité des mesures telles que proposées pour diminuer le nombre réel des maladies associées au travail. Les coûts engendrés par les lésions professionnelles qui ne seront pas identifiées et reconnues par la CNESST seront assumés par la société en général plutôt que par les employeurs ce qui va à l'encontre du pacte social qui a donné naissance à l'organisme responsable de prévenir et d'indemniser les travailleurs victimes de lésions professionnelles.

Afin d'agir en amont pour prévenir ces maladies et éviter la détérioration de la santé des travailleurs affectés, nous désirons apporter notre point de vue d'experts médicaux sur le PL 59, dans une optique de préserver la santé de la population des travailleurs du Québec.

¹ <http://m.assnat.qc.ca/fr/actualites-salle-presse/conferences-points-presse/ConferencePointPresse-66145.html>

Avancées significatives identifiées dans le Projet de loi 59

Nous tenions en préambule à saluer la volonté du gouvernement de vouloir améliorer le régime SST. Certains aspects proposés rejoignent notre vision et nous sommes convaincus que ces propositions sont destinées à améliorer la santé des travailleurs, soit :

- Dans le PL59, la LSST s'appliquera à tous les secteurs d'activité, ce qui devrait élargir l'accès aux activités préventives à un nombre beaucoup plus important de travailleurs au Québec.
- La couverture est élargie aux travailleurs autonomes, aux travailleurs « engagés par une entité autre que l'employeur utilisant les services » et aux étudiants exerçant une activité dans un établissement.
- La liste des maladies professionnelles sera règlementée, ce qui permettra de la mettre à jour périodiquement et plus facilement.
- L'inclusion des risques ergonomiques et psychosociaux représente une avancée majeure compte tenu de la prévalence élevée des travailleurs exposés et des impacts importants de ces risques sur la santé.
- Le renforcement du rôle du comité de santé et sécurité et du représentant à la prévention
- La création du comité scientifique des maladies professionnelles (CSMP) et du comité des maladies professionnelles oncologiques (CMPO) démontre une volonté du gouvernement de faciliter la reconnaissance et la prise en charge des maladies reliées au travail.
- La volonté d'impliquer plus étroitement le ministre de la Santé, particulièrement pour la prévention et la protection des travailleurs dans les milieux de travail.
- La revalorisation du montant des amendes, pour les contrevenants, représente une mesure pertinente pour responsabiliser l'employeur.

Enjeux

Les modifications positives apportées par le projet de loi représentent une avancée, toutefois plusieurs propositions préoccupent les médecins de notre association qui craignent des carences dans la couverture et la prise en charge optimale des travailleurs, tant dans leurs milieux de travail qu'en clinique pour le suivi des lésions professionnelles.

1. Gouvernance

La gouvernance proposée dans le projet de loi met en lumière l'opposition de deux missions de la CNESST, soit la prévention versus la reconnaissance et l'indemnisation des lésions professionnelles. Ce conflit de mission risque de mener à prioriser des actions ciblant la diminution des coûts plutôt que l'optimisation de la santé des travailleurs. Cet aspect a été mentionné à différentes reprises depuis l'adoption de la loi en 1979. L'ouverture de la loi offre une réelle opportunité pour modifier les mandats contradictoires de la Commission.

De plus, une centralisation administrative des pouvoirs décisionnels est appréhendée, car comme il est proposé dans le PL59, la centralisation des décisions entre la Commission et le ministère de santé et l'abolition des médecins responsables peut faire craindre que des décisions qui relevaient jusqu'à présent du giron médical (évaluation des risques, surveillance médicale de travailleurs exposés, interventions en milieu de travail reliées à l'identification des risques...) ne soient prises par des gestionnaires sans compétences médicales.

Recommandations

- **Appuyer la gouvernance sur l'expertise, l'indépendance, et la science**, en faisant appel à des spécialistes autonomes pour assurer une meilleure prise en charge de la santé des travailleurs et de leurs milieux de travail.
- **Créer une instance de santé et sécurité au travail** indépendante de la Commission, relevant directement du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, pour assurer la confiance des parties prenantes envers les autorités responsables de la prévention des lésions professionnelles.
- **Intégrer un médecin spécialiste en médecine du travail** ou spécialiste en santé publique et médecine préventive œuvrant en santé au travail au conseil d'administration de la Commission

2. Comités et règlement

Le projet de loi 59 propose de créer le comité scientifique des maladies professionnelles (CSMP) et le comité des maladies oncologiques (CMPO). Le projet de loi introduit aussi la notion d'immunité pour les membres de ces comités. Rappelons que ces membres seraient nommés par le gouvernement, ce qui peut limiter l'indépendance des médecins ou laisser place à de potentiels conflits d'intérêts. Le terme d'immunité nous pose également un problème. En effet, chaque médecin a une responsabilité éthique et déontologique propre et devrait répondre de ses responsabilités devant le Collège des médecins du Québec pour toute faute professionnelle.

- **La composition du Comité des maladies professionnelles pulmonaires (CMPP)** n'est pas modifiée dans le PL59. Ce comité est formé uniquement de médecins spécialisés en pneumologie. Le nombre de pneumologues est surreprésenté dans le CMPP et devrait être contrebalancé par la présence de professionnels de la santé au travail (médecins spécialistes, hygiénistes du travail, comme dans les autres comités proposés).
- **Comité des maladies professionnelles oncologiques (CMPO)** : La création de ce comité est souhaitable pour améliorer la reconnaissance et la prise en charge des cancers professionnels chez tous les travailleurs exposés à des cancérogènes dans leurs milieux de travail.
- **Comité scientifique sur les maladies professionnelles (CSMP)** : Il est souhaitable qu'un tel comité soit formé, notamment pour mettre à jour la liste des maladies professionnelles qui évoluent avec l'émergence de nouveaux risques et avec les données scientifiques. Dans sa composition, ce comité devrait inclure des professionnels ayant l'expertise requise selon les lésions professionnelles. Dans le PL59, il est proposé qu'un médecin de ce comité doit détenir un certificat de quelque spécialité que ce soit. La composition de ce comité reflète l'intention du législateur de regrouper des experts en matière de maladies professionnelles. Cependant, la spécialité du membre qui détiendrait un statut de professeur universitaire mériterait d'être précisée.
- La liste des expositions professionnelles reconnues reste limitative.
- Prise en considération spécifique pour une catégorie de travailleurs que sont les pompiers.
- L'ajout de critères spécifiques plus limitants (notamment pour le tabagisme pour les pompiers) qui va à l'encontre des principes de présomption, de même que pour la reconnaissance de la surdité et des maladies du système musculo-squelettique.
- La reconnaissance des maladies professionnelles reste un processus long, complexe et certainement rédhibitoire pour les travailleurs. L'accès aux services pour le travailleur demeure sous-optimal.
- L'incohérence de certains critères avec des données probantes. Par exemple, le seuil de reconnaissance de MP proposé pour le plomb est beaucoup trop élevé et restrictif alors que des impacts importants sur la santé surviennent avec des plombémies beaucoup plus faibles.² Cette limitation non médicalement justifiée entraînera des refus d'indemnisation

² Annexe 1

- de maladies professionnelles avérées. De plus, la reconnaissance de la maladie professionnelle en lien avec le plomb se voit conditionnée à un seuil alors que les autres contaminants n'ont pas cette restriction.
- La reconnaissance des différentes composantes du syndrome vibratoire reconnues par les médecins spécialistes de médecine du travail demeure un objet de litige important devant les tribunaux, la Commission se basant sur un barème d'indemnisation complètement obsolète. Le travailleur atteint du syndrome vibratoire peut présenter une des trois atteintes du syndrome alors que le barème ne reconnaît que l'atteinte vasospastique du syndrome. Le barème actuel n'accorde des déficits que pour la seule atteinte vasculaire, alors que le travailleur peut présenter une atteinte neuropathique et musculo-squelettique comme cela est bien identifié dans les données scientifiques sur le syndrome vibratoire.
 - L'absence de révision des normes associées aux différents contaminants du règlement actuel malgré l'adoption de normes plus sévères par plusieurs organismes reconnus, tel l'ACGIH, suite aux avancées scientifiques des dernières années. Par exemple les vibrations mains-bras et les vibrations au corps entier ont depuis longtemps été reconnues comme un risque majeur pour les travailleurs exposés dans de nombreux secteurs d'activité économique.³
 - Les normes ne sont pas harmonisées avec les normes canadiennes et internationales et aucun mécanisme n'est prévu pour une mise à jour régulière de celles-ci.

Recommandations

Pour tous les comités :

- Écarter la notion « d'immunité » pour les membres des comités. Faire assumer la responsabilité légale par l'organisme qui chapeaute les travaux des comités
- Mettre en place des mesures pour assurer la qualité des recommandations et la transparence de la prise des décisions.
- Inclure dans tous les comités, minimalement un spécialiste en médecine du travail ou en santé publique, mais qui œuvre en santé au travail
- Inclure dans tous les comités et selon les besoins des spécialistes de diverses spécialités médicales, des spécialistes en hygiène du travail et en épidémiologie.

³ La Directive européenne DIRECTIVE 2002/44/CE DU PARLEMENT EUROPÉEN ET DU CONSEIL propose des limites journalières d'exposition pour ces deux types de vibrations. Référence European Communities. (2002). Directive 2002/44/EC of the European Parliament and of the Council of 25 June 2002 on the minimum health and safety requirements regarding the exposure of workers to the risks arising from physical agents (vibration) (sixteenth individual Directive within the meaning of Article 16(1) of Directive 89/391/EEC). Luxembourg, Luxembourg : Publications Office of the European Union.

Pour le CMMP :

- Inclure impérativement dans le comité un spécialiste en médecine du travail, car il a les compétences nécessaires pour la reconnaissance clinique des maladies professionnelles
- Réduire le nombre de pneumologues
- Abolir le comité spécial des présidents

Pour le CSMP :

- Les membres du CSMP doivent détenir un statut de professeur universitaire dans un champ de compétence pertinent avec les maladies professionnelles
- Lui donner le rôle de conseiller la Commission pour statuer sur les relations entre les maladies et les expositions professionnelles en tenant compte des données probantes et des situations réelles d'exposition dans les milieux de travail
- Imposer les conclusions du CSMP à la Commission qui devra être tenue de mettre en application ses recommandations

Listes d'expositions et la reconnaissance des maladies professionnelles :

- **Supprimer la notion de liste d'exposition limitative** ouvrant droit à reconnaissance des maladies professionnelles et ouvrir sur notion de liste indicative en tenant compte des données scientifiques probantes⁴.
- **Éliminer le tabagisme** comme critère d'exclusion pour exercer son droit à l'indemnisation que ce soit pour les pompiers ou pour tout autre travailleur, car va à l'encontre du principe de présomption d'origine.
- **Faciliter le processus de reconnaissance** pour les travailleurs souffrant de maladies professionnelles en lien avec des expositions à des contaminants connus, tels les cancers causés par des cancérigènes reconnus ou décrits dans la littérature médicale en réaffirmant le principe de présomption et le fardeau de la preuve ne devrait plus incomber au travailleur
- **Rendre public** les processus décisionnels de la Commission et que les rapports écrits sur les décisions soient envoyés aux travailleurs dans des délais raisonnables ne dépassant pas 30 jours ouvrables.

⁴ https://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_125160/lang--fr/index.htm

- **Optimiser l'expertise** en lien avec la prise en charge des maladies professionnelles et faciliter l'accès aux services pour le travailleur :
- Les médecins cliniciens spécialisés en médecine du travail et détenant une compétence universitaire ont l'expertise et les compétences nécessaires pour la reconnaissance clinique des maladies professionnelles spécifiquement celles qui sont les plus complexes. Par conséquent, ils devraient être identifiés et sollicités prioritairement comme experts par la commission pour établir le lien entre une exposition professionnelle et la pathologie associée advenant un litige.
- Former un seul comité de « Reconnaissance des maladies professionnelles » qui devrait inclure obligatoirement au moins un médecin spécialiste en médecine du travail de préférence avec une charge universitaire et/ou un médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive œuvrant en santé au travail et un hygiéniste du travail et au besoin, un épidémiologiste, un pneumologue (pour les maladies pleuropulmonaires en dehors des cancers), un oncologue (pour les cancers), un interniste... Ce comité aurait pour mission de déterminer si un travailleur était atteint de maladies professionnelles advenant un doute ou une situation hors liste établie.

Les normes :

- S'assurer de la concordance des seuils, des normes et autres éléments avec les données probantes les plus à jour, les recommandations d'organismes reconnus, tels ACGIH et les normes canadiennes et internationales.
- Établir la fréquence à laquelle les normes devront être mises à jour pour suivre l'évolution de la science. Nous recommandons que la révision se fasse au minimum aux 3 ans et autant que nécessaire en fonction de l'évolution des données scientifiques. Par exemple, les substances reconnues cancérigènes par le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC)⁵ et les cancers professionnels qui y sont associés devraient être ajoutées aux normes règlementaires comme le cancer du larynx associé à l'exposition à l'amiante.

⁵ <https://monographs.iarc.fr/agents-classified-by-the-iarc/>

3. Qualité de la pratique médicale

Dans le PL59, le médecin chargé de la santé au travail se retrouve dépourvu de prérogatives qu'il avait jusqu'alors. De plus, il est maintenant spécifié que le directeur de santé publique devra s'assurer de sa collaboration avec les employeurs ce qui laisse craindre que l'autonomie décisionnelle de médecins chargés de la santé au travail puisse être mise à mal.

Ces changements vont à l'encontre de l'esprit de la LSST tel qu'il a été pensé en 1979, et qui jusqu'à présent confiait au médecin responsable du RSPSAT la responsabilité d'élaborer et de mettre en application le programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE). Le médecin jouit présentement de son autonomie et indépendance professionnelle.

L'OIT reconnaît d'ailleurs l'importance primordiale de l'autonomie et l'indépendance du médecin du travail et de son équipe : « L'indépendance professionnelle du personnel qui fournit des services en matière de santé au travail devrait être sauvegardée ». ⁶

Pour l'OIT, le rôle des services de santé du travail est essentiellement préventif et comprend notamment les fonctions suivantes de surveillance du milieu de travail : « l'identification et l'évaluation des facteurs du milieu de travail qui peuvent affecter la santé des travailleurs, l'évaluation des conditions d'hygiène du travail et des facteurs de l'organisation du travail qui peuvent entraîner des risques pour la santé des travailleurs, l'évaluation des moyens de protection collective et individuelle, l'évaluation, dans les cas appropriés, de l'exposition des travailleurs aux agents nocifs, par des méthodes de contrôle valables et généralement acceptées la vérification des systèmes de contrôle destiné à éliminer ou réduire l'exposition ». ⁷

Le projet de loi proposé va à l'encontre des recommandations de l'organisation internationale du travail.

Avec cette nouvelle Loi, l'employeur ne sera même pas tenu de consulter le médecin chargé de la santé au travail en ce qui regarde les risques inhérents à son milieu de travail.

Une collaboration est requise pour la réalisation des examens de santé de pré embauche et en cours d'emploi exigé par règlement ou par les programmes de santé au travail élaborés par la Commission, au maintien d'un service adéquat de premiers soins pour répondre aux urgences, ainsi qu'à la mise sur pied d'une liste des matières dangereuses et des contaminants, ce qui est extrêmement restrictif.

⁶ *Recommandation 112*

https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:55:0::NO::P55_TYPE,P55_LANG,P55_DOCUMENT,P55_NODE:REC,fr,R112,/Document

⁷ Organisation internationale du travail (OIT). *Services de santé au travail*.

http://www.oit.org/safework/areasofwork/occupational-health/WCMS_354275/lang--en/index.htm.

Convention (n° 161) sur les services de santé au travail, 1985

https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C161

Nous craignons également que si le médecin et l'équipe de santé au travail n'ont plus droit de regard sur l'évaluation des risques, dans l'éventualité où l'employeur omettrait l'identification de certains risques professionnels ou en sous-estimerait l'importance, cela pourrait porter préjudice aux travailleurs soit par la non-prise en considération du risque et l'absence d'intervention en milieu de travail pour protéger les travailleurs, soit en cas de déclaration de maladie professionnelle, la non-reconnaissance de l'imputabilité compte tenu de l'omission du risque lors de la rédaction du programme de prévention.

Plus inquiétant, ce projet de loi donne à la Commission la possibilité de mettre fin à des traitements ou des interventions de réadaptation si elle l'estime nécessaire sans consultation préalable obligatoire du médecin qui a charge (LATMP art 145). En effet, selon l'article 145 de la loi, la Commission et l'employeur peuvent prendre des dispositions pour favoriser le retour au travail avant la consolidation de la lésion du travailleur. La Commission peut également soumettre le plan de réadaptation au médecin qui a charge du travailleur seulement si elle le juge nécessaire (article 145.2). Enfin c'est la Commission qui détermine la date à laquelle les mesures de réadaptation ne sont plus nécessaires (article 145.3).

Cette ingérence dans la prise en charge médicale des travailleurs atteints nous inquiète dans la mesure où contrairement aux mesures d'assignation temporaire où le médecin à charge était obligatoirement sollicité et où son avis s'imposait à la Commission, nous ne voyons plus ici le rôle que doit jouer le médecin à charge ni la prise en considération de son avis quant à l'état de santé de son patient ce qui pourrait porter préjudice au patient.

Un médecin a des obligations déontologiques et doit suivre une démarche clinique pour émettre un diagnostic et proposer un traitement. Dans la démarche suivie et les décisions prises, il peut être interpellé par le CMQ pour des manquements qui dans ce cas ne relèverait pas de ses décisions, mais plutôt d'une décision prise par une entité non médicale (CNESST).

Recommandations

- **Rendre obligatoire la consultation par l'employeur du médecin chargé de la santé au travail** lors de l'élaboration du programme de prévention pour les éléments de santé. Le médecin devra porter un jugement médical et scientifique lors de l'évaluation des risques à la santé épaulée par les experts en hygiène et en soins infirmiers qui le conseillent avec la caractérisation de l'exposition aux dangers présents dans les milieux de travail.
- **Maintenir le rôle central du médecin pratiquant en santé au travail** au sein de l'équipe en santé au travail tel qu'il l'est présentement, car il porte le jugement final en lien avec l'évaluation et la gestion des risques à la santé du travailleur. Il devra aussi rester responsable de la prescription de la surveillance médicale, du dépistage et de son suivi, ainsi que du soutien à la prise en charge des lésions professionnelles des travailleurs qui le nécessitent.

- **Désigner le médecin chargé de la santé au travail comme représentant du Directeur de santé publique** pour toutes les questions médicales et administratives en lien avec la réalisation de son mandat pour protéger la santé des travailleurs et prévenir les lésions professionnelles dans les milieux de travail.
- **Informé et former les travailleurs en suivant** les orientations de l'OIT « *les services de santé au travail devraient participer à l'élaboration et la mise en œuvre de programme d'information, d'éducation et de formation, destiné au personnel de l'entreprise, concernant la santé et l'hygiène en relation avec le travail* ».
- **Consulter le médecin qui a charge des travailleurs atteints de lésions professionnelles** pour toute intervention qui concerne son patient, et pas seulement si la Commission le juge nécessaire.
- **Organiser des corridors de services** adaptés pour la prise en charge des travailleurs atteints de maladies d'origine professionnelle probable, suspectée ou avérée ainsi que pour la prise en charge de travailleurs dépistés positifs lors de programmes de dépistages organisés dans les milieux de travail.

4. Identification des risques et priorisation des interventions en milieu de travail

Si l'ouverture à tous les secteurs d'activité est positive pour étendre la couverture à tous les travailleurs par la LSST, l'identification des niveaux de risque en entreprise telle qu'elle est proposée dans le PL59, discrimine certains secteurs par rapport à d'autres.

La catégorisation SCIAN des secteurs d'activité par niveau de risque (faible, moyen et élevé) présente des lacunes. Elle ne tient pas compte des risques réels en entreprise ni de l'évaluation de la prise en charge des risques en entreprise ni des données scientifiques probantes.

Nombre de groupes d'activité ont été catégorisés « Niveau de risque faible », c'est-à-dire qu'il n'y aura pas d'obligation d'intervention dans ces groupes, alors qu'il y a présence de risques. C'est le cas notamment du secteur de l'aérospatial (3364) qui comporte objectivement des expositions à risque importantes pour la santé (chromate de strontium, isocyanates, solvants, etc.), le secteur de l'enseignement (6111-6117 : écoles primaires, secondaires, CÉGEPs, universités, écoles techniques, etc.), alors qu'il est acquis que ce secteur est générateur de risques psychosociaux importants, les services de soins et de santé (présence de risques chimiques, biologiques, psychosociaux, risques de troubles musculo-squelettiques, etc.).

Cette catégorisation est basée sur une analyse économique considérant les coûts directs de la prise en charge des travailleurs et la masse salariale, ne tient absolument pas compte de la réalité des risques dans les milieux ni des données scientifiques et ne requiert aucune évaluation des risques.

De plus, cette approche macroscopique ne laisse aucune place aux particularités des différents établissements d'un même secteur.⁸

Cette classification, étant donné ses limites pourrait donc être inadéquate et dangereuse voir faussement rassurante pour qualifier le niveau de risque réel dans les différents secteurs.

Aussi, malgré l'intégration de nouveaux secteurs d'activité et l'élargissement à des catégories de travailleurs jusqu'alors non couvertes, les caractéristiques mentionnées pour la couverture demeurent restrictives et risquent d'aboutir à la même priorisation qu'actuellement.

In fine, il n'y aura aucun gain pour le travailleur jusqu'alors non pris en compte : prise en charge des établissements où le risque est considéré comme élevé c'est-à-dire les anciens groupes prioritaires 1— 2—3 et conditions restrictives pour les autres travailleurs nouvellement inclus (LSST : Article 58).

Recommandations

- **Tenir compte des expositions spécifiques** de chaque secteur avant de pondérer par niveaux de risque dans les différents secteurs d'activité évalués objectivement dans les milieux de travail ;
- **Élaborer la catégorisation** par un comité composé de professionnels ayant l'expertise de l'évaluation des risques en milieux de travail avec réévaluation régulière ;
- **Élargir la couverture** des travailleurs aux travailleurs domestiques sans condition particulière (travail pour le même particulier) et aux travailleurs migrants et réfugiés, ainsi qu'aux travailleurs étrangers temporaires et leur ouvrir des droits à l'indemnisation

5. Programmes de prévention et programmes de santé

Le PL 59 propose le remplacement du « programme de santé spécifique à l'établissement » par des éléments de santé qui seraient inclus dans le programme de prévention, sans néanmoins préciser ces éléments qui seront priorisés par la Commission.

Il prévoit également que des programmes de santé-cadre soient élaborés par la Commission en collaboration avec le ministre de la Santé en vertu de l'article 107 et devra être appliqué par les équipes de santé au travail du Réseau de Santé Publique en Santé Au Travail (RSPSAT) (art. 109,2). Toutefois, la latitude qu'auront le médecin chargé de la santé au travail et les équipes pour adapter ces programmes aux particularités des établissements demeure inconnue et soulève plusieurs préoccupations, notamment la place de l'expertise médicale spécifique du médecin chargé de la santé au travail et le risque de ne pas tenir compte de risques particuliers identifiés dans les milieux concernés...

⁸ <https://www.statcan.gc.ca/fra/sujets/norme/scian/2017v2/introduction>

Au cours des 40 dernières années, le RSPSAT a acquis une expertise reconnue dans l'évaluation et la prise en charge des risques à la santé dans les milieux de travail. L'approche s'est raffinée pour s'assurer, grâce à un suivi rigoureux, que les mesures de prévention recommandées étaient mises en application.

Le projet de loi confie désormais à l'employeur les fonctions essentielles à l'élaboration et la mise en application du programme de prévention, à savoir :(LSST art.147)

- Identifier et analyser les risques pouvant affecter la santé des travailleurs
- Surveiller et évaluer ces risques afin qu'ils soient éliminés ou contrôlés
- Prévoir les programmes de formation et d'information en matière de santé et de sécurité du travail
- Prévoir les examens de santé de pré embauche et les examens de santé en cours d'emploi exigé par règlement ou par les programmes de santé au travail élaborés par la Commission
- Prévoir le maintien d'un service adéquat de premiers soins pour répondre aux urgences

Bien que ce changement d'orientation vise une plus grande prise en charge de la santé et sécurité au travail par l'employeur, il soulève de nombreuses préoccupations concernant l'exhaustivité et l'objectivité de l'identification des risques et des décisions qui en découleront (test de dépistages...), et de potentiels conflits d'intérêts. L'employeur devenant l'unique responsable, il est désormais juge et partie.

La prescription de tests de dépistage (examen complémentaire médical) est une activité qui relève de la pratique médicale⁹, de sorte que nous sommes inquiets quant à l'indication des tests de dépistage, leur interprétation et le suivi à donner aux travailleurs dépistés positifs ou de l'utilisation inappropriée de ces tests¹⁰.

Les employeurs n'ont pas l'expertise scientifique nécessaire pour évaluer la pertinence de telles mesures de dépistage. Certes, certains employeurs possédant des ressources compétentes pourront assurer la formation de leurs intervenants ou avoir recours à des consultants du secteur privé pour répondre à ces besoins. Mais il est probable que plusieurs PME n'auront pas les ressources financières nécessaires pour accéder à ces services.

Par ailleurs, le PL59 ne prévoit aucun mécanisme pour évaluer la compétence et la qualité des services des consultants ou des médecins sollicités directement par les entreprises. Par conséquent, ces consultants et médecins, en plus de ne pas être évalués par rapport à leurs compétences en santé au travail, risquent de se retrouver en situation potentielle de conflit

⁹ Collège des médecins du Québec. *Cadre de gestion pour le suivi sécuritaire des résultats d'investigation ou de dépistage*. Septembre 2012. [www.cmq.org/.../p-1-2012-09-01-fr-cadre-gestion-pour-suivi-securitaire --- resultats-investigation-ou-depistage.pdf](http://www.cmq.org/.../p-1-2012-09-01-fr-cadre-gestion-pour-suivi-securitaire---resultats-investigation-ou-depistage.pdf)

¹⁰ https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/990_CadreDepistageSanteTravail.pdf

d'intérêts en donnant un avis ou une conduite à tenir qui ne soit pas uniquement orientée par les données de la science.

La notion de collaboration qui restreint le lien entre l'entreprise et le médecin chargé de la santé au travail lie maintenant l'employeur seul, et non plus de façon paritaire les travailleurs et le comité de santé et sécurité ; le médecin chargé de la santé au travail pourrait perdre ainsi son statut d'intervenant objectif et sa confiance auprès des travailleurs risquant d'être perçus comme « médecin de l'employeur ». Le médecin chargé de la santé au travail est un médecin neutre qui doit collaborer de façon paritaire avec l'employeur et les travailleurs en se basant uniquement sur les données scientifiques.

Plusieurs questions nous préoccupent d'ailleurs face à la redistribution des prérogatives en matière de programme de prévention :

Le rôle de « collaborateur » attribué au médecin chargé de la santé au travail sera limité et encadré et ne comprendra plus les fonctions les plus essentielles à la protection efficace de la santé des travailleurs, fonctions incluses dans la définition des services de santé au travail de l'OMS et de l'OIT ¹¹ et en conformité avec la loi actuellement en vigueur, notamment en ce qui concerne l'identification et l'évaluation des risques à la santé, le soutien à la mise en place de mesures efficaces visant à contrôler ces risques et donc à prévenir les maladies professionnelles liées au travail, ainsi que la diffusion de l'information sur les effets à la santé des risques présents dans l'établissement et sur les moyens de prévention (LSST, art 112 et 113).

L'employeur qui demeure responsable de ces éléments du programme de prévention sera-t-il lié par les conclusions de l'évaluation faites par le médecin chargé de la santé au travail et les recommandations qui en découleront ? S'il n'est pas en accord avec les recommandations, déclarera-t-il le médecin comme non-collaborateur à un directeur de santé publique « qui doit s'assurer de la collaboration du médecin chargé de la santé au travail » ? Le médecin et l'équipe de santé au travail seront en quelque sorte réduits à jouer un rôle de fournisseur de services, d'exécutant. Ceci pose un problème éthique important pour les médecins.

Autre préoccupation, le médecin chargé de la santé au travail qui n'aura pas participé à l'identification et l'évaluation des risques à la santé pourrait-il collaborer à la surveillance médicale des travailleurs et s'assurer d'obtenir un consentement éclairé sans pouvoir leur garantir qu'il est pertinent de mettre en place un tel dépistage et confiant que tous les risques à la santé ont été identifiés et évalués adéquatement ? En sus, alors que la liberté existe pour un travailleur de refuser un test dans le cadre d'une décision libre et éclairée, puisque ce refus peut impacter son lien d'emploi, n'importe-t-il pas encore davantage de confier l'analyse de pertinence des dépistages aux médecins compétents plutôt qu'à un tiers ?

Nous sommes inquiets du rôle très limité que le projet de loi laisse aux médecins chargés de la santé au travail et aux équipes du RSPSAT pour la réalisation de leurs missions de façon indépendante et professionnelle afin de protéger la santé des travailleurs.

¹¹Convention (n° 161) sur les services de santé au travail, 1985

https://www.ilo.org/dyn/normlex/fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C161

Recommandations

- **Élaborer les programmes de santé** par la Commission de concert avec des médecins chargés de la santé au travail et les équipes du RSPSATQ comme c'est le cas actuellement, ceux-ci ayant acquis la connaissance des milieux de travail et de leurs risques.
- **Considérer ces programmes-cadres comme des guides de pratique** sur lesquels il faut s'appuyer et non comme des programmes-cadres rigides à appliquer sans pouvoir prendre en compte les particularités des situations réelles des milieux de travail d'un même secteur. La loi devrait donc prévoir que le médecin chargé de la santé au travail puisse adapter le programme aux spécificités de l'établissement et identifier et recommander des prises en charge des risques qui ne sont pas inclus dans le programme de santé-cadre.
- **Maintenir la responsabilité de l'employeur** d'élaborer et de mettre en application le programme de prévention, tel que présentement proposé dans le PL 59, en incluant celle de s'assurer de l'élaboration et de la mise en application des éléments de santé ou du programme de santé.
- **Rendre obligatoire la collaboration avec le médecin chargé de la santé au travail** lors de l'élaboration des programmes de prévention (particulièrement pour les éléments de santé).
- **Maintenir le rôle du médecin chargé de la santé au travail** comme leader de l'équipe de santé au travail, notamment pour tous les éléments cités dans l'article 59 de la LSST :
- **Attribuer au RSPSAT et au médecin chargé de la santé au travail** le suivi de la mise en application et l'évaluation du plan d'action santé, sous la responsabilité du directeur de santé publique qui transmettra l'information à la CNESST.
- **Rendre obligatoire l'évaluation par le directeur de santé publique ou son représentant médical par le programme de prévention confié à des ressources privées** et particulièrement des éléments de santé. Dans ce cas, le Directeur de santé publique ou son représentant médical se verra mandaté par la Commission pour assurer le suivi afin de prévenir les lésions professionnelles et s'assurer que les travailleurs sont adéquatement protégés.

6. Chargé de prévention

Dans le PL59, le représentant en prévention devient le représentant en santé et en sécurité de l'entreprise, cette modification s'accompagnant d'une augmentation de ses responsabilités. Il est certainement souhaitable d'impliquer les travailleurs dans l'identification des risques, mais il ne doit pas en porter seul la responsabilité, mais plutôt agir en collaboration avec et des ressources externes à l'établissement possédant l'expertise pour évaluer et gérer les risques à la santé dans les milieux de travail. Bien que le projet de loi prévoit une formation pour le représentant en santé et sécurité, celle-ci nous semble nettement insuffisante (7 h minimum) pour qu'il acquière les compétences et l'expertise nécessaires à son mandat et de faire les recommandations qui s'imposent. De plus, étant un employé, il demeure subordonné à l'employeur, ce qui peut être à l'origine de tensions lors de l'identification des risques, tout particulièrement les risques psychosociaux liés au travail.

Recommandations :

- **Maintenir la formation pour le représentant en santé et sécurité.** Celle-ci devrait être bonifiée et se faire de façon continue pour que le représentant soit en mesure d'utiliser les nouvelles connaissances.
- **Soutenir l'employeur dans l'identification des risques** par des professionnels de la santé au travail indépendant du milieu de travail
- **Soutenir le représentant en santé et sécurité** notamment dans l'élaboration des recommandations par l'expertise du RSPSAT.

7. Risques psychosociaux liés au travail (RPST)

Nous saluons la volonté gouvernementale d'intégrer les RPST au projet de loi au même titre que les autres risques professionnels. Cette prise en considération de la préservation de la santé psychologique des travailleurs est une reconnaissance de ce fléau.

Les RPST comprennent essentiellement la faible autonomie décisionnelle, la charge de travail élevée, le faible soutien social (collègues ou supérieurs), la faible reconnaissance du travail accompli, le harcèlement psychologique au travail et la faible justice organisationnelle. Le projet de loi intègre les RPST, mais il ne mentionne pas s'ils seront tous considérés ni comment ils seront évalués.

Si dans le projet de loi il est fait uniquement mention du stress post-traumatique, il serait également souhaitable que les autres troubles associés aux conséquences des RPS en milieu de travail soient pris en considération, comme le trouble d'adaptation, les troubles de l'humeur, les troubles d'utilisation des substances. De plus, il est reconnu que bon nombre des facteurs organisationnels décrits dans la norme CSA Z1003-13 (C2018) sont les mêmes facteurs que ceux qui contribuent à l'épuisement professionnel.¹²

Dans le CIM-11, l'épuisement professionnel ou burn-out est défini comme suit :

« Le burn-out, ou épuisement professionnel, est un syndrome conceptualisé comme résultant d'un stress chronique au travail qui n'a pas été correctement géré. »

Même s'il n'est pas reconnu comme une maladie au sens du CIM 11, il est quand même identifié comme un facteur influant sur l'état de santé ou sur les motifs de recours aux services de santé. À ce titre, la prévention de l'épuisement professionnel devrait être également considérée dans ce projet de loi.

¹² Centre pour la santé mentale en milieu de travail de la Great-West

<https://www.csagroup.org/fr/store/product/CAN%25100CSA-Z1003-13%25100BNQ+9700-803%251002013/>

L'enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST), réalisée en 2008, avait montré que la prévalence des RPST en milieu de travail était fortement sous-estimée.¹³

Il est aussi à souhaiter que l'identification des RPST comme risques à la santé, dans le projet de loi, soit accompagnée de la reconnaissance par Commission des lésions associées à ces RPST. Actuellement il demeure extrêmement difficile de faire reconnaître l'épuisement professionnel causé par le travail de même que les conséquences du harcèlement psychologique au travail. En ce sens, peu de demandes sont acceptées pour analyse, et encore moins sont indemnisées, la jurisprudence démontrant les processus très demandant pour le travailleur sur qui repose le fardeau de la preuve. Les travailleurs déjà très affectés par ces situations de travail ne peuvent à eux seuls entamer des démarches fastidieuses à des fins de reconnaissance.

Même si les RPST sont considérés dans le projet de loi dans un souci de prévention, mais dont les modalités d'application restent à définir, peu de détails sont disponibles quant à la prise en charge des travailleurs exposés et qui se retrouvent en situation de souffrance psychologique. Il est reconnu que l'accès aux services de santé en lien avec les troubles de santé mentale, dont la psychothérapie, est limité et comporte de longues listes d'attente. De plus, ces travailleurs devraient être accompagnés par des ressources ayant l'expertise spécifique dans les RPST.

Finalement, les RPST étant liés dans beaucoup de cas à des contraintes organisationnelles et des pratiques de gestion problématiques, certains employeurs pourraient y voir un empiètement sur leur droit de gérance ou minimiser ce risque dans leur établissement ou ne pas le considérer du tout. Plus que pour n'importe quel autre risque, les RPST devraient faire l'objet d'une évaluation externe par des ressources dûment formées à ce type de risques.

Recommandations :

- **Ajouter « intégrité psychologique »** dans tous les articles faisant référence à l'intégrité physique notamment les articles fondamentaux tels que l'article 2 (« La présente loi a pour objet l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs. »), et l'article 9 (« Le travailleur a droit à des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique »)
- **Ajouter à la liste de pathologies liées aux RPST reconnues par la CNESST, en plus du syndrome de stress post-traumatique SSPT, les autres troubles de santé mentale** reliés au travail.
- **Considérer certaines pathologies physiques (cardiovasculaires ou musculo-squelettiques) comme pouvant être reliées aux RPST** au vu des données scientifiques publiées.

¹³ <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-691.pdf>

- **Inscrire l'évaluation, le suivi et la prise en charge des travailleurs dans le contexte des RPST dans le projet de loi.** Compte tenu des difficultés en lien avec l'accès aux mesures de réadaptation psychologique, il serait nécessaire et indissociable que le projet de loi prévoie un corridor de services prioritaire composé de médecins, de psychologues, voire de travailleurs sociaux formés à la gestion des maladies professionnelles associées, afin d'intervenir en temps opportun et éviter la détérioration de l'état de santé du travailleur. Dans le cas contraire, sa réadaptation et son retour au travail pourraient être compromis. De plus, il faudrait que ce réseau soit indépendant des employeurs puisque les RPST sont intimement liés aux pratiques de gestions délétères à la santé.
- **Inscrire la violence comme exposition à risque** en précisant que la violence peut être physique ou psychologique. Dans le PL59 il devient du devoir de l'employeur de protéger le travailleur exposé à la violence sur les lieux de travail ou à la violence conjugale ou familiale.
- **Améliorer** cette proposition par l'ajout de la notion du devoir de prévention de la violence en général sur les lieux de travail, dans le même esprit que le harcèlement psychologique est traité dans la *Loi sur les normes du travail*.
- **Créer un comité sur les RPST** pour assurer l'expertise de pointe nécessaire dans la reconnaissance, la prévention, et la prise en charge de ces risques.

Conclusion

Le projet de loi 59 comporte plusieurs changements majeurs avec des impacts appréhendés dans la prise en charge des milieux de travail et des travailleurs affectés par des expositions à des risques professionnels. Bien que certains changements aient pour objectif l'amélioration de la prévention de la santé des travailleurs, d'autres compromettent cet objectif. La gouvernance proposée dans le projet de loi soulève certaines inquiétudes quant au potentiel de conflits d'intérêt avec l'établissement de priorités par la Commission financée par les employeurs, la disparition des « programmes de santé spécifiques aux établissements » et le remplacement du « médecin responsable » par le « médecin chargé de la santé au travail » qui voit son rôle marginalisé par rapport à celui du médecin responsable et par rapport aux orientations de l'OMS et de l'OIT. Le médecin se retrouve dépouillé de l'indépendance professionnelle nécessaire pour une prise en charge adéquate des travailleurs.

Nous considérons également que le présent projet de loi constitue un recul important par rapport à la vision de la santé au travail exprimée dans le livre blanc qui a donné naissance à la LSST, car il propose de subordonner la pratique médicale de la santé au travail à des impératifs administratifs ou corporatifs. De même, la prise en charge dont devraient bénéficier les travailleurs exposés aux risques professionnels risque de ne pas être optimale avec l'ingérence annoncée de la CNESST dans la pratique clinique.

Tous ces éléments laissent craindre des carences dans la prévention et la prise en charge des milieux de travail et de leurs travailleurs avec des conséquences négatives sur la santé, la qualité des soins prodigués aux travailleurs et l'exacerbation d'inégalités sociales de santé, les travailleurs les plus vulnérables risquant d'être les plus affectés.

Nous sommes d'accord avec le ministre Boulet que les coûts des lésions professionnelles peuvent diminuer. Cependant, par notre expertise médicale, nous croyons que plusieurs des mesures telles que proposées dans le PL59 n'aideront pas à réduire le nombre réel des lésions professionnelles ni à les prévenir adéquatement dans les milieux de travail. Il est à noter qu'une diminution des coûts directs d'indemnisation ne signifie pas que les coûts diminueront forcément. Les coûts indirects en seront fort probablement augmentés en raison des impacts négatifs appréhendés sur la santé des travailleurs. Ainsi, c'est la société tout entière, plutôt que les employeurs, qui se retrouvera à devoir prendre en charge le fardeau des lésions professionnelles non reconnues par la CNESST et qui en assumera les coûts associés. Plutôt que d'externaliser les coûts, nous proposons d'améliorer la prévention des risques, la reconnaissance et la prise en charge des travailleurs souffrant de lésions professionnelles. Ceci est d'autant plus important que les employeurs pourront conserver ainsi les ressources qu'ils ont formées dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre.

La modernisation du régime de santé et sécurité du travail doit s'assurer que tous les travailleurs puissent bénéficier des mesures de protection et de prise en charge des lésions professionnelles de façon adéquate et équitable :

Pour cela il est impératif de tenir compte dans le PL59 des éléments suivants :

- La prévention des risques à la santé dans les milieux de travail doit se faire avec le soutien de professionnels formés et indépendants dont les médecins qui ont l'expertise en santé au travail ;
- Les médecins intervenants dans la prévention et la prise en charge des lésions professionnelles doivent conserver autonomie et indépendance professionnelle ;
- À tous les niveaux de prévention, de protection et de prise en charge des lésions professionnelles, il faut tenir compte des données scientifiques à jour.

Annexe I

<https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-16161-1web.pdf>



Tableau 2 – Effets du plomb inorganique chez l'enfant et l'adulte

Enfant	Concentration du plomb (Pb) ⁴ dans le sang en µg/L (µmol/L)	Adulte
Décès →	1500 (7,24)	
	1000 (4,83)	← Encéphalopathie
Encéphalopathie →		
Atteinte rénale →		← - Anémie franche
Anémie franche →		← - Diminution de l'espérance de vie
		← - Effets sur la fonction reproductrice de la femme
Colique →	500 (2,41)	← - ↓ Synthèse de l'hémoglobine
		← - Symptômes subencéphaliques francs
↓ Synthèse de l'hémoglobine →	400 (1,93)	← - ↓ Vitesse de conduction nerveuse
		← - Altération de la fonction testiculaire
↓ Métabolisme de la vitamine D →	300 (1,45)	← - Néphropathie chronique
		← - ↓ ALA urinaire et coproporphyrine
↓ Vitesse de la conduction nerveuse →		← - ↑ Pression systolique (hommes blancs de 40 à 59 ans)
		← - ↓ Audition
↑ Protoporphyrine érythrocytaire] ↓ Métabolisme de la vitamine D] →	200 (0,97)	← - ↓ Protoporphyrine érythrocytaire (homme)
Trouble de développement (↓ QI, ↓ audition, ↓ croissance) →	100 (0,48)	← - ↓ Protoporphyrine érythrocytaire (femme)
Traverse la barrière placentaire →		← - ↑ Hypertension ⁵
		← - Inhibition de ALA-D

↑ Augmente la fonction ↓ Diminue la fonction

Tiré et adapté de : S.E. Royce, H.L. Needleman. *Case Studies in Environmental Medicine*, - I. Lead Toxicity -, Juin 1990, ATSDR, DHHS. et S.M. Levin et M. Goldberg. - Clinical Evaluation and Management of Lead-Exposed Construction Workers -, *American Journal of Industrial Medicine*, 2000; 37:23-43.

4. Le plus bas niveau où des effets sont observables.

5. L'Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR) américaine mentionne qu'il n'y a peut-être pas de seuil pour cet effet.