



CET- 016M
C.P. – PL 59
Santé et sécurité
au travail
VERSION RÉVISÉE

PROJET DE LOI NO 59 LOI MODERNISANT LE RÉGIME QUÉBÉCOIS DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Mémoire rédigé par des médecins spécialistes en
médecine du travail et présenté à la Commission
de l'économie et du travail

Janvier 2021

Membres du groupe de réflexion

Martine Baillargeon, MD, FRCS, DESS, CSPQ, responsable du groupe de travail

Spécialiste en chirurgie plastique et en médecine du travail, ergonomiste
Professeur adjoint de clinique, Université de Montréal
Responsable de l'enseignement pré doctoral en médecine du travail
Clinique de médecine du travail et de l'environnement, Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM)

Louis Patry, MD, FRCP, CSPQ, DEA

Spécialiste en médecine du travail, ergonomiste
Professeur agrégé de clinique, Université de Montréal
Directeur du programme de spécialité en médecine du travail
Clinique de médecine du travail et de l'environnement, Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM)

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
Secrétaire, 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 des Laurentides

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

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
Diplôme d'études supérieures spécialisées en toxicologie générale, et en gestion de la santé et sécurité du travail
Enseignante en médecine du travail, Université de Montréal
Médecin conseil et médecin responsable en santé au travail, CISSS des Laurentides

Louis Jacques MD, FRCP, MOH, CSPQ,

Spécialiste en médecine du travail et en santé publique et médecine préventive
Professeur agrégé de clinique, Université de Montréal
Faculty lecturer, Université McGill
Clinique de médecine du travail et de l'environnement, Centre Hospitalier Universitaire de Montréal (CHUM)

Table des matières

Membres du groupe de réflexion	1
Sommaire exécutif	3
Introduction	5
1. Priorité à la prévention et à la protection de la santé des travailleurs	7
Protection de la santé dans les milieux de travail	7
Importance des programmes de surveillance et de dépistage.....	7
Intégration des volets préventif et clinique	8
Retour vers les milieux de travail	8
2. Priorité aux connaissances scientifiques	9
3. Organisation des services de santé pour les travailleurs	10
Recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS).....	10
Amélioration de l'accès à des services cliniques en médecine du travail.....	11
4. Importance de la formation des professionnels et des médecins.....	12
Importance de professionnels bien formés en santé au travail.....	12
Formation des médecins en médecine du travail.....	12
Formation spécialisée en médecine du travail au Québec	13
5. Considérations éthiques	15
6. Accès au système d'indemnisation	16
La liste des maladies pour lesquelles s'applique une présomption	16
Les comités qui évaluent l'admissibilité de maladies	17
Le Comité des maladies pulmonaires et le Comité spécial des présidents	17
Le Comité des maladies professionnelles oncologiques	18
La procédure d'évaluation médicale.....	18
L'augmentation de la judiciarisation	19
7. Retour durable et sécuritaire au travail.....	21
Le rôle du médecin dans la réintégration au travail	21
Le processus de réintégration au travail	22
Avant la consolidation.....	22
Après la consolidation.....	23
Conclusion	24
ANNEXE 1	25
ANNEXE 2	34
ANNEXE 3	58

Sommaire exécutif

La modernisation du Régime de santé et de sécurité au travail est l'occasion attendue pour qu'il soit adapté aux nouvelles réalités du monde du travail, permettant ainsi de mieux faire face aux risques émergents et aux défis engendrés par les risques psychosociaux qui seront de plus en plus présents. Ce mémoire porte sur les principales orientations qui, selon nous, devraient guider la réflexion de cette modernisation. Elles s'appuient sur les connaissances scientifiques et sur les meilleures pratiques connues à ce jour.

Nous désirons rappeler, dans un premier temps, que les maladies liées au travail font partie des maladies dites « évitables ». Reconnues précocement, et des mesures de prévention appropriées mises en place, elles sont souvent réversibles, évitant ainsi des problèmes de santé chroniques et une désinsertion professionnelle, et protégeant la santé des autres travailleurs.

Selon les recommandations d'organismes internationaux, dont l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Organisation internationale du travail (OIT), la prévention, la protection de la santé des travailleurs, et l'accès aux soins sont à la base d'une bonne stratégie d'intervention en santé et sécurité au travail. Cette approche repose sur une intégration des services préventifs et cliniques, associée à une collaboration avec les travailleurs, les employeurs et leurs représentants. Il est considéré essentiel de favoriser une approche de concertation, et de s'assurer que les professionnels qui interviennent soient bien formés en matière de santé des travailleurs et tiennent compte des aspects éthiques de leurs interventions.

L'accès des travailleurs à des services de santé en mesure de prendre en compte leur situation d'une façon globale doit être amélioré. Le médecin traitant doit demeurer au centre de ces soins et des décisions concernant son patient. Il doit avoir accès à des corridors de service bien structurés en médecine du travail pour le soutenir. Pour ce faire, il est essentiel, que soit développé un réseau de cliniques en médecine du travail. Ces cliniques spécialisées doivent pouvoir compter sur l'expertise de médecins spécialistes en médecine du travail.

Bien que la spécialité en médecine du travail soit reconnue au Québec depuis 2010, le MSSS tarde à accorder des postes spécifiques en médecine du travail au Plan des effectifs médicaux (PEM). Si rien n'est fait pour assurer une relève spécialisée, il sera bientôt impossible de répondre aux besoins de soutien clinique des médecins, et de formation des futurs médecins et des médecins en pratique. Le programme de spécialité en médecine du travail à l'Université de Montréal, le seul au Québec, risque de disparaître.

Il est également important de tenir compte du processus de réparation des lésions professionnelles. Dans les dernières années, l'augmentation importante de la judiciarisation et le recours de plus en plus fréquent aux mécanismes de contestation des avis médicaux a plusieurs conséquences. Elle amplifie les inquiétudes, occasionne de l'anxiété des travailleurs et affecte leur retour au travail. De plus, cette judiciarisation a progressivement créé un climat de confrontation et de méfiance entre les divers

intervenants, qui est tout à fait contraire à l'approche de concertation et de collaboration recommandée par l'OMS et l'OIT. Le Québec est la province canadienne qui compte le plus grand nombre de dossiers qui se règlent devant les tribunaux.

Un autre volet du processus de réparation concerne la reconnaissance des maladies professionnelles et l'accessibilité à l'indemnisation. La liste des maladies permettant l'application d'une présomption, devrait être basée sur les connaissances scientifiques, être révisée régulièrement et devrait éviter d'introduire des conditions qui auraient pour effet de rendre plus difficile l'accès de certains travailleurs à l'indemnisation.

Le processus de réintégration au travail dans la loi doit être révisé pour mieux refléter les meilleures pratiques et favoriser la communication et la collaboration entre tous les intervenants, incluant les médecins. Il est essentiel que le médecin qui est responsable de la santé d'un travailleur soit partie prenante des décisions qui concernent le retour au travail de son patient-travailleur.

Finalement, tous les professionnels et tous les membres de comités, doivent être en mesure de fournir leurs avis sans aucune contrainte externe. Il est fondamental de garantir leur indépendance professionnelle. Il serait important que soit formé un comité scientifique indépendant, incluant un volet médical, pour conseiller directement le Ministre du travail en matière de santé au travail.

Que nous réserve l'avenir en matière de santé et de sécurité? « Dans un monde du travail façonné par les nouvelles technologies, les évolutions démographiques, le changement climatique et des formes d'emploi et d'organisation du travail différentes, il est et deviendra plus important que jamais d'anticiper les risques, tant nouveaux qu'émergents, touchant à la SST. Il s'agit là d'une première étape cruciale pour gérer efficacement ces risques et bâtir une culture de prévention en matière de SST. »¹

¹ Organisation internationale du travail. La sécurité et la santé au cœur de l'avenir du travail : mettre à profit 100 ans d'expérience. Avril 2019. https://www.ilo.org/safework/events/safeday/WCMS_687619/lang--fr/index.htm

Introduction

Les auteurs de ce mémoire vous remercient de leur permettre de partager leurs réflexions concernant le projet de loi no 59 (PL-59), Loi modernisant le Régime de santé et de sécurité du travail au Québec. La modernisation du Régime est une excellente opportunité de revoir l'ensemble des éléments qui le constitue.

Nous saluons la volonté du législateur d'élargir l'accès aux mesures de prévention à l'ensemble des secteurs d'activité et à des groupes de travailleurs auparavant non couverts, de renforcer le rôle du comité de santé et de sécurité dans les établissements, et de considérer la création de comités scientifiques. Néanmoins, nous avons certaines préoccupations concernant le PL-59.

Dans un premier temps il importe de rappeler que les maladies liées au travail font partie des maladies dites « évitables ». Reconnues précocement, et des mesures de prévention appropriées mises en place, elles sont souvent réversibles. Dans le cas contraire, ces maladies peuvent se chroniciser, être source d'incapacités graves pour les travailleurs, de coûts importants pour les employeurs, la société et le système de santé, de retraits précoces du milieu du travail ainsi que de mortalités prématurées.

« La santé économique des entreprises dépend de la santé des travailleurs².³ Les défis qui se posent au Québec pour protéger la santé des travailleurs, tout en contrôlant les coûts, se posent ailleurs dans le monde, ainsi qu'en témoignent de nombreuses publications sur le sujet.^{4 5 6 7} Ces publications montrent que la mise en place d'une culture de santé en entreprise ne contribue pas uniquement à réduire les coûts de santé mais aussi à augmenter la productivité de la main d'œuvre, la performance des entreprises et de l'économie.

Afin de relever ces défis, les actions posées doivent s'appuyer sur les connaissances scientifiques et des meilleures pratiques, sur les compétences de tous les intervenants et

² Dans le présent document, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

³ Citation du Dr Maria Neira, Director, Department of Public Health and Environment, World Health Organization (WHO). Traduction libre. Dans: *Healthy workplaces: a model for action. For employers, workers, policy-makers and practitioners*. World Health Organization (WHO). 2010. <https://www.who.int/activities/healthy-workplaces-a-who-global-model-for-action>

⁴ Society of Occupational Medicine. *Occupational health: the value proposition. A report from the Society of Occupational Medicine*. May 2017. <https://www.som.org.uk/occupational-health-value-proposition>

⁵ Fabius R, Frazee SG, Thayer D, Kirshenbaum D, Reynolds J. *The Correlation of a Corporate Culture of Health Assessment Score and Health Care Cost Trend*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, June 2018: vol 60 (6); p 507-14.

⁶ American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM). Special Committee on Health, Productivity, and Disability Management. *Healthy Workforce / Healthy Economy: The Role of Health, Productivity, and Disability Management in Addressing the Nation's Health Care Crisis. Why an emphasis on the health of the Workforce is Vital to the Health of the Economy*. Journal of Occupational and Environmental Medicine (JOEM), January 2009: vol 51(1); p114-9.

⁷ Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail. La sécurité et la santé au travail, un atout pour l'entreprise. <https://osha.europa.eu/fr/themes/good-osh-is-good-for-business>

sur les recommandations émises par les organisations internationales pour la santé au travail.

Le Régime québécois de santé et de sécurité du travail, en intégrant dès 1979 dans un même régime les aspects préventifs (*Loi sur la santé et la sécurité du travail - LSST*) et ceux portant sur la réparation des lésions professionnelles (*Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles - LATMP*), a mis en place une approche très innovatrice. Cette approche intégratrice est celle préconisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

Malheureusement les objectifs de la LSST portant sur la prévention n'ont été que partiellement atteints, tandis que pour la LATMP on constate que le processus de réparation des lésions professionnelles s'est progressivement alourdi et judiciairisé. Le recours de plus en plus fréquent aux mécanismes de contestation des avis médicaux a progressivement créé une atmosphère de confrontation entre les divers intervenants qui a des répercussions négatives, notamment sur la mise en place de mesures de prévention dans les milieux de travail et sur la réintégration des travailleurs au travail.

Cette judiciarisation est également source d'anxiété et de frustration pour les travailleurs, qui se retrouvent trop souvent pris dans un processus de contestation qui les expose à des aggravations de leur condition en raison de l'arrêt de traitements nécessaires, entrave la réadaptation, retarde ou au contraire provoque un retour trop précoce au travail, exposant les travailleurs à des rechutes ou des aggravations. Le Québec est la province canadienne qui compte, et de loin, le plus grand nombre de dossiers qui se règlent devant les tribunaux⁸.

Cette situation a aussi des conséquences négatives sur la pratique médicale⁹, puisque certains médecins ont des réticences à prendre en charge un travailleur, en raison entre autres de la lourdeur administrative du processus. La crainte de se retrouver pris dans l'engrenage des contestations expliquent en bonne partie la décision de ces médecins.

Ce mémoire se divise en deux parties. Dans un premier temps, nous présentons les orientations qui, selon nous, devraient être privilégiées dans la modernisation du régime de santé et sécurité au travail. Nos recommandations tiennent compte de celles émises par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui, au fil des ans, a publié plusieurs documents précisant les orientations à privilégier en santé au travail.

La deuxième partie, sous forme d'annexes, commente certains articles spécifiques du PL-59 qui, selon nous, devraient être revus pour une meilleure concordance avec les connaissances scientifiques et les meilleures pratiques.

⁸ Charbonneau M, Hébert G. *La judiciarisation du régime d'indemnisation des lésions professionnelles au Québec*. Rapport de recherche, mars 2020. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). <https://iris-recherche.gc.ca/publications/cnesst2020>

⁹ Lippel K, Eakin JM, Holness DL, Howse D. *The Structure and Process of Workers' Compensation Systems and the Role of Doctors: A Comparison of Ontario and Québec*. *Am J Ind Med* 2016 Dec;59(12):1070-1086. <https://www.semanticscholar.org/paper/The-Structure-and-Process-of-Workers%E2%80%99-Compensation-Lippel-Eakin/c6e0453a299bc42e7e0b85ca70d2ab0482412e27>

Orientations à privilégier dans la modernisation du Régime

1. Priorité à la prévention et à la protection de la santé des travailleurs

La santé et le travail sont étroitement liés et il est bien connu que le travail dans de bonnes conditions a des effets bénéfiques sur la santé et le bien-être des individus. Par contre, certaines conditions de travail peuvent être à l'origine de problèmes de santé. La prévention demeure la pierre angulaire des interventions qui visent à protéger la santé des travailleurs. Cette section aborde les éléments d'une démarche de prévention.

Protection de la santé dans les milieux de travail

La protection de la santé des travailleurs dans les milieux de travail repose tout d'abord sur la prévention primaire, soit sur l'identification et le contrôle des dangers dans le milieu de travail. L'identification des dangers est une étape fondamentale mais complexe puisque les dangers auxquels sont exposés les travailleurs peuvent être multiples (chimiques, physiques, biologiques, biomécaniques, organisationnels et psychosociaux, risques à la sécurité), et qu'ils peuvent interagir entre eux.

Un danger est une source potentielle de dommage pour la santé ou la sécurité des travailleurs. Ainsi, il est essentiel d'évaluer le risque à la santé qu'occasionne l'exposition à ce danger en tenant compte de plusieurs facteurs dont la toxicité de la substance, la fréquence, la durée et l'intensité de l'exposition. S'il est déterminé qu'il existe un risque pour la santé des travailleurs, un programme de contrôle des dangers doit être développé, en respectant la hiérarchie des mesures de prévention.¹⁰

Importance des programmes de surveillance et de dépistage

La protection de la santé des travailleurs repose également sur la mise en place de programmes de surveillance de la santé qui visent à détecter précocement des atteintes à la santé, à un stade où elles peuvent être réversibles si les conditions du milieu de travail qui en sont à l'origine sont contrôlées (prévention secondaire). Ces programmes de surveillance de la santé sont une composante essentielle d'un programme de prévention puisqu'ils permettent, entre autres, de dépister des anomalies asymptomatiques, d'identifier des symptômes précoces, d'identifier des problématiques en émergence et d'évaluer l'efficacité des interventions préventives mises en place.

Ces programmes peuvent inclure la prescription de tests de dépistage visant à évaluer la charge biologique d'un contaminant (ex : plombémie, dosage d'arsenic urinaire) ou la présence de signes d'atteintes précoces (radiographies pulmonaires de dépistage, tests audiométriques, questionnaires de symptômes). Leur mise en place doit respecter des critères stricts quant à leur pertinence, et à la validité et la fiabilité des tests prescrits. Ces

¹⁰ Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Contrôle des dangers. Fiches d'information. Réponses SST. https://www.cchst.ca/oshanswers/hsprograms/hazard_control.html

programmes doivent également respecter des principes éthiques et être conçus pour assurer la protection de la confidentialité des informations personnelles.^{11 12}

Avant d'accepter de se soumettre à des tests de dépistage, les travailleurs doivent être éclairés sur les avantages et les inconvénients de participer au programme de surveillance (consentement éclairé). Le taux de participation des travailleurs à ces activités de surveillance de la santé peut être affecté par leur perception d'un manque de respect de la confidentialité des données recueillies, et au risque de conséquences négatives dans le cas où un résultat positif entraînerait l'initiation d'une démarche d'indemnisation.

Si le résultat à un test de dépistage est positif, le prescripteur a l'obligation d'en assurer le suivi et demeure responsable de la santé du travailleur jusqu'à ce qu'un autre professionnel de la santé, habituellement un médecin clinicien, le prenne en charge.¹³

Intégration des volets préventif et clinique

L'évaluation clinique des travailleurs ayant reçu un résultat positif pour un test de dépistage permet de préciser le diagnostic et d'assurer, au besoin, la prise en charge du problème de santé du travailleur afin d'en diminuer les impacts (prévention tertiaire). Cet aspect est traité de façon plus spécifique à la section portant sur l'organisation des services de santé pour les travailleurs.

Retour vers les milieux de travail

S'il s'avère que la condition de santé que présente le travailleur est en lien avec le travail, ou qu'elle a été aggravée par le travail, le médecin clinicien doit pouvoir communiquer avec le médecin en charge de la prévention dans le milieu de travail, afin que ce dernier, et son équipe, identifient la situation problématique et proposent la mise en place de mesures de correction, permettant au travailleur affecté de réintégrer son poste de travail en toute sécurité, et prévenant également des atteintes à la santé chez d'autres travailleurs.

La protection de la santé des travailleurs nécessite donc, entre autres, une intégration des services préventifs et cliniques et le recours à des médecins et intervenants bien formés en santé au travail pour guider les interventions et assurer le respect des règles de pratique.

¹¹ Bureau international du travail (BIT). Principes techniques et éthiques de la surveillance de la santé des travailleurs : principes directeurs. Série sécurité, hygiène et médecine du travail No 72. 1998.

https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/normative-instruments/WCMS_218566/lang--fr/index.htm

¹² Institut national de santé publique (INSPQ). Cadre de référence pour le dépistage et la surveillance médicale en santé au travail. 2009. <https://www.inspq.gc.ca/publications/990>

¹³ 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

2. Priorité aux connaissances scientifiques

Les interventions destinées à protéger la santé des travailleurs doivent reposer sur les connaissances scientifiques les plus à jour et sur la mise en place des meilleures pratiques décrites dans la littérature. Les professionnels qui œuvrent en santé au travail doivent fonder leurs évaluations et recommandations sur les connaissances scientifiques et garder ces connaissances à jour. Il s'agit d'une obligation du Code d'éthique international pour les professionnels de la santé au travail¹⁴.

De nombreuses publications d'organismes internationaux reconnus, ainsi que de nombreuses recherches, y compris des revues de la littérature Cochrane¹⁵, sont disponibles pour alimenter la réflexion et guider les professionnels qui agissent en santé et sécurité au travail, ceux qui effectuent des évaluations cliniques et la prise en charge de travailleurs ou qui agissent à l'intérieur de programmes de réadaptation et de réintégration au travail. Les connaissances scientifiques et les recommandations d'organismes reconnus doivent également guider les décideurs quant aux valeurs seuils à adopter pour les contaminants afin de prévenir les effets à la santé.

À cet égard, le Québec, bénéficie de nombreux chercheurs qui sont reconnus nationalement et internationalement dans plusieurs domaines dont l'hygiène du travail, la toxicologie, l'ergonomie et la réadaptation au travail, et qui œuvrent au sein de l'Institut de Recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) et dans divers départements de nos universités. Plusieurs de ces chercheurs ont participé, ou même dirigé, des comités scientifiques sous l'égide d'organisations internationales telles que la Commission internationale de santé au travail (CIST) et le Centre international de recherche sur le cancer (CIRC).

De plus, de nombreux professionnels œuvrent en santé au travail et ont acquis au fil du temps une connaissance intime du terrain, des meilleures pratiques à mettre en place et des divers enjeux entourant la prévention. Ces professionnels sont des ressources inestimables pour améliorer la santé de nos travailleurs.

Les actions devant guider la modernisation du Régime québécois de santé et de sécurité du travail doivent s'appuyer sur des connaissances scientifiques à jour et sur les meilleures pratiques reconnues en santé et en sécurité au travail.

¹⁴ Commission internationale de santé au travail (CIST). *Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail*. 2012. <http://www.icohweb.org/site/code-of-ethics.asp>

¹⁵ Cochrane Work Review Group <https://work.cochrane.org/cochrane-reviews-about-occupational-safety-and-health>

3. Organisation des services de santé pour les travailleurs

Les interventions visant la prévention et la protection de la santé des travailleurs doivent reposer sur des actions concertées et une collaboration étroite entre les équipes qui interviennent dans les milieux de travail et les professionnels qui agissent au niveau clinique. Comme il sera mentionné plus loin dans ce mémoire, cette collaboration entre les divers intervenants est particulièrement importante pour le maintien au travail ou la réintégration sécuritaire des travailleurs à la suite d'un arrêt de travail. Ceci nécessite une organisation des services en santé et sécurité au travail.

Recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est penchée, et ce depuis 1978, sur les difficultés relatives, entre autres, à l'accès à des services de santé au travail et de médecine du travail, au manque de collaboration entre les secteurs de la santé et du travail, aux difficultés dans l'organisation de services préventifs et curatifs pour la population active, sur la relation entre ces services et les soins primaires, et sur la formation des divers intervenants en santé au travail (voir section suivante).

Devant ces constats, l'OMS recommande, entre autres, d'améliorer les services de médecine du travail et d'en élargir l'accès, et de mieux intégrer la santé au travail et les soins de santé de première ligne. Au fil des ans, des partenaires tels la World Organisation of Family Doctors (WONCA) et la Commission internationale de santé au travail (CIST-ICOH) se sont joints à la réflexion.

Ces recommandations font partie du *Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs* de l'OMS (2008-2017)¹⁶ et ont été réitérées à de nombreuses reprises, dont en 2012 dans la publication *Relier santé et travail. Rapprocher médecine du travail et soins primaires pour améliorer la santé des travailleurs*¹⁷. Des publications de la Commission internationale de santé au travail (CIST) et de l'Organisation internationale du travail (OIT) traitent également de cette question fondamentale de l'organisation des services de santé pour les travailleurs^{18 19 20 21}.

¹⁶ Organisation mondiale de la Santé. *Plan d'action mondial pour la santé des travailleurs*. Soixantième assemblée mondiale de la santé. 23 mai 2007.

https://www.who.int/phe/publications/workers_health_global_plan/fr/

¹⁷ Organisation mondiale de la Santé. *Relier santé et travail. Rapprocher médecine du travail et soins primaires pour améliorer la santé des travailleurs. Résumé d'orientation*. Conférence mondiale organisée sur le thème « Relier santé et travail : rôle de la médecine du travail dans les soins de santé primaires » à La Haye (Pays-Bas), du 29 novembre au 1^{er} décembre 2011.

https://www.who.int/occupational_health/publications/hague_executive_summary/en/

¹⁸ International Commission on Occupational Health (ICOH). *Cancun Charter*.

<http://www.icohweb.org/site/core-documents.asp>

¹⁹ World Organisation of Family Doctors (WONCA), International Commission on Occupational Health (ICOH). *WONCA and ICOH statement on workers and their families*. 27th June 2014.

²⁰ International Commission on Occupational Health (ICOH). *ICOH 2015 Seoul Statement*.

<http://www.icohweb.org/site/core-documents.asp>

²¹ Organisation internationale du travail (OIT). *Services de santé au travail*. (publications disponibles sur le site en anglais) http://www.oit.org/safework/areasofwork/occupational-health/WCMS_354275/lang--en/index.htm

L'OMS préconise qu'une approche efficace pour améliorer la santé de la population demande d'assurer une continuité dans les soins aux travailleurs, en développant une approche intégrant les aspects préventifs et cliniques, incluant les soins de première ligne. Elle recommande également que toutes les instances qui interviennent pour la santé des travailleurs collaborent de façon concertée en vue d'améliorer l'accès aux services de médecine du travail, afin de répondre aux besoins sanitaires particuliers de la population de travailleurs.

Amélioration de l'accès à des services cliniques en médecine du travail

Les travailleurs ont besoin d'avoir accès à des services cliniques en médecine du travail dans lesquels exercent des médecins bien formés, qui connaissent les exigences ou les contaminants auxquels les travailleurs sont exposés et sont en mesure d'en évaluer le risque pour la santé.

L'adoption de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) en 1979 fût une excellente occasion pour développer un réseau en santé au travail à la grandeur du Québec, réunissant des équipes multidisciplinaires chargées de la prévention, sous la responsabilité de médecins responsables. Cependant, on constate que les services cliniques dédiés aux problèmes de santé des travailleurs se sont peu développés et sont nettement insuffisants.

En effet, il n'existe pas de corridors de service en médecine du travail (2^e ligne), comme il en existe pour les autres spécialités cliniques, pour soutenir les médecins de première ligne notamment en ce qui concerne l'évaluation et le suivi de travailleurs ayant reçu un résultat de dépistage positif, le diagnostic de maladies professionnelles et l'évaluation du lien étiologique, la prise en charge de problématiques complexes, l'évaluation de l'aptitude médicale à faire un travail, ainsi que la réintégration sécuritaire de travailleurs à la suite d'un accident ou d'une maladie.

Déjà en 2006, un rapport de l'Université de Montréal portant sur la médecine du travail et de l'environnement²² a identifié des accès insuffisants aux services de santé spécialisés en médecine du travail pour des problèmes fréquemment rencontrés par les médecins. Par exemple, la Clinique de médecine et de l'environnement du CHUM, à Montréal, reçoit des consultations pour des travailleurs de toutes les régions du Québec.

La modernisation du Régime québécois de santé et sécurité du travail est une excellente occasion pour développer un réseau de cliniques en médecine du travail, couvrant l'ensemble du territoire québécois. Ces cliniques, en offrant un soutien aux médecins, permettraient également aux travailleurs d'avoir plus facilement accès à des ressources spécialisées.

²² Isler M, Gérin M, Drouin J, Jacques L, Patry L, Caillé M. *Rapport du Comité sur l'enseignement de la médecine du travail et de la médecine environnementale à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal*. Département de santé environnementale et santé au travail, Faculté de médecine, Université de Montréal Décembre 2006. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12283>

4. Importance de la formation des professionnels et des médecins

Tel que défini par l'Organisation internationale du travail²³, les services de santé au travail ont comme fonction, entre autres, d'identifier et d'évaluer les risques à la santé en milieu de travail, de soutenir les entreprises dans les domaines de la santé, de la sécurité et de l'hygiène au travail, de l'ergonomie ainsi qu'en matière d'équipements de protection individuelle et collective, de promouvoir l'adaptation du travail aux travailleurs et de contribuer aux mesures de réadaptation professionnelle.

Importance de professionnels bien formés en santé au travail

Les diverses fonctions des services de santé au travail sont complexes et doivent être assurées par des équipes multidisciplinaires, regroupant divers professionnels. Pour prodiguer des services de santé au travail de qualité, l'OMS souligne le besoin, dans toutes ses publications sur l'organisation des services de santé au travail, que tous les intervenants soient bien formés. Les intervenants incluent les professionnels tels que les hygiénistes industriels, les techniciens en hygiène du travail, les ergonomes, les infirmières et les médecins en santé au travail. Il existe des programmes de formation reconnus au niveau collégial et universitaire pour former ces professionnels (pour la formation des médecins, voir les paragraphes suivants).

Formation des médecins en médecine du travail

Tous les médecins devraient jouer un rôle dans la détection précoce des atteintes à la santé en lien avec le travail et dans la réintégration du travailleur dans son milieu de travail. Or, les médecins ont en général une formation insuffisante pour documenter une exposition professionnelle, apprécier un lien de causalité avec un travail, entreprendre la prise en charge d'un travailleur et procéder à l'évaluation de l'aptitude médicale à faire un travail.

L'impact de ce manque de formation des médecins en médecine du travail a été amplement décrit en 2006, alors qu'un groupe de travail de l'Université de Montréal s'était penché sur les besoins de formation en médecine du travail. Le constat²⁴ qui a été fait est préoccupant. Outre une pénurie de médecins bien formés en médecine du travail, le rapport a révélé :

- une méconnaissance pour l'ensemble des médecins de l'impact sanitaire réel du milieu de travail et de l'environnement sur la santé;
- des lacunes dans les connaissances et les compétences cliniques en médecine du travail et de l'environnement;
- une méconnaissance des lois et des rôles attendus du médecin;

²³ Organisation internationale du travail (OIT). C161 - *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

²⁴. Isler M, Gérin M, Drouin J, Jacques L, Patry L, Caillé M. *Rapport du Comité sur l'enseignement de la médecine du travail et de la médecine environnementale à la Faculté de médecine de l'Université de Montréal*. Département de santé environnementale et santé au travail, Faculté de médecine, Université de Montréal Décembre 2006. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12283>

- une préparation insuffisante des médecins pour les aspects touchant les lésions musculosquelettiques et la santé mentale;
- des problèmes éthiques touchant entre autres la détermination de l'aptitude au travail, le dépistage et la surveillance des maladies professionnelles.

Suite à ce rapport, l'Université de Montréal a développé un cursus de formation pour les étudiants en médecine (niveau pré doctoral) et a soutenu le développement d'un programme de spécialité en médecine du travail (voir prochaine section).

Ainsi, tous les médecins devraient acquérir des compétences de base en médecine du travail²⁵. Cependant, ceux qui désirent pratiquer en médecine du travail, doivent développer des compétences plus approfondies notamment en hygiène du travail, en toxicologie, en ergonomie, en épidémiologie, en évaluation et prise en charge des maladies professionnelles, pour l'évaluation de l'aptitude médicale à faire un travail, ainsi que sur les aspects médico-administratifs.

Actuellement, il n'y a pas de programme de formation complémentaire en médecine du travail pour former des médecins de famille, ou d'autres spécialités, intéressés à pratiquer de façon plus importante dans un des domaines de la médecine du travail.

Formation spécialisée en médecine du travail au Québec

Déjà en 1950, un comité mixte de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et de l'Organisation internationale du travail (OIT)²⁶ a défini les rôles de la médecine du travail en prévention, en promotion et en protection de la santé, ainsi qu'en maintien au travail : « ... en somme adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche. ».

La médecine du travail est une spécialité du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC)²⁷ depuis 1988, reconnue au Québec depuis 2010²⁸. Le CRMCC définit la médecine du travail²⁹ comme une discipline à visée préventive qui s'occupe de l'aspect clinique et administratif des besoins de santé des individus et des groupes par rapport à leur environnement de travail.

Tel que mentionné précédemment, un programme pour former des spécialistes en médecine du travail a été développé à l'Université de Montréal. Ce programme de formation, le seul au Québec et le 3^e au Canada, a été accrédité par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC) en 2011. Pour remplir les critères

²⁵ Baillargeon M, Adisesh A, Corbet K, Hoffman H, Koehncke N, Kraut A, Patry L, Saary J, Thompson A, Youakim S. A Curriculum Framework for Undergraduate Medical Education Occupational Medicine Specialists of Canada. April 2018. Occupational Medicine Specialists of Canada. <http://www.omsoc.org/resources/occupational-medicine-core-competencies/>

²⁶ Comité mixte OIT/OMS de la médecine du travail : deuxième rapport d'une réunion tenue à Genève du 6 a u12 octobre 1952. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41789>

²⁷ Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada (CRMCC). Médecine du travail. Information par discipline. <http://www.omsoc.org/resources/occupational-medicine-core-competencies/>

²⁸ Collège des médecins du Québec. Spécialités reconnues au Québec. <http://www.cmq.org/page/fr/specialites-reconnues-quebec.aspx>

²⁹ Association des spécialistes en médecine préventive du Québec (ASMPQ). Médecine du travail. <https://www.asmpq.org/medecine-du-travail>

d'accréditation du CRMCC, il est essentiel d'offrir un lieu de formation clinique en milieu universitaire³⁰.

Il est essentiel d'avoir des médecins spécialistes en médecine du travail au Québec puisque ceux-ci, en plus de leur charge clinique, assurent l'encadrement des résidents et des étudiants en médecine et enseignent à l'université. Plusieurs d'entre eux font aussi de la recherche médicale³¹.

Or, malgré les efforts déployés par l'Université de Montréal depuis 2011, et les représentations faites en 2015³² et 2019³³ auprès du MSSS et du Comité consultatif sur les effectifs médicaux, aucun poste n'a été accordé pour la médecine du travail au Plan des effectifs médicaux (PEM). Il est donc impossible actuellement de former une relève.

La situation actuelle a atteint un niveau critique. Il ne sera bientôt plus possible, de maintenir le programme postdoctoral de spécialité en médecine du travail à l'Université de Montréal, d'assurer l'enseignement aux étudiants en médecine, et de soutenir la formation des médecins de première ligne.

Pour que des services de santé au travail de qualité soient offerts aux travailleurs et aux employeurs il est essentiel que :

- les professionnels qui œuvrent en santé au travail soient bien formés;
- tous les médecins, de famille ou spécialistes, soient formés en ce qui a trait aux concepts de base en médecine du travail;
- tous les médecins intervenant en santé au travail, en entreprise ou agissant comme médecin conseil pour un employeur ou une organisation aient une formation complémentaire en médecine du travail;
- le Ministre de la santé accorde des postes spécifiques à la spécialité en médecine du travail dans le Plan des effectifs médicaux (PEMs), afin que le programme de spécialité en médecine du travail à l'Université de Montréal soit en position d'attirer des candidats et de former une relève pour la spécialité;
- le Ministre de la santé, et le Collège des médecins du Québec, interagissent pour que la spécialité en médecine du travail soit reconnue dans l'Arrangement de reconnaissance mutuelle (ARM) France-Québec des qualifications professionnelles des médecins³⁴ pour favoriser le recrutement de médecins spécialistes en médecine du travail.

³⁰ Clinique de médecine du travail et de l'environnement. Centre hospitalier universitaire de Montréal.

³¹ Fédération des médecins spécialistes du Québec. Rôle et statut du médecin spécialiste.
<https://fmsq.org/fr/notre-profession/role-et-statut-du-medecin>

³² Rapport du comité consultatif sur les plans d'effectifs médicaux en support à l'organisation des services offerts par les médecins spécialistes en santé communautaire (2015) –comité présidé par Dr. Horacio Arruda – rédaction : DMOM.

³³ Rapport de la table de concertation sur les effectifs médicaux en médecine du travail, Ministère de la Santé et des Services sociaux (2019) - comité présidé par Dr. Louis Dufresne.

³⁴ Collège des médecins du Québec. Permis restrictif. ARM Québec-France.

<http://www.cmq.org/page/fr/permis-restrictif-arm-quebec-france-evaluation-capacite-exercer-ece-pra.aspx>

5. Considérations éthiques

Le *Code d'éthique international pour les professionnels de la santé au travail*³⁵ définit entre autres, les devoirs, les obligations, les principes et les règles qui doivent guider la pratique de tous les professionnels qui travaillent et ont des responsabilités en regard de la santé des travailleurs. De plus, un code d'éthique de l'American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM)^{36 37} s'adresse plus spécifiquement aux médecins du travail et définit sept principes éthiques à respecter.

L'objectif de la santé au travail est de protéger et promouvoir la santé des travailleurs, individuellement et collectivement, de promouvoir un environnement de travail sain et sécuritaire, de protéger la capacité de travail et l'accès au travail des travailleurs, ainsi que de contribuer à la santé environnementale et à celle de la communauté.

Les professionnels qui exercent en santé au travail doivent respecter les plus hauts standards professionnels et éthiques, respecter la dignité humaine et la confidentialité des données de santé et de la vie privée des travailleurs, éviter la discrimination, informer les travailleurs des dangers auxquels ils sont exposés et du risque pour leur santé, conseiller quant aux interventions disponibles pour restaurer, maintenir ou améliorer la santé, ou pour prévenir la maladie, signaler les effets sur la santé observés à ceux qui sont en mesure de prendre les mesures appropriées et agir avec intégrité et impartialité.

De plus, ils doivent acquérir et maintenir la compétence professionnelle nécessaire à l'exercice de leurs fonctions, et jouir d'une complète indépendance professionnelle.

Tous les professionnels de la santé au travail doivent poursuivre l'objectif fondamental de protection et de promotion de la santé des travailleurs, et exercer leur profession selon les plus hauts standards professionnels et éthiques.

Tous les professionnels doivent pouvoir exercer leurs fonctions dans des conditions qui respectent leur indépendance professionnelle, sans influence ou pression externe, afin qu'ils puissent librement agir et conseiller en fonction des connaissances scientifiques et des meilleures pratiques.

³⁵ Commission internationale de santé au travail (CIST). *Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail*. 2012. <http://www.icohweb.org/site/code-of-ethics.asp>

³⁶ American College of Occupational and Environmental Medicine (ACOEM). The Seven Ethical Principles of Occupational and Environmental Medicine. April 2010. <https://acoem.org/about-ACOEM/Governance/Code-of-Ethics>

³⁷ ACOEM Committee on Ethical Practice in Occupational and Environmental Medicine. Confidentiality of Medical Information in the Workplace. June 2012. <https://acoem.org/acoem/media/News-Library/Confidentiality-of-Medical-Information-in-Workplace.pdf>

6. Accès au système d'indemnisation

La notion d'indemnisation des accidents du travail s'est développée vers la fin du XIX^e et le début du XX^e siècle en Allemagne, en Grande-Bretagne et aux États-Unis. À cette époque, la question de la responsabilité des employeurs en termes d'indemnisation s'est posée de façon de plus en plus pressante. Au Québec, le législateur entame diverses réformes législatives et, en Ontario, le juge Sir William Meredith préside une Commission royale d'enquête pour étudier la question de l'indemnisation des travailleurs.

Le *Rapport Meredith*, déposé à l'Assemblée législative de l'Ontario en 1913, énonce cinq principes (les principes de Meredith) qui établissent les fondements de tous les systèmes d'indemnisation des travailleurs au Canada³⁸. Ces principes forment un compromis historique par lequel les employeurs financent le régime d'indemnisation des accidents du travail, et les travailleurs accidentés renoncent à leur droit de poursuivre leur employeur en justice. Il y a lieu de les rappeler :

1. Indemnisation automatique, c'est-à-dire que les travailleurs ont droit à des prestations quelle que soit la façon dont l'accident est survenu.
2. Sécurité des prestations, c'est-à-dire qu'un fonds est créé pour garantir l'existence des fonds nécessaires au paiement des prestations.
3. Responsabilité collective, c'est-à-dire que les employeurs couverts partagent la responsabilité de l'assurance contre les accidents du travail.
4. Administration indépendante, c'est-à-dire que l'organisation qui administre l'assurance contre les accidents du travail est distincte du gouvernement.
5. Compétence exclusive, c'est-à-dire que seules les commissions des accidents du travail peuvent offrir l'assurance.

Nous aimerions souligner plusieurs éléments qui, à notre avis, rendent difficile l'accès des travailleurs à l'indemnisation.

La liste des maladies pour lesquelles s'applique une présomption

À ce jour, la liste des maladies professionnelles donnant ouverture à une présomption n'a pas été modifiée depuis l'adoption de la LATMP en 1985. Or, depuis ce temps, les connaissances scientifiques ont évolué et plusieurs maladies pour lesquelles une présomption pourrait s'appliquer, c'est-à-dire celles pour lesquelles il existe clairement une relation avec certaines expositions au travail, auraient pu être ajoutées à cette liste telle qu'en témoigne la Liste des maladies professionnelles de l'Organisation internationale du travail (ILO) révisée en 2010³⁹.

Ceci a pour conséquence que même pour des maladies maintenant bien connues comme étant en lien avec certaines expositions au travail, les travailleurs doivent continuer à

³⁸ Association des commissions des accidents du travail du Canada. Principes d'indemnisation des accidents du travail. <https://awcbc.org/fr/a-propos-de-lacato/indemnisation-des-accidents-du-travail-101/>

³⁹ Organisation internationale du travail. Liste des maladies professionnelles de l'OIT (révisée en 2010). <http://www.cmq.org/page/fr/permis-restrictif-arm-quebec-france-evaluation-capacite-exercer-ece-pra.aspx>

prouver, non seulement la maladie dont ils sont atteints et ce à quoi ils sont exposés dans leur milieu de travail, mais également la relation entre la maladie et l'exposition. Ceci impose un lourd fardeau au travailleur.

Le PL-59 propose la formation d'un Comité scientifique des maladies professionnelles (CSMP), qui aura pour mandat de faire des recommandations en matière de lésions professionnelles au ministre ou à la Commission, en se fondant sur les recherches et les études. Il est également proposé que la liste des maladies professionnelles devienne un Règlement afin de permettre une mise à jour plus régulière de la liste des maladies professionnelles, en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques.

Toutefois, certaines des propositions du PL-59 pour la mise à jour de la liste des maladies professionnelles ne reflètent pas du tout les connaissances scientifiques, contribuent à reconnaître certaines maladies uniquement à un stade tardif, et entraînent des situations discriminatoires en limitant l'accès de la présomption à certaines professions (voir Annexe 3). Il est donc permis de penser qu'il y a un risque de divergences entre ce qui pourrait être recommandé par le CSMP, et ce qui serait inclus dans la liste des maladies professionnelles.

La liste des maladies professionnelles devrait, au minimum, correspondre à la Liste des maladies professionnelles de l'OIT (révisée en 2010) et être révisée régulièrement.

Les avis du Comité spécial des maladies professionnelles (CSMP) devraient être fournis directement au Ministre du travail par un Comité déchargé de toute contrainte.

Les comités qui évaluent l'admissibilité de maladies

Le Comité des maladies pulmonaires et le Comité spécial des présidents

Les travailleurs qui font une réclamation pour une maladie pulmonaire professionnelle sont systématiquement évalués par des pneumologues membres d'un Comité des maladies pulmonaires professionnelles (CMPP) et par la suite leur dossier est évalué par un Comité spécial des présidents (CSP). Le CMPP et le CSP se prononcent à nouveau sur le diagnostic posé par le médecin traitant, même si celui-ci est clairement établi. Ceci entraîne une lourdeur importante, et des délais dans l'évaluation des patients atteints de maladie pulmonaire.

De plus, les travailleurs qui réclament entre autres pour un asthme bronchique subissent dans tous les cas des tests de provocation spécifique en laboratoire et dans le milieu de travail (3 jours) et ce, même si une présomption s'applique (exposition à un agent sensibilisant). Ces tests ne sont pas anodins. Exposer les travailleurs à des agents qui sont à l'origine de leur maladie peut causer une rechute et parfois même une aggravation de leur condition. De plus, lorsque ces tests sont réalisés alors que le travailleur n'est plus exposé au contaminant depuis un certain temps, ils peuvent être faussement négatifs, entraînant un refus de la réclamation et la réexposition du travailleur au contaminant.

Ce processus occasionne des délais souvent de plusieurs mois dans l'admissibilité. Ces délais peuvent entraîner une aggravation de la condition du travailleur si, par exemple, pour des raisons économiques, le travailleur décide de demeurer au travail et donc exposé aux contaminants à l'origine de sa maladie ou ayant aggravé un état antérieur, en attendant la décision d'admissibilité (voir Annexe 2).

Le Comité des maladies professionnelles oncologiques

Le PL-59 propose de former un nouveau comité d'experts pour analyser les réclamations pour maladies oncologiques, le Comité des maladies professionnelles oncologiques (CMPO). Son mandat sera, entre autres, de faire rapport du diagnostic et, si celui-ci est confirmé, de se prononcer sur d'autres points spécifiés à l'article 233.5 de la loi amendée.

Or le diagnostic de maladie oncologique a déjà été posé par le(s) médecin(s) du travailleur, ce qui implique habituellement, au Québec, qu'il s'agit de l'avis du ou des spécialistes du cancer dont est atteint le travailleur. En raison des conséquences (chirurgies, traitements proposés, etc.), ces diagnostics ne sont pas posés à la légère. La question qui est au cœur de la qualification du cancer en tant de maladie professionnelle, et qui est souvent la plus difficile à évaluer, est la question de la relation causale entre le cancer et l'exposition professionnelle à un agent cancérigène (voir Annexe 2).

Les évaluations par les divers comités alourdissent le processus d'admissibilité, et occasionnent des délais importants avant qu'une décision ne soit rendue, alors que dans certains cas les travailleurs sont atteints de maladies graves, ou qu'une présomption s'applique.

Il y aurait lieu de mieux cerner les objectifs de ces évaluations, et les mandats de ces comités, pour diminuer le nombre de dossiers acheminés pour une évaluation.

La procédure d'évaluation médicale

La LATMP permet à la CNESST ou à l'employeur de désigner un médecin pour infirmer ou confirmer le diagnostic, la date de la consolidation (stabilisation ou guérison), les traitements, l'atteinte permanente et/ou les limitations fonctionnelles du médecin qui a charge du travailleur. À la suite de l'avis du médecin désigné, on demande au médecin qui a charge du travailleur de justifier son opinion médicale en remplissant un rapport complémentaire. Advenant un désaccord entre le médecin qui a charge et le médecin désigné, ou si la CNESST le juge à propos, le dossier est ensuite transféré au Bureau d'évaluation médicale (BEM). Ceci correspond à environ 12,000 demandes par année. L'avis du médecin membre du BEM lie la Commission et remplace celui du médecin qui a charge du travailleur. Ce processus peut se répéter à plusieurs reprises pour le même travailleur.

À la suite de l'avis du membre du BEM, le travailleur peut voir certaines ou toutes les conclusions de son médecin infirmées. Ceci a pour conséquence, entre autres, que les traitements peuvent cesser, influant négativement le processus de soins et de réintégration au travail.

Dans le PL-59, on propose que si le BEM ne peut désigner dans un délai prescrit un membre pour évaluer le travailleur, l'avis du médecin désigné par la Commission remplacera celui du médecin traitant. Comme il y a peu, ou pas, de médecins membres du BEM dans certaines spécialités, des travailleurs souffrant de certains types de pathologies verront l'avis du médecin désigné par la Commission remplacer l'opinion de leur médecin traitant. Ceci entraîne à notre avis des iniquités et amène un questionnement sur la confiance accordée, par le système d'indemnisation, envers l'avis du médecin qui a charge d'un travailleur.

L'opinion du médecin qui a charge d'un travailleur doit être privilégiée pour les questions médicales, puisqu'il est au centre des soins offerts au patient-travailleur et que c'est celui qui connaît le mieux le patient. Par contre, il devrait être mieux soutenu dans l'évaluation des lésions professionnelles.

L'augmentation de la judiciarisation

On constate que le processus de réparation des lésions professionnelles s'est progressivement alourdi et judiciarisé depuis les 20 dernières années.^{40 41} Le recours de plus en plus fréquent aux mécanismes de contestation des avis médicaux et aux services « d'arbitrage médical » a progressivement créé un climat de confrontation entre les divers intervenants.

Cette situation a plusieurs conséquences négatives, entraînant entre autres une atmosphère générale de méfiance, contraire au climat de collaboration nécessaire à une prise en charge optimale du travailleur et à son retour durable au travail. Cette importante judiciarisation est un facteur de risque bien connu de chronicisation, et a des répercussions négatives sur la mise en place de mesures de prévention.

Cette judiciarisation est source d'anxiété et de frustration pour les travailleurs, qui se retrouvent trop souvent pris dans un processus de contestation. Ceci les expose à des aggravations de leur condition en raison de l'arrêt de traitements nécessaires, entrave la réadaptation, retarde ou au contraire provoque un retour trop précoce au travail, exposant les travailleurs à des rechutes ou des aggravations. Il est bon de rappeler que le Québec est la province canadienne qui compte, et de loin, le plus grand nombre de dossiers qui se règlent devant les tribunaux.

Cette judiciarisation importante a également des conséquences sur les médecins⁴², puisque certains ont des réticences à prendre en charge un travailleur, en raison entre

⁴⁰ Vérificateur général du Québec. *Lésions professionnelles : indemnisation et réadaptation des travailleurs*. Chapitre 4. Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016. <https://www.vgq.qc.ca/fr/publications/132>

⁴¹ Charbonneau M, Hébert G. *La judiciarisation du régime d'indemnisation des lésions professionnelles au Québec*. Rapport de recherche, mars 2020. Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS). <https://iris-recherche.qc.ca/publications/cnesst2020>

⁴² Lippel K, Eakin JM, Holness DL, Howse D. *The Structure and Process of Workers' Compensation Systems and the Role of Doctors: A Comparison of Ontario and Québec*. Am J Ind Med 2016 Dec;59(12):1070-1086.

autres de la lourdeur administrative du processus et par crainte de se retrouver pris dans l'engrenage des contestations. Tout le processus donne l'impression que la pratique d'un médecin qui prend charge d'un travailleur est continuellement sous surveillance.

Plusieurs des propositions du PL-59 concernant la LATMP, dont les modifications proposées à la liste des maladies professionnelles, nous portent à penser qu'il y aura une augmentation des contestations et une judiciarisation encore plus importante.

Il est primordial d'identifier les causes sous-jacentes à l'augmentation constante des contestations qui alourdissent le processus d'indemnisation et contribuent à une atmosphère de confrontation. Le rapport de recherche du groupe IRIS⁴⁰ identifie certains modes de financement comme étant un facteur primordial dans l'augmentation de la judiciarisation des réclamations.

7. Retour durable et sécuritaire au travail

Le travail est un déterminant important de la santé. La reprise progressive des activités, incluant le travail, à la suite d'une atteinte à la santé physique ou mentale, causée ou non par le travail, est déterminante dans la prévention de l'incapacité prolongée et dans la réduction du risque de chronicisation.

De très nombreuses études ont été publiées sur le sujet de l'incapacité au travail, dont plusieurs sont issues de groupes de recherche au Québec⁴³. Ainsi, l'incapacité prolongée au travail n'est pas seulement la conséquence d'une déficience ou de la présence de douleurs, mais le résultat de l'interaction de plusieurs facteurs, dont des facteurs physiques, psychologiques, des facteurs liés au milieu de travail, au système de soins de santé et au système d'indemnisation.

Récemment, une recherche de l'IRSST⁴⁴ a identifié les deux principaux facteurs significativement associés au non-retour au travail : le manque de marge de manœuvre au travail et la présence d'inquiétudes intenses des travailleurs liées au travail. Si le travailleur a des craintes concernant son retour au travail, une intervention centrée uniquement sur l'individu sera insuffisante.

Parmi les stratégies identifiées pouvant aider à prévenir l'incapacité prolongée⁴⁵, notons la communication, la collaboration et la coordination des actions de l'ensemble des acteurs clés notamment les praticiens (médecins, ergothérapeute, physiothérapeute, psychologue), les acteurs en provenance du milieu de travail impliqués dans le processus de retour au travail et l'assureur.

Le rôle du médecin dans la réintégration au travail

La période entourant la réintégration au travail est une période critique pour les rechutes et les aggravations. Un retour durable au travail demande qu'il y ait un équilibre entre les exigences du travail et la capacité physique, cognitive et psychologique du travailleur, ou que l'exposition au contaminant à l'origine de l'atteinte à la santé du travailleur soit contrôlé.

⁴³ Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). Réadaptation au travail. <https://www.irsst.qc.ca/recherche-sst/priorites-recherche/readaptation>
Centre d'action en prévention et réadaptation de l'incapacité au travail (CAPRIT). Université de Sherbrooke. <https://www.usherbrooke.ca/caprit/>

⁴⁴ Coutu M-F, Durand M-J, Nastasia I et al. Incapacité due à un trouble musculosquelettique : les inquiétudes liées à l'environnement de travail. Rapports scientifiques R-1058. Février 2020. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/101069/n/incapacite-due-a-un-trouble-musculosquelettique-les-inquietudes-liees-a-l-environnement-de-travail>

⁴⁵ Nastasia I, Coutu M-F, Cibotaru A. Prévention de l'incapacité prolongée chez les travailleurs indemnisés pour troubles musculo-squelettiques - Une revue systématique de la littérature - Mise à jour 2008-2013. Études et recherches. Rapport R-841. Septembre 2014. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST). <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100776/n/incapacite-prolonge-revue-litterature-r-841>

Le médecin traitant est un acteur important d'une réintégration sécuritaire au travail. Il est souvent celui à qui revient la fonction de suivre la santé du travailleur et de statuer sur l'aptitude médicale à faire son travail^{46 47 48}, de préciser les restrictions fonctionnelles et, au besoin, de les communiquer à l'employeur afin que ce dernier puisse mettre en place, si nécessaire, les mesures d'adaptation au travail (accommodement)^{49 50 51}. Cette fonction nécessite, entre autres, une bonne connaissance des risques auxquels le travailleur est exposé.

Le processus de réintégration au travail

Dans la LATMP, la détermination de la date de consolidation fait partie des responsabilités du médecin qui a charge d'un travailleur. La consolidation d'une lésion professionnelle survient lorsqu'il y a guérison complète de la lésion, stabilisation ou plafonnement dans l'évolution de celle-ci.

La communication et la collaboration entre les divers acteurs clés ont été identifiées comme des éléments importants dans la prévention de l'incapacité prolongée. Or, ni le processus actuel ni ce qui est proposé dans le PL-59 ne permettent une telle approche.

Avant la consolidation

Le PL-59 propose que la Commission puisse prévoir, dans le cadre du programme de réadaptation, un retour progressif au travail avant que le médecin n'ait consolidé la lésion, et sans qu'un mécanisme de consultation du médecin qui a charge du travailleur n'ait été prévu. Alors que le maintien ou le retour précoce au travail sont des plus souhaitables, l'une des étapes essentielles à une réintégration durable au travail est certes l'évaluation de l'état de santé et de l'état fonctionnel du travailleur, en fonction des exigences ou des expositions au travail.

Le manque de communication entre les divers intervenants, et l'exclusion du médecin qui a charge du travailleur lors de la réintégration au travail d'un travailleur dont l'état n'est pas stabilisé, expose ce dernier à une rechute et ne tient pas compte des craintes du travailleur concernant son retour au travail⁴³. Ceci est particulièrement crucial pour les travailleurs ayant des lésions psychologiques. En présence d'inquiétudes intenses, les

⁴⁶ CRMCC. Objectifs de formation de la surspécialité de médecine du travail. 2013.

file:///C:/Users/p0066090/Downloads/occupational_medicine_otr_f.pdf

⁴⁷ Hobson J, Smedley J (eds) Fitness for work. The medical aspects, 6th ed. Oxford: Oxford University Press, 2019.

⁴⁸ Le Collège des médecins de famille du Canada. Section des groupes d'intérêt des membres : Médecine du travail. Handling patients requests for accommodation at work related to the COVID-19 pandemic. Mai 2020. https://portal.cfpc.ca/ResourcesDocs/uploadedFiles/Directories/Committees_List/Occ-Med-Snippet-COVID-19-EN.pdf

⁴⁹ Commission canadienne des droits de la personne. *Modèle de politique sur les mesures d'adaptation dans le milieu de travail*. <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/fr/content/modele-de-politique-sur-les-mesures-d%E2%80%99adaptation-dans-le-milieu-de-travail>

⁵⁰ Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse-Québec. *Accommodement raisonnable*. <https://www.cdpcj.gc.ca/fr/vos-droits/qu-est-ce-que/laccommodement-raisonnable>

⁵¹ CCHST. Fiches d'information Réponses SST. Apte au travail. https://www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/fit_to_work.html

travailleurs seraient deux fois plus à risque de ne pas retourner au travail. De plus, les rechutes, les aggravations de la condition du travailleur et la judiciarisation fréquente de ces dossiers entraîne des conséquences psychologiques chez le travailleur qui sont contraires au but souhaité, soit un retour durable dans le milieu de travail.

Après la consolidation

Lorsque la lésion du travailleur est consolidée, le médecin détermine, s'il y a lieu, une ou des limitations fonctionnelles qui seront définitives, et ne seront plus modifiables même si l'état du travailleur s'améliore. Elles influenceront donc la capacité du travailleur à faire un travail et ce, tout au long de sa vie professionnelle.

Dans le cas des séquelles de lésions musculo-squelettiques, les médecins utilisent couramment les *Échelles de restrictions fonctionnelles de l'IRSST*⁵², qui datent (1991), n'ont jamais été validées et les termes utilisés non définis. Ces restrictions sont par la suite interprétées par des intervenants en réadaptation de la Commission, qui n'ont pas nécessairement la même définition des termes que les médecins qui les ont émises⁵³. Ce manque d'harmonisation est souvent source de rechutes, de chronicisation et de judiciarisation.

Les connaissances scientifiques sur les facteurs favorisant un retour durable au travail ont grandement évolué depuis 40 ans⁵⁴ et nous croyons que l'ensemble du processus de réintégration au travail devrait être révisé pour refléter les meilleures pratiques et favoriser la communication et la collaboration entre les divers intervenants internes et externes.

⁵² Lapointe C. Procédure d'intégration professionnelle à l'usage du conseiller en réadaptation. (Échelles de restrictions). Rapport B-023. Institut de recherche en santé et en sécurité au travail (IRSST), 1991. <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/265/n/procedure-d-integration-professionnelle-a-l-usage-du-conseiller-en-readaptation-echelles-de-restriction-b-023>

⁵³ Baillargeon M, Bélanger S, Bergeron Y, Lambert R, Maurais G, Shedid D, Chrétien-Raymer P. « L'évaluation des limitations fonctionnelles : J'en ai plein le dos! » Session donnée lors de la 9e Journée de formation interdisciplinaire (JFI) de la FMSQ le 4 novembre 2016. Synthèse des commentaires et recommandations. 24 mars 2017. Document appuyé par plusieurs associations de médecins spécialistes et ergothérapeute supportant une demande envoyée à l'IRSST afin qu'elle révisé ses échelles de restrictions fonctionnelles.

⁵⁴ Nastasia I, Durand M-J, Coutu M-F, Collinge C, Cibotaru A. Pratiques des milieux de travail pour assurer un retour en emploi sain et durable. Rapports scientifiques R-983. Institut de recherche en santé et en sécurité au travail (IRSST), 2017. <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100950/n/pratiques-milieux-travail-retour-emploi-sain-durable>

Conclusion

Les grands principes de notre régime actuel de santé et de sécurité au travail ont été esquissés dès la fin du XIX^e siècle et la *Loi sur les accidents du travail*, adoptée en 1931, a établi les concepts fondamentaux de prévention et de réadaptation des travailleurs. Le Régime québécois de santé et de sécurité du travail est issu de cette mouvance. Toutefois, après 40 ans, il importe d'en revoir certaines modalités, pour l'actualiser en fonction des nouvelles réalités du monde du travail.

Tout en mettant l'accent sur le contrôle des risques dans les milieux de travail et la surveillance de la santé des travailleurs, il nous apparaît essentiel, conformément aux directives de l'OMS, de développer une approche intégrée et collaborative entre les équipes qui œuvrent en prévention et les médecins cliniciens, incluant ceux de première ligne. Cette approche devrait permettre un échange efficace d'information, afin d'assurer une prise en charge optimale des travailleurs ayant des problèmes de santé.

Pour assumer leur rôle dans la protection de la santé des travailleurs, il est important que tous les médecins aient une formation en médecine du travail et que les médecins de première ligne puissent bénéficier du soutien de cliniques spécialisées en médecine du travail.

La présence de médecins spécialistes en médecine du travail est essentielle pour assurer un soutien clinique, et pour conseiller les diverses instances en ce qui a trait aux aspects scientifiques. Par contre, aucun poste dans le plan d'effectifs médicaux n'a été attribué à la médecine du travail depuis sa reconnaissance en tant que spécialité au Québec, malgré des interventions répétées. Il est donc impossible de former une relève. Il est urgent d'examiner cette situation, et de trouver des solutions, afin de s'assurer qu'ils soient en nombre suffisant pour remplir les diverses fonctions dévolues à la médecine spécialisée et qu'ils puissent ainsi contribuer à ce que les médecins soient bien formés pour prendre soin de la santé des travailleurs.

Nous croyons qu'il y a lieu de revoir le processus de réintégration au travail afin d'intégrer les meilleures pratiques, de favoriser la communication et la collaboration entre les divers intervenants internes et externes, incluant le médecin traitant, les travailleurs et les employeurs.

Il est également important de s'assurer que tous les professionnels puissent exercer leur profession en toute indépendance. De plus, nous proposons qu'un Comité scientifique indépendant, incluant des spécialistes en médecine du travail, soit formé pour conseiller le Ministre du travail pour les questions médicales et de santé.

Finalement, il nous apparaît essentiel d'identifier les facteurs qui contribuent à l'augmentation de la judiciarisation qui s'est installée au fil du temps. Cette judiciarisation, en plus d'occasionner des débours importants, crée un climat de méfiance et de confrontation peu propice à un retour précoce et durable au travail, devenant ainsi un facteur important de chronicisation.

ANNEXE 1

LOI SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL

COMMENTAIRES SUR CERTAINES MODIFICATIONS PROPOSÉES DANS LE PL-59

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	CHAPITRE I – DÉFINITIONS	
128.	1. Dans la présente loi et les règlements, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par :	<p>Constat : Aucune définition n'est proposée pour les termes « danger » et « risque ».</p> <p>Commentaires : Les notions fondamentales de danger et de risque n'ont pas été définies dans la loi. Or leurs définitions en hygiène du travail et dans la jurisprudence sont à l'opposé l'une de l'autre. Ceci est source de confusion.</p> <p>Recommandation : Définir les termes « danger » et « risque » et utiliser les définitions retrouvées dans les manuels d'hygiène et de médecine du travail.</p>
	CHAPITRE III – DROITS ET OBLIGATIONS - SECTION I – LE TRAVAILLEUR – DROITS GÉNÉRAUX	
130.	10. Le travailleur a notamment de droit conformément à la présente loi et aux règlements : (...) 2° de bénéficier de services de santé préventifs et curatifs en fonction des risques auxquels il peut être exposé;	<p>Constat : Les travailleurs ont droit à des services curatifs.</p> <p>Commentaires : Des services curatifs (cliniques) spécifiques pour les travailleurs n'ont pas été mis en place (voir section correspondante dans le mémoire).</p> <p>Recommandation : En collaboration avec le Ministre de la santé, s'assurer que des services cliniques spécifiques pour les travailleurs soient mis en place (2^e et 3^e ligne).</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p><u>3° de recevoir son salaire pendant qu'il se soumet à un examen de santé en cours d'emploi exigé pour l'application de la présente loi et des règlements ainsi que pendant les déplacements requis pour subir cet examen. Le coût de l'examen et les frais de déplacement et de séjour sont à la charge de l'employeur.</u></p>	<p>Constat : Les travailleurs ont droit d'être rémunérés pour les examens exigés par la LSST et les règlements, mais rien n'est spécifié pour le suivi des examens de dépistage prescrits par le médecin en charge de la santé au travail dans le cadre de programmes de surveillance de la santé, et qui seraient positifs.</p> <p>Commentaire : La surveillance et le dépistage précoce des atteintes à la santé sont au cœur de la prévention. N'étant pas rémunérés pour le temps nécessaire à l'évaluation clinique requise à la suite d'un résultat positif aux examens de dépistage, il arrive régulièrement que les travailleurs n'y font pas suite. Ceci nuit à la prise en charge précoce des atteintes à la santé.</p> <p>Recommandation : Inclure, dans l'article de loi, tous les examens prescrits dans le cadre d'un programme de dépistage et de surveillance médicale.</p>
CHAPITRE III – DROITS ET OBLIGATIONS - SECTION I – LE TRAVAILLEUR – RETRAIT PRÉVENTIF		
134.	<p>32. Un travailleur qui fournit à l'employeur le certificat prescrit par la Commission qui atteste que son exposition à un contaminant comporte pour lui des dangers, eu égard au fait que sa santé présente des signes d'altération, peut demander d'être affecté à des tâches ne comportant pas une telle exposition et qu'il est raisonnablement en mesure d'accomplir, jusqu'à ce que son état de santé lui permette de réintégrer ses fonctions antérieures et que les conditions de son travail soient conformes aux normes établies par règlement pour ce contaminant.</p>	<p>Constats : Aucune précision quant au libellé « eu égard au fait que sa santé présente des signes d'altération ». Il y a eu ajout de « certificat prescrit par la Commission ».</p> <p>Commentaires : Cet article de loi vise la réaffectation d'un travailleur qui présente un état de santé altéré et qui, en raison de cet état, peut être plus vulnérable à des conséquences graves lorsqu'exposé à certaines conditions/contaminants au travail. Cet état de santé altéré n'a pas toujours un lien avec le travail ou avec l'exposition en cause. Par exemple, durant la pandémie de COVID-19, des travailleurs vulnérables en raison d'une condition de santé sans lien avec le travail, comme des travailleurs immunosupprimés (ex. greffés) et exposés à des situations à risque de contracter</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
		<p>la COVID-19, n'ont pas pu bénéficier de l'application de cet article de loi. En effet, cet article de loi aurait été interprété pour ne couvrir que des états de santé en lien avec l'exposition (ex. un travailleur qui a une plombémie élevée, sans symptômes d'intoxication, et qui doit être réaffecté à un travail qui ne l'expose pas au plomb).</p> <p>Le même principe de protection que pour la travailleuse enceinte ou qui allaite devrait être appliqué pour ces travailleurs vulnérables.</p> <p>La CNESST ne peut être «prescripteur» d'un certificat. Le Collège des médecins du Québec le définit ainsi : «Professionnel autorisé à prescrire des investigations ou des dépistages selon son champ d'exercice.» Ceci porte à confusion.</p> <p>Recommandation :</p> <p>Préciser que les signes d'altération peuvent être, ou non, en lien avec l'exposition au travail.</p> <p>Utiliser un autre terme que celui de « prescrit ».</p>
136	<p>34. La Commission peut par règlement:</p> <p>1° identifier les contaminants à l'égard desquels un travailleur peut exercer le droit que lui reconnaît l'article 32;</p> <p>2° déterminer les critères d'altération à la santé associés à chacun de ces contaminants et permettant l'exercice de ce droit;</p> <p>3° préciser les critères du retrait d'un travailleur de son poste de travail et de sa réintégration;</p> <p>4° SUPPRIMÉ</p>	<p>Constats :</p> <p>La Commission peut identifier les contaminants et déterminer les critères d'altération à la santé à l'égard desquels un travailleur peut exercer le droit que lui reconnaît l'article 32, et préciser les critères de retrait et de réintégration.</p> <p>Commentaires :</p> <p>Il s'agit ici d'évaluation de l'aptitude médicale d'un travailleur à faire un travail sans danger pour sa santé, et qui a pour objectif de prévenir des atteintes à la santé qui seraient graves.</p> <p>Ceci est clairement dans le champ de pratique médicale et la Commission ne peut se substituer au médecin pour évaluer un état de santé d'un travailleur et son aptitude à exécuter les tâches/être exposé à un contaminant, ni le moment où il est sécuritaire de réintégrer le travail. Cette évaluation, et la réintégration du travailleur, doit respecter les connaissances scientifiques et les guides de pratique médicale.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
		<p>De plus, la Commission ne peut identifier tous les contaminants auxquels un travailleur pourrait être exposé et qui pourrait être délétère pour lui en raison d'un état de santé, ni tous les critères d'altération à la santé associés à chacun de ces contaminants (ex. la COVID-19).</p> <p>Recommandation : Supprimer cet article de loi.</p>
	CHAPITRE III – DROITS ET OBLIGATIONS - SECTION II – L'EMPLOYEUR – LE PROGRAMME DE PRÉVENTION	
147	<p><u>59.</u> Un programme de prévention a pour objectif d'éliminer à la source même les dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs.</p> <p><u>Il doit tenir compte des programmes de santé au travail élaborés par la Commission en vertu de l'article 107, des règlements applicables à l'établissement ainsi que, le cas échéant, des recommandations du comité de santé et de sécurité et prévoir notamment :</u></p> <p><u>1° l'identification et l'analyse des risques pouvant affecter la santé des travailleurs de l'établissement, dont les risques chimiques, biologiques, physiques, ergonomiques et psychosociaux liés au travail, ainsi que de ceux pouvant affecter leur sécurité;</u></p> <p><u>2° les mesures et les priorités d'action permettant d'éliminer ou, à défaut, de contrôler les risques identifiés en privilégiant la hiérarchie des mesures</u></p>	<p>Constats :</p> <p>Le programme de prévention intègre certains éléments du programme de santé spécifique aux établissements qui a été aboli (articles 112 et 113 de la LSST). Il prévoit notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> 1° l'identification et l'analyse des risques à la santé (chimiques, biologiques, physiques, ergonomiques et psychosociaux), 2° les mesures et les priorités d'action permettant d'éliminer ou de contrôler les risques identifiés; 3° les mesures de surveillance (...) et de suivi permettant de s'assurer que les risques identifiés sont éliminés ou contrôlés; 6° les examens de santé de pré-embauche et les examens de santé en cours d'emploi exigés par règlement ou par les programmes de santé au travail; <p>Commentaires :</p> <p>L'identification et l'analyse des risques à la santé est très complexe et doit être réalisée par des professionnels bien formés (alinéa 1).</p> <p>Les mesures de surveillance de la santé (programmes de surveillance de la santé et de dépistage d'effets précoces) sont mises en place pour aider à déterminer les priorités d'intervention et permettre de s'assurer que les risques identifiés sont éliminés ou contrôlés (alinéas 2 et 3). Or, l'élaboration et la mise en œuvre de ces</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p><u>de prévention établie par règlement ainsi que les responsabilités des différents intervenants et les échéanciers pour l'accomplissement de ces mesures et de ces priorités:</u></p> <p><u>3° les mesures de surveillance, d'évaluation, d'entretien et de suivi permettant de s'assurer que les risques identifiés sont éliminés ou contrôlés</u></p> <p><u>4° l'identification des moyens et des équipements de protection individuels qui, tout en étant conformes aux règlements, sont les mieux adaptés pour répondre aux besoins des travailleurs de l'établissement</u></p> <p><u>5° les programmes de formation et d'information en matière de santé et de sécurité du travail</u></p> <p><u>6° les examens de santé de pré-embauche et les examens de santé en cours d'emploi exigés par règlement ou par les programmes de santé au travail élaborés par la Commission en vertu de l'article 107</u></p> <p><u>7° l'établissement et la mise à jour d'une liste des matières dangereuses utilisées dans l'établissement et des contaminants qui peuvent y être émis</u></p> <p><u>8° le maintien d'un service adéquat de premiers soins pour répondre aux urgences</u></p>	<p>programmes de surveillance de la santé doivent respecter des principes directeurs et être sous supervision d'un médecin ou d'un professionnel de la santé formé puisqu'il existe de nombreux enjeux (interprétation de la positivité des tests, référence médicale pour évaluation et suivi, enjeux de confidentialités des données personnelles et de santé, etc.). Se référer au mémoire.</p> <p>Les examens de santé ne devraient jamais être faits en pré-embauche mais en pré-affectation à un poste de travail, sinon ils pourraient être considérés comme discriminatoires. Ces examens visent à évaluer l'aptitude médicale à faire un travail précis, qui est un champ d'exercice de la médecine du travail. Cette évaluation, qui doit respecter des principes stricts, dont la pertinence et le respect de la confidentialité des données médicales, nécessite de prendre en compte d'une part la santé/fonctionnalité du travailleur et, d'autre part, les exigences du poste qu'il doit occuper. De plus, l'employeur a une obligation d'accommodement raisonnable.</p> <p>Les examens de santé en cours d'emploi, qui visent à détecter de façon précoce des atteintes à la santé, doivent suivre les mêmes règles pour leur mise en place et leur suivi que les examens prescrits dans le cadre de programmes de surveillance.</p> <p>Chaque milieu de travail est différent, même s'il appartient au même secteur d'activité. Il est important de laisser de la marge de manœuvre aux professionnels pour que des risques émergents, ou non retenus dans les programmes cadres, puissent être considérés le cas échéant.</p> <p>Recommandation :</p> <p>Toutes les activités de surveillance et d'examens de la santé relèvent de l'exercice de la médecine du travail et, à ce titre, doivent être supervisées et réalisées par des médecins bien formés.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	CHAPITRE VIII – LA SANTÉ AU TRAVAIL	
175	<p>La section II du chapitre VIII de cette loi (articles 112 à 115), soit celle sur le programme de santé spécifique à un établissement, est abrogée.</p>	<p>Constats : Le programme de santé spécifique à un établissement et le médecin responsable des services de santé de l'établissement disparaît de la LSST.</p> <p>Sont abrogés également les alinéas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 3 et 4, mesures visant à faciliter l'évaluation de l'aptitude au travail; - 5, mesures de surveillance médicale du travailleur en vue de la prévention et du dépistage précoce de toute atteinte à la santé pouvant être provoquée ou aggravée par le travail; <p>Commentaires : Comme il est mentionné dans le mémoire, et aux commentaires sur l'article 59, les programmes de surveillance de la santé et les mesures de surveillance médicale des travailleurs font partie intégrante de la prévention. Ils ne doivent pas être enlevés et doivent rester sous responsabilité médicale.</p> <p>Recommandation : Conserver de façon explicite les mesures de surveillance médicale du travailleur en vue de la prévention et du dépistage précoce de toute atteinte à la santé pouvant être provoquée ou aggravée par le travail. Les programmes de surveillance de la santé doivent nécessairement être sous responsabilité médicale.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	CHAPITRE VIII – LA SANTÉ AU TRAVAIL SECTION III – LE MÉDECIN RESPONSABLE DES SERVICES DE SANTÉ D’UN ÉTABLISSEMENT	
179	<p><u>117.1. Le médecin chargé de la santé au travail collabore à l’élaboration des programmes de santé au travail visés à l’article 107.</u></p> <p><u>Il collabore aussi, sur demande d’un employeur, à l’élaboration des éléments de santé du programme de prévention visé à l’article 59, notamment ceux prévus aux paragraphes 6° à 8° du deuxième alinéa de cet article.</u></p> <p><u>Il peut s’adjoindre tout intervenant en santé au travail qu’il estime nécessaire</u></p>	<p>Constats :</p> <p>Le médecin chargé de la santé au travail collabore (article 107) avec le ministre de la Santé et des Services sociaux et la Commission à l’élaboration des programmes de santé au travail et détermine les priorités en matière de santé au travail (...).</p> <p>Le médecin chargé de la santé au travail collabore également à l’élaboration des éléments du programme de prévention visé à l’article 59, notamment ceux prévus aux paragraphes 6° à 8° du deuxième alinéa de cet article.</p> <p>Commentaires :</p> <p>Plusieurs points de l’article 59, particulièrement les alinéas 1 (responsabilité partagée avec les hygiénistes du travail), 3 et 6, relèvent du champ de compétence médicale et doivent demeurer sous responsabilité médicale.</p> <p>Recommandation :</p> <p>L’évaluation du risque pour la santé des travailleurs, la pertinence de mettre sur pied des programmes de surveillance de la santé, les examens de dépistage prescrits ainsi que les examens d’évaluation médicale à faire un travail doivent demeurer sous responsabilité médicale, pour les raisons énumérées dans les commentaires à l’article 59 et dans le mémoire.</p>
183	<p><u>124. L’intervenant en santé au travail doit informer le travailleur de toute situation l’exposant à un danger pour sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique.</u></p> <p><u>L’intervenant en santé au travail qui est un professionnel au sens du Code des professions (chapitre C-26) et qui constate une altération à la santé d’un travailleur à la suite d’une mesure de</u></p>	<p>Constats :</p> <p>Un intervenant en santé au travail qui est un professionnel au sens du Code des professions et qui constate une altération à la santé d’un travailleur à la suite d’une mesure de surveillance médicale (...) doit, (...) en informer le travailleur.</p> <p>Commentaires :</p> <p>Les programmes de surveillance médicale et la prescription d’examens de dépistage sont dans le champ d’activités médicales et doivent être réalisés sous responsabilité médicale, incluant la constatation d’une altération à la santé et la divulgation des résultats des tests au travailleur. De plus, un suivi doit être fait si le</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p><u>surveillance médicale en vue de la prévention et du dépistage doit, dans le respect de ses obligations professionnelles, en informer le travailleur.</u></p>	<p>résultat est positif et le prescripteur demeure responsable du patient jusqu'à ce qu'un autre professionnel le prenne en charge (voir mémoire).</p> <p>Un professionnel en santé au travail pourrait être un ingénieur membre de son ordre professionnel et qui exerce en tant qu'hygiéniste du travail, mais qui n'est pas formé pour constater des altérations à la santé chez des travailleurs. Voir en particulier les articles suivant du Code des professions : 32, 37, 37.1, 42-2.1.</p> <p>Recommandation : Tout ce qui a trait à la surveillance médicale doit être sous responsabilité médicale, y compris les résultats des évaluations qui constatent une altération à la santé, la communication des résultats au travailleur et le suivi des travailleurs suite à ces résultats.</p>
<p>CHAPITRE IX – LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL - SECTION I – CONSTITUTION</p>		
<p>186</p>	<p>140. La Commission est administrée par un conseil d'administration composé de 15 membres nommés par le gouvernement, dont le président du conseil d'administration, et du président-directeur général qui est d'office membre sans droit de vote.</p>	<p>Constat : Le point de vue scientifique n'est pas représenté au sein du Conseil d'administration de la Commission.</p> <p>Recommandation : Inclure un conseiller scientifique indépendant pour éclairer le CA sur les connaissances à jour.</p>

ANNEXE 2

**LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES
COMMENTAIRES SUR CERTAINES MODIFICATIONS PROPOSÉES DANS LE PL-59**

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	CHAPITRE I – OBJET, INTERPRÉTATION ET APPLICATION	
1.	<p>1. La présente loi a pour objet la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les bénéficiaires.</p> <p>Le processus de réparation des lésions professionnelles comprend, <u>dans les limites prévues par la présente loi, la fourniture de biens et services de santé, la réadaptation</u>-sociale et professionnelle du travailleur victime d'une lésion, le paiement d'indemnités de remplacement du revenu, d'indemnités pour préjudice corporel et, le cas échéant, d'indemnités de décès</p>	<p>PRINCIPE :</p> <p>Le régime d'indemnisation au Canada découle d'un compromis social par lequel les employeurs financent le régime d'indemnisation et les travailleurs renoncent à leur droit de poursuivre leur employeur en justice. Il s'agit d'un système sans égard à la faute dans lequel les employeurs se partagent la responsabilité de l'assurance.</p> <p>Constats :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Le processus de réparation des lésions professionnelles sera limité dans la loi. Le libellé a été modifié de la « fourniture des soins nécessaires à la consolidation d'une lésion » à la « fourniture de biens et services de santé ». -La réadaptation physique est éliminée. <p>Commentaires :</p> <p>Le projet de loi limite l'ensemble du processus de réparation des lésions professionnelles, et ne vise plus la « consolidation d'une lésion ».</p> <p>Le médecin doit pouvoir choisir le meilleur traitement pour son patient en fonction de l'atteinte à la santé qu'il présente et de son évolution.</p> <p>La réadaptation physique (physiothérapie, ergothérapie, orthèses, prothèses, etc.) est essentielle pour le traitement des lésions du système musculo-squelettique.</p> <p>Recommandation :</p> <p>Ne pas modifier cet article fondamental de la LATMP.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
2	<p>2. Dans la présente loi, à moins que le contexte n'indique un sens différent, on entend par:</p> <p>[...]</p> <p>«emploi convenable» : un emploi approprié qui, <u>en tenant compte des tâches essentielles et caractéristiques de ce type d'emploi,</u> permet au travailleur victime d'une lésion professionnelle d'utiliser sa capacité résiduelle et ses qualifications professionnelles, qui présente une possibilité raisonnable d'embauche et dont les conditions d'exercice ne comportent pas de danger pour la santé, la sécurité ou l'intégrité physique du travailleur compte tenu de sa lésion;</p>	<p>Constats :</p> <p>L'emploi convenable sera déterminé en ne tenant compte que des tâches essentielles et caractéristiques de ce type de travail.</p> <p>Commentaires :</p> <p>Un travailleur qui a des séquelles à la suite d'une lésion professionnelle peut être en mesure d'effectuer la plupart des tâches d'un type d'emploi, mais pas nécessairement toutes les tâches. L'évaluation de l'aptitude médicale à faire un travail, doit être réalisée pour toutes les tâches faisant partie de l'emploi convenable et, dans le contexte d'un emploi en particulier il pourrait y avoir accommodement pour les tâches non essentielles.</p> <p>Par contre, dans le contexte de la détermination d'un emploi convenable, si le travailleur, en raison de séquelles de sa lésion professionnelle, n'est pas en mesure d'effectuer l'ensemble des tâches demandées par un nouvel employeur, il existe un risque soit qu'il ne puisse se qualifier pour ce type d'emploi, soit qu'il perde l'emploi après une période de probation, ou encore, si le travailleur effectue tout de même des tâches au-delà de ses capacités, il risque de se blesser de nouveau et d'aggraver sa lésion initiale.</p> <p>Recommandation :</p> <p>Ne pas modifier cet article de loi.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	CHAPITRE II – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	
7	<p><u>29. Un travailleur qui satisfait aux critères d’admissibilité de la réclamation que peut prévoir un règlement est présumé atteint d’une maladie professionnelle s’il est atteint d’une maladie prévue par règlement et si, au jour où il reçoit le diagnostic de cette maladie, il rencontre les conditions particulières en lien avec cette maladie prévues par règlement.</u></p>	<p>PRINCIPE : Le législateur a introduit des présomptions afin d’alléger le fardeau de preuve pour le travailleur et de faciliter la reconnaissance de certaines maladies.</p> <p>Constats : -La liste des maladies qui peuvent bénéficier d’une présomption ne feront plus partie de la Loi (annexe 1 de l’article 29) mais deviennent un règlement qui peut être modifié par l’organisme administratif qui gère le régime SST. -Si le jour où le travailleur reçoit le diagnostic de cette maladie le travailleur ne remplit plus les conditions particulières énoncées, il ne pourra bénéficier d’une présomption.</p> <p>Commentaires : La liste des maladies professionnelles devient un règlement : Il existe un risque potentiel de conflit d’intérêt si la Commission gère directement la liste des maladies professionnelles, D’ailleurs, même si la Commission avait le pouvoir d’ajouter des maladies dans cette liste, elle ne l’a jamais fait. L’objectif de cette modification est de permettre une révision régulière de la liste, afin de suivre l’évolution des connaissances scientifiques. Or, les Règlements qui existent actuellement n’ont pas été révisés régulièrement. Entre autres, dans le <i>Règlement sur la santé et la sécurité du travail</i>, la limite d’exposition au bruit est de 90 dB(A) pour 8 heures d’exposition, ce qui en fait la limite d’exposition la plus élevée au Canada. Il est clairement établi depuis longtemps qu’une telle exposition peut entraîner de la surdité chez un bon nombre de travailleurs.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
		<p>Le <i>Règlement sur le barème des dommages corporels</i> n'a pas été révisé depuis sa parution en 1987. Des modifications auraient pu être faites au fil du temps afin qu'il corresponde à l'évolution des connaissances (ex. chapitre sur le système psychique, syndrome vibratoire) ou pour ajouter des éléments ayant été oubliés (ex. lésions des nerfs digitaux).</p> <p>L'exigence de rencontrer les conditions particulières en lien avec la maladie au moment où le travailleur reçoit le diagnostic :</p> <p>Cette disposition sera difficile, voire impossible, à rencontrer pour les maladies à temps de latence plus long (ex. cancers), ne tient pas compte du délai avant que le diagnostic ne soit posé par un médecin (les médecins ont peu de formation pour diagnostiquer les maladies professionnelles et souvent le diagnostic est posé plus tardivement), ou si les travailleurs ont changé de travail.</p> <p>Recommandations :</p> <p>La liste des maladies pouvant bénéficier d'une présomption légale doit pouvoir être révisée régulièrement, et les recommandations du Comité scientifique sur les maladies professionnelles intégrées rapidement. Par contre, elle doit demeurer sous la responsabilité du législateur, et non de l'organisme d'indemnisation.</p> <p>De plus, des mécanismes doivent être mis en place pour une révision régulière des divers règlements, afin qu'il y ait concordance avec les connaissances scientifiques.</p>
7	<p><u>30. Un travailleur qui n'est pas présumé atteint d'une maladie professionnelle en vertu de l'article 29 et qui satisfait aux critères d'admissibilité de la réclamation que peut prévoir un règlement est considéré atteint d'une maladie professionnelle :</u></p>	<p>Constats :</p> <p>Des critères d'admissibilité pourraient être ajoutés par un règlement, pour les maladies qui ne bénéficieraient pas d'une présomption. Nous n'avons pas trouvé le règlement dont il pourrait s'agir dans le Projet de loi 59. Nous en arrivons à la conclusion qu'il pourrait être ajouté par la suite.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p><u>1° lorsqu'il est atteint d'une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail qui ne résulte pas d'un accident du travail ni d'une blessure ou d'une maladie causée par un tel accident;</u></p> <p><u>2° lorsqu'il démontre à la Commission que sa maladie est caractéristique d'un travail qu'il a exercé ou qu'elle est reliée directement aux risques particuliers de ce travail.</u></p>	<p>Commentaires :</p> <p>Ces critères d'admissibilité pourraient restreindre de façon importante l'accès des travailleurs à l'indemnisation. Ainsi, certaines maladies pourraient être complètement exclues, et les travailleurs ne pourraient bénéficier ni de la présomption, ni de la possibilité de démontrer la relation.</p> <p>D'autres maladies pourraient n'être indemnisées que lorsqu'elles sont très sévères, et donc la plupart du temps irréversibles. Il pourrait même être difficile pour les travailleurs atteints de problématiques en émergence d'avoir accès à l'indemnisation.</p> <p>De telles dispositions ne tiennent pas compte que cette loi résulte d'un compromis social par lequel les travailleurs ont renoncé à la possibilité de poursuivre leur employeur, et à l'article 1 de la LATMP, qui indique que « La présente loi a pour objet la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les bénéficiaires. »</p> <p>Nous croyons qu'il est important de laisser suffisamment de latitude pour permettre au travailleur de démontrer que ses conditions de travail ont pu être à l'origine de sa maladie.</p> <p>Recommandation :</p> <p>Ne pas modifier cet article de la loi.</p>
	CHAPITRE IV - SECTION I - DROIT À LA RÉADAPTATION	
27	<p><u>145. La Commission peut, dès qu'elle accepte une réclamation pour une lésion professionnelle et avant la consolidation de cette lésion, accorder au travailleur des mesures de réadaptation adaptées à son état de santé et visant à favoriser</u></p>	<p>Constats :</p> <p>La Commission peut accorder des mesures de réadaptation, avant la consolidation de la lésion, visant à favoriser la réinsertion professionnelle du travailleur. Ces mesures visent notamment à développer la capacité du travailleur à reprendre le travail, et se fait en collaboration avec le travailleur et l'employeur.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p><u>sa réinsertion professionnelle, dans les cas et aux conditions prévues au présent chapitre et par règlement.</u></p> <p><u>À cette fin, la Commission peut, en collaboration avec le travailleur et l'employeur, mettre en œuvre chez l'employeur des mesures favorisant la réintégration du travailleur, notamment en développant sa capacité à reprendre graduellement les tâches que comporte son emploi.</u></p> <p><u>145.1. La Commission soumet les mesures de réadaptation prévues à l'article 145 au médecin qui a charge du travailleur lorsqu'elle estime nécessaire qu'il détermine si la mise en œuvre des mesures est appropriée, compte tenu de l'état de santé du travailleur.</u></p>	<p>La Commission n'a pas d'obligation de soumettre les mesures de réadaptation prévues à cet article, incluant des mesures de réintégration au travail, au médecin qui a charge du travailleur.</p> <p>Commentaires :</p> <p>La réintégration progressive d'un travailleur dans le milieu de travail est souhaitable pour favoriser un retour au travail. Par contre, ces mesures et celles qui pourraient être déterminées par règlement doivent nécessairement tenir compte de l'état de santé et des capacités du travailleur, en fonction des exigences ou expositions au travail, sinon il existe un risque de rechute ou d'aggravation de la lésion.</p> <p>Avant la consolidation, le travailleur est toujours sous la responsabilité du médecin qui a charge, et la condition n'est pas guérie ou stabilisée puisque non consolidée. Or la Commission n'a pas l'obligation de soumettre les mesures de réadaptation au médecin qui a charge du travailleur, uniquement lorsqu'elle l'estime nécessaire.</p> <p>Nous tenons à rappeler que l'évaluation de l'aptitude médicale à faire un travail est un champ de compétence médical et que ce n'est pas à la Commission de déterminer si l'état de santé du travailleur permet les mesures de réadaptation proposées.</p> <p>De plus, le lien entre cet article de loi et celui sur l'assignation temporaire (article 179 et 180 de la LATMP) n'est pas clair.</p> <p>Recommandations :</p> <p>Puisque la condition du travailleur n'est pas stabilisée, et qu'il demeure sous la responsabilité du médecin, la Commission doit soumettre au médecin qui a charge du travailleur les mesures de réadaptation qu'elle envisage afin que ce dernier détermine si son patient, compte tenu de son état de santé, est en mesure de les accomplir.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
28-30	<p>146. Le travailleur qui, en raison de la lésion professionnelle dont il a été victime, subit une atteinte permanente à son intégrité physique ou psychique a droit, <u>dans les cas et aux conditions prévus à la présente section et par règlement, à la réadaptation.</u></p> <p>Pour assurer au travailleur l'exercice de <u>ce droit, la Commission prépare et met en œuvre, avec la collaboration du travailleur et de l'employeur, si la participation de ce dernier est requise,</u> un plan individualisé de réadaptation qui peut comprendre, selon les besoins du travailleur, un programme de réadaptation physique, sociale et professionnelle.</p> <p>148-150 - ABROGÉS</p>	<p>Constats :</p> <p>Les mesures de réadaptation, lorsque le travailleur a subi une atteinte permanente, peuvent être restreintes aux cas et conditions prévues à la présente section et par règlement.</p> <p>Toute la section portant sur la réadaptation physique, qui a pour but d'éliminer ou d'atténuer l'incapacité physique du travailleur et de lui permettre de développer sa capacité résiduelle afin de pallier les limitations fonctionnelles qui résultent de sa lésion professionnelle, a été enlevée du plan individualisé de réadaptation.</p> <p>Commentaires :</p> <p>Les lésions musculo-squelettiques sont parmi les plus fréquentes, et les mesures de réadaptation physiques sont parfois nécessaire à la suite de la consolidation pour maintenir ou améliorer les capacités résiduelles des travailleurs.</p> <p>Recommandation:</p> <p>Ne pas enlever les mesures de réadaptation physique du plan individualisé de réadaptation.</p>
CHAPITRE IV - SECTION II – ASSIGNATION TEMPORAIRE D'UN TRAVAIL		
42	<p>179. L'employeur d'un travailleur victime d'une lésion professionnelle peut, <u>en utilisant le formulaire prescrit par la Commission,</u> assigner temporairement un travail à ce dernier, (...):</p> <p><u>Un employeur ne peut assigner temporairement un travail à un travailleur si le médecin qui a charge du travailleur n'a pas consigné son avis favorable sur le formulaire prescrit par la Commission. Le médecin qui a charge du travailleur indique aussi sur ce formulaire ses constatations quant aux limitations</u></p>	<p>Constats :</p> <p>Pour que l'employeur assigne un travailleur à un travail, le médecin qui a charge doit consigner son avis favorable sur le formulaire prescrit par la Commission et inscrire les limitations fonctionnelles temporaires du travailleur qui résultent de sa lésion.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p><u>fonctionnelles temporaires du travailleur qui résultent de sa lésion.</u></p>	<p>Commentaires :</p> <p>Les mesures qui visent la réintégration au travail d'un travailleur sont bénéfiques pour ce dernier, à condition qu'elles soient faites en collaboration avec les divers intervenants, dont le médecin qui a charge.</p> <p>Il est donc important que le médecin qui a charge soit d'accord avec les propositions d'assignation temporaire de l'employeur et nous sommes d'accord avec ce libellé.</p> <p>Afin de favoriser une assignation temporaire qui n'expose pas le travailleur à un risque de rechute ou d'aggravation de sa lésion, il serait important que l'employeur détaille clairement les exigences de nature biomécanique et/ou les expositions à des contaminants pour les tâches à accomplir ou les postes à occuper.</p> <p>Finalemment, tel que mentionné ci-haut, certaines clarifications doivent être faites concernant le lien entre cet article de loi et l'article 145 (mesures de réadaptation avant consolidation).</p> <p>Recommandations :</p> <p>Inclure, sur le formulaire, la nécessité pour l'employeur de détailler les exigences de nature biomécanique et/ou les expositions à des contaminants reliés à chacune des tâches proposées.</p>
	<p>CHAPITRE V – SERVICES DE SANTÉ (MODIFIÉ – auparavant assistance médicale)</p>	
<p>50-51</p>	<p>ABROGÉ</p> <p><u>189. Le travailleur victime d'une lésion professionnelle a droit, lorsque son état le requiert en raison de cette lésion, aux services de santé suivants :</u></p> <p><u>(.....)</u></p>	<p>Constats :</p> <p>Le travailleur a droit, lorsque son état le requiert, à des services de santé dont des médicaments et autres services dans les cas et aux conditions prévus par règlement.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
51	<p>3° les médicaments et les autres produits pharmaceutiques, <u>dans les cas et aux conditions prévus par règlement;</u></p> <p>4° <u>les autres services, dans les cas et aux conditions prévus par règlement.</u></p>	<p>Commentaires :</p> <p>Nous ne sommes pas en mesure d'apprécier l'impact du remplacement de « assistance médicale » par « services de santé ».</p> <p>Par contre, la possibilité de restreindre, par règlement, l'accès à des médicaments, autres produits pharmaceutiques ou à d'autres services (ex. prothèses et orthèses), et de déterminer les cas qui pourraient y avoir accès est inquiétant.</p> <p>Le médecin doit pouvoir choisir le meilleur traitement pour son patient en fonction de son état de santé en vue de d'éviter le plus possible des séquelles. Limiter les cas qui pourraient avoir accès à certains traitements pourrait induire de la discrimination.</p> <p>Recommandation:</p> <p>Ne pas permettre de limiter, par règlement, l'accès à des médicaments, autre produits pharmaceutiques ou autres services que pourraient requérir l'état du travailleur en raison de sa lésion professionnelle.</p>
52	<p>192. Le travailleur a droit aux soins du professionnel de la santé de son choix.</p> <p><u>Ce droit s'exerce en tenant compte des dispositions législatives et réglementaires de la présente loi.</u></p>	<p>Constats :</p> <p>Le droit du travailleur de choisir le professionnel de la santé qui le soignera peut être assujéti à des restrictions réglementaires.</p> <p>Commentaires :</p> <p>Le droit du travailleur de choisir le professionnel de la santé qui le soigne est fondamental et doit être préservé. D'une part, tout le processus thérapeutique implique une relation de confiance entre le travailleur et la personne qui le soigne, et c'est particulièrement important pour certaines atteintes (ex. psychothérapeutes). D'autre part, les conclusions émises par le médecin qui a charge lient la Commission.</p> <p>Dans certains cas, en raison du nombre restreint de certains praticiens (ex. médecins dans certaines spécialités, neuropsychologues, psychologue spécialisé dans le traitement d'un type d'atteinte en particulier, ressource spécialisée), il est</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
		<p>possible que le travailleur ait à parcourir une certaine distance pour se faire soigner. Il serait par exemple regrettable de limiter l'accès aux soins à un travailleur en invoquant de tels arguments.</p> <p>Recommandation : Le travailleur doit conserver le droit de choisir le professionnel de la santé qui le soignera.</p>
54	<p>194. Le coût des services de santé est à la charge de la Commission.</p> <p>Sauf disposition contraire prévue par règlement, aucun montant ne peut être réclamé au travailleur pour une prestation de services de santé à laquelle il a droit en vertu de la présente loi et aucune action à ce sujet n'est reçue par une cour de justice.</p>	<p>Constats : Des dispositions permettant qu'un montant puisse être réclamé à un travailleur pour une prestation de services de santé pourraient être introduites par règlement.</p> <p>Commentaires : Si la lésion est acceptée comme étant une lésion professionnelle, le travailleur devrait avoir droit aux soins que requiert son état. Si des soins sont requis, et que le travailleur doit déboursier mais n'en a pas les moyens, il est possible que la prestation de soins ne soit pas optimale pour la condition du travailleur et entraîne des séquelles.</p> <p>Recommandation : Retirer la phrase qui porte sur la disposition prévue par règlement.</p>
56	<p>196. Les services rendus par les professionnels de la santé dans le cadre de la présente loi et visés dans le quatorzième alinéa de l'article 3 de la Loi sur l'assurance maladie (chapitre A?29), édicté par l'article 488, y compris ceux d'un membre du Bureau d'évaluation médicale, d'un comité des maladies professionnelles pulmonaires ou d'un comité spécial agissant en vertu du chapitre VI, à l'exception des services rendus par un professionnel de la santé à la demande</p>	<p>Constats : Les membres du Bureau d'évaluation médicale, des comités des maladies pulmonaires professionnelles (CMPP), ou d'un comité spécial des présidents (CSP), sont rémunérés par la Régie de l'assurance maladie du Québec pour les services rendus dans le cadre de la présente loi, à l'exception d'un membre du comité des maladies professionnelles oncologiques ou d'un membre du comité scientifique sur les maladies professionnelles.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	de l'employeur, <u>par un membre d'un comité des maladies professionnelles oncologiques ou par un membre du comité scientifique</u> , sont payés à ces professionnels par la Régie de l'assurance maladie du Québec conformément aux ententes intervenues dans le cadre de l'article 19 de la Loi sur l'assurance maladie.	<p>Commentaires : Cette situation risque d'entraîner des iniquités pour les professionnels de la santé dont le rôle sera similaire à celui des membres siégeant au BÉM, au CMPP ou au CSP. De plus, il est important que la source de la rémunération garantisse l'indépendance professionnelle nécessaire à l'exercice d'un tel rôle et ce, pour tous les membres des divers comités.</p> <p>Recommandation : Harmoniser les modes de rémunération des professionnels de la santé membres d'un comité, ou du Bureau d'évaluation médicale.</p>
	CHAPITRE VI – PROCÉDURE D'ÉVALUATION MÉDICALE SECTION I – DISPOSITIONS GÉNÉRALES	
63-68	<p><u>218.1.</u> <u>Lorsque le ministre est informé qu'aux fins de rendre son avis, le membre du Bureau d'évaluation médicale devra procéder à des examens qui nécessitent l'utilisation d'équipements dont ne dispose pas le Bureau ou qu'il devra recourir à des spécialités qui ne sont pas pratiquées par un membre du Bureau, le délai prévu au premier alinéa est de 120 jours. Dans un tel cas, le ministre doit en informer sans délai la Commission.</u></p> <p><u>219. Dès qu'elle reçoit l'avis prévu au premier alinéa de l'article 218.1, la Commission est liée par le rapport qu'elle a obtenu du professionnel de la santé qu'elle a désigné, le cas échéant.</u></p> <p>(...) 224.1. Lorsque le membre de ce Bureau ne rend pas son avis dans le délai <u>prévu au premier alinéa</u>, la Commission est liée par le</p>	<p>Constats : Si les délais de désignation d'un médecin suite à la réception d'une contestation ne sont pas respectés, ou si le membre du BEM ne rend pas son avis dans les délais prescrits, la Commission devient liée par le rapport du professionnel de la santé qu'elle a désigné. Elle peut aussi en désigner un si elle n'en avait pas désigné auparavant.</p> <p>Commentaires : Certaines spécialités ne sont pas représentées au sein du BEM, et d'autres spécialistes y sont mais en nombre restreint. Nous croyons qu'il n'est pas juste que le travailleur subisse les effets des difficultés de fonctionnement du système puisqu'il n'en est pas responsable.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p>rappor qu'elle a obtenu du professionnel de la santé qu'elle a désigné, le cas échéant.</p> <p>Si elle n'a pas déjà obtenu un tel rapport, la Commission peut demander au professionnel de la santé qu'elle désigne un rapport sur le sujet mentionné aux paragraphes 1^o à 5^o (...)</p>	<p>Recommandations :</p> <p>Si les délais ne sont pas respectés, la Commission devrait devenir liée par l'opinion du médecin qui a charge du travailleur.</p>
SECTION II – DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX MALADIES PROFESSIONNELLES PULMONAIRES		
70-72	<p>226. Lorsqu'un travailleur produit une réclamation à la Commission alléguant qu'il est atteint d'une maladie professionnelle pulmonaire, la Commission le <u>dirige</u>, dans les 10 jours, <u>vers un comité</u> des maladies professionnelles pulmonaires.</p> <p>(...)</p> <p>Il fait rapport par écrit à la Commission de son diagnostic dans les 20 jours de l'examen et, si son diagnostic est positif, il fait en outre état dans son rapport de ses constatations quant aux limitations fonctionnelles, au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et à la tolérance du travailleur à un contaminant au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (chapitre S?2.1) qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, une rechute ou une aggravation.</p>	<p>Constats :</p> <p>Tous les travailleurs qui produisent une réclamation à la Commission sont dirigés vers un comité des maladies professionnelles (CMPP).</p> <p>Le Comité doit déterminer le diagnostic et, si pertinent, le pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique, les limitations fonctionnelles, et la tolérance du travailleur à un contaminant qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, rechute ou aggravation.</p> <p>Commentaires : (voir également le mémoire)</p> <p>Tous les travailleurs sont référés pour évaluation à l'un des CMPP, même lorsque le diagnostic a été clairement établi (ex. mésothéliome).</p> <p>Des tests de provocation sont réalisés afin d'évaluer la relation entre une atteinte à la santé et les contaminants du milieu de travail, alors que ceci n'est pas précisé dans la loi. Ils sont réalisés même si des présomptions s'appliquent et peuvent donner un résultat faussement négatif.</p> <p>Après l'évaluation par un CMPP, le dossier du travailleur doit être évalué par un autre Comité, le Comité spécial des présidents (CSP), avant que la décision de la Commission ne soit rendue. Ces évaluations lient la Commission sans que le médecin du travailleur ne puisse émettre son avis.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
		<p>Recommandations :</p> <p>Si le diagnostic est établi, ne pas diriger vers un CMPP les cas pour lesquels une présomption de maladie professionnelle s'applique.</p> <p>Ne diriger vers un CMPP que les cas pour lesquels l'établissement du diagnostic pose problème.</p> <p>La LATMP ne prévoit pas que le CMPP, ou le CSP, se prononce sur la relation entre l'atteinte pulmonaire du travailleur et l'exposition professionnelle (qualification de maladie professionnelle). Si le législateur juge que c'est au CMPP d'analyser la relation, et de qualifier la maladie de professionnelle, l'indiquer clairement dans son mandat.</p> <p>Si l'analyse de la relation, afin de déterminer s'il s'agit d'une maladie professionnelle, est ajoutée au mandat du CMPP, inclure dans ce comité un spécialiste en médecine du travail puisque l'analyse de la relation entre une maladie et l'exposition professionnelle chez un travailleur est dans son champ de compétences.</p> <p>Il est essentiel de préserver à tout prix l'indépendance professionnelle des membres des divers comités qui doivent réaliser leurs évaluations en ne tenant compte que des connaissances scientifiques.</p> <p>Éliminer le Comité spécial des présidents.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<u>SECTION II.I - DISPOSITIONS PARTICULIÈRES AUX MALADIES PROFESSIONNELLES ONCOLOGIQUES</u>	
73	<p><u>233.1. Lorsqu'un travailleur produit une réclamation à la Commission alléguant qu'il est atteint d'une maladie professionnelle oncologique, la Commission le dirige, dans les 10 jours, vers un comité des maladies professionnelles oncologiques, à l'exception des cas suivants :</u></p> <p><u>1° le travailleur est présumé atteint d'une maladie professionnelle visée à l'article 29;</u></p> <p><u>2° le travailleur est visé par la procédure d'évaluation médicale applicable aux maladies professionnelles pulmonaires.</u></p> <p><u>233.2. Le gouvernement peut former plusieurs comités des maladies professionnelles oncologiques qui ont pour fonction de déterminer si un travailleur est atteint d'une maladie professionnelle oncologique.</u></p>	<p>Constats :</p> <p>Le travailleur atteint d'une maladie oncologique et qui croit qu'elle est en lien avec le travail, sera examiné par un comité des maladies professionnelles oncologiques (CMPO) sauf si une présomption s'applique ou s'il est atteint d'un cancer pulmonaire (il sera évalué par un médecin du CMPP).</p> <p>Les membres du CMPO sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> -un médecin spécialiste en oncologie médicale -un médecin spécialiste en médecine interne -un médecin spécialiste en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive -un titulaire d'un diplôme de 2^e ou 3^e cycle en hygiène du travail, en santé au travail ou en épidémiologie. <p>Leur fonction est de déterminer si un travailleur est atteint d'une maladie professionnelle oncologique.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p><u>Un comité des maladies professionnelles oncologiques est composé des membres suivants (...)</u></p> <p><u>1° un médecin détenant un certificat de spécialiste en oncologie médicale (...);</u></p> <p><u>2° un médecin détenant un certificat de spécialiste en médecine interne générale (...);</u></p> <p><u>3° un médecin détenant un certificat de spécialiste en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive (...);</u></p> <p><u>4° un titulaire d'un diplôme universitaire de deuxième ou troisième cycle en hygiène du travail, en santé au travail ou en épidémiologie.</u></p> <p><u>Le gouvernement détermine la rémunération et les autres conditions de travail des membres des comités.</u></p> <p><u>233.5. Le comité des maladies professionnelles oncologiques vers qui la Commission dirige un travailleur examine celui-ci dans les 40 jours de la demande de la Commission.</u></p> <p><u>Il fait rapport par écrit à la Commission de son diagnostic dans les 20 jours de l'examen et, si son diagnostic est positif, il fait état de ses constatations quant aux limitations fonctionnelles, au pourcentage d'atteinte à l'intégrité physique et à la tolérance du travailleur à un contaminant au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (chapitre S-2.1) ou à tout autre facteur de</u></p>	<p>Spécifiquement, ils ont pour mandat est de se prononcer sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> -se prononcer sur le diagnostic -se prononcer sur l'atteinte permanente, les limitations fonctionnelles et la tolérance à un contaminant ou à tout autre facteur de risque qui a provoqué la maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, une rechute ou une aggravation -de documenter l'exposition du travailleur à un contaminant -de se prononcer sur le lien entre la maladie professionnelle et le travail exercé par le travailleur. <p>Commentaires :</p> <p>Ces comités de maladies professionnelles oncologiques (CMPO), puisque plusieurs peuvent être formés, risquent tout d'abord de drainer un nombre important de ressources médicales spécialisées.</p> <p>Mandats :</p> <p>Il est surprenant qu'on demande à un Comité de se prononcer à nouveau sur le diagnostic posé par un médecin, en général un spécialiste. À notre avis, il n'est pas pertinent de réexaminer les diagnostics de maladies oncologiques et c'est le diagnostic du médecin traitant qui devrait être pris en compte.</p> <p>L'étape suivante, qui est centrale, demande d'évaluer la relation entre la maladie oncologique et les expositions au travail puisque les autres constatations découleront de cette analyse. Pour se prononcer sur ce sujet, il s'agira de documenter l'exposition professionnelle du travailleur, en faisant une histoire professionnelle, ou en utilisant des données d'analyse du milieu de travail si elles sont disponibles. Pour ce faire, le médecin doit posséder des compétences cliniques et sur l'analyse de la relation à un niveau individuel.</p> <p>Le pourcentage d'atteinte permanente, et les limitations/restrictions fonctionnelles (en dehors de la tolérance d'un travailleur à un contaminant) pourraient être</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p><u>risque qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une récurrence, une rechute ou une aggravation.</u></p> <p><u>Dans son rapport, le comité donne également son avis sur le lien entre la maladie professionnelle et les caractéristiques ou risques particuliers d'un travail exercé par le travailleur. À cette fin, il documente l'exposition du travailleur à un contaminant au sens de la Loi sur la santé et la sécurité du travail dans le cadre de l'exercice de son travail ou à tout autre facteur de risque.</u></p> <p><u>Avant de produire son rapport, le comité doit prendre connaissance des avis et des recommandations du Comité scientifique sur les maladies professionnelles.</u></p> <p>(...)</p> <p><u>233.8 (...)</u></p>	<p>établies par le médecin traitant, qui connaît bien son patient et les séquelles de sa maladie. Il pourrait bénéficier d'un soutien au besoin.</p> <p>L'avis sur la tolérance du travailleur à un contaminant ou à tout autre facteur de risque qui a provoqué sa maladie ou qui risque de l'exposer à une rechute, récurrence ou aggravation (RRA) ne nous semble pas faire de sens. En effet, si le CMPO conclut à une relation entre le cancer du travailleur et l'exposition à un contaminant, le travailleur ne devra plus y être exposé, ni d'ailleurs les autres travailleurs. On ne peut jamais conclure qu'un travailleur puisse être exposé à un cancérigène, même à de petites doses.</p> <p>Composition du comité :</p> <p>Un oncologue doit nécessairement faire partie du CMPO puisque les médecins de cette spécialité sont ceux qui connaissent entre autres la maladie dont est atteint le travailleur, les facteurs de risque non-professionnels, les traitements administrés et leurs complications, ainsi que l'évolution habituelle des patients.</p> <p>À notre connaissance, un spécialiste en médecine interne n'a pas de compétences particulières dans les maladies oncologiques, ou en médecine du travail. Il serait important de vérifier, s'il y a lieu, les compétences de l'interniste en matière de maladies oncologiques.</p> <p>Un spécialiste en médecine du travail doit faire partie du CMPO puisque l'analyse de la relation entre un cancer et des expositions professionnelles au niveau d'un individu est clairement dans son champ de compétences.</p> <p>Un spécialiste en santé publique et médecine préventive (SPMP) n'est pas une alternative à un spécialiste en médecine du travail puisque leurs formations sont différentes, et que la plupart des SPMP n'ont pas d'expérience clinique pour l'analyse de la relation à un niveau individuel.</p> <p>Les questions traitées par le CMPO sont des questions médicales et, en conséquence, nous ne croyons pas qu'il soit opportun d'avoir des membres non-médecins, particulièrement si le travailleur doit être évalué. Par contre, des professionnels en toxicologie, en épidémiologie ou en hygiène du travail,</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
		<p>idéalement avec un diplôme de 3^e cycle, pourraient être nommés comme consultants, afin d'éclairer et de soutenir les membres du CMPO au besoin.</p> <p>Recommandations :</p> <p>Le mandat du Comité des maladies professionnelles oncologiques devrait être limité à l'évaluation de la relation entre le cancer du travailleur et les contaminants auxquels a été exposé ce travailleur.</p> <p>Le diagnostic du médecin traitant ne devrait pas être remis en question et ce dernier devrait être soutenu dans l'évaluation de l'atteinte permanente et des limitations/restrictions fonctionnelles.</p> <p>Le CMPO, s'il reconnaît que la maladie oncologique dont souffre le travailleur est en lien avec une ou des expositions professionnelles, doit avoir l'obligation de déclarer cette maladie au Directeur de santé publique (MADO) et d'en aviser la Commission afin que des mesures de prévention soient mises en place dans le milieu de travail et que la santé des autres travailleurs soit protégée.</p> <p>Le Comité devrait être composé d'un médecin spécialiste en oncologie, ou à défaut d'un spécialiste en médecine interne, et d'un médecin spécialiste en médecine du travail. D'autres professionnels, comme des toxicologues, des épidémiologistes, ou des hygiénistes du travail pourraient être consultés au besoin. Le soutien documentaire doit également être assuré (revue de littérature).</p> <p>Tous les médecins spécialistes membres du CMPO devraient avoir un titre de professeur dans une université québécoise et ne pas agir à titre de médecins désignés pour la CNESST ou pour l'employeur.</p> <p>Il est essentiel de préserver à tout prix l'indépendance professionnelle des membres des divers comités qui doivent réaliser leurs évaluations en ne tenant compte que des connaissances scientifiques.</p> <p>L'employeur devrait avoir l'obligation d'identifier les cancérigènes du groupe 1 et 2A du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC), utilisés dans son entreprise, et d'en conserver les registres.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	CHAPITRE IX – FINANCEMENT SECTION VI – IMPUTATION DES COÛTS	
97	<p>329. Dans le cas d'un travailleur déjà handicapé lorsque se manifeste sa lésion professionnelle, la Commission peut, de sa propre initiative ou à la demande d'un employeur, imputer tout ou partie du coût des prestations aux employeurs de toutes les unités <u>selon les modalités prévues par règlement.</u></p> <p><u>Aux fins du premier alinéa, est déjà handicapé le travailleur ayant, avant sa lésion professionnelle, une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujet à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.</u></p>	<p>Constats :</p> <p>Le travailleur « déjà handicapé » est défini comme un travailleur ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujet à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes.</p> <p>Commentaires :</p> <p>Les conditions de santé qui rendent un travailleur plus vulnérable à développer une maladie n'entraînent pas toujours une incapacité significative et persistante, et qui est sujet à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes. Nous comprenons que toutes ces conditions doivent être rencontrées.</p> <p>Par exemple, un diabète bien contrôlé ne satisfera pas à ces critères, non plus que des antécédents de trouble de santé mentale, l'obésité, ou l'usage de produits du tabac. Or, ces conditions peuvent rendre un travailleur plus vulnérable à une lésion professionnelle, ou encore, comme dans le cas du tabac, se surajouter au risque professionnel. Ces facteurs de risque ne sont pas sous le contrôle de l'employeur.</p> <p>Nous sommes très préoccupés par le fait que cette disposition puisse entraîner un processus de sélection pré emploi, processus discriminatoire selon la Charte des droits et libertés de la personne.</p> <p>Cette sélection à l'emploi priverait de travail bien des travailleurs compétents, qui ont des conditions de santé qui ne les empêchent pas de travailler mais qui risquent d'imputer davantage le dossier financier de l'employeur en raison de leur vulnérabilité à certaines conditions dans le milieu de travail.</p> <p>Recommandation :</p> <p>Ne pas modifier l'article de loi.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
101	<u>CHAPITRE X.I - COMITÉ SCIENTIFIQUE SUR LES MALADIES PROFESSIONNELLES</u>	
	<u>SECTION I – INSTITUTION ET MANDAT</u>	
	<p><u>348.1. Est institué le Comité scientifique sur les maladies professionnelles.</u></p> <p><u>348.2. Le Comité a pour mandat de faire des recommandations au ministre ou à la Commission en matière de maladies professionnelles, notamment :</u></p> <p><u>1° en recensant et analysant les recherches et études en matière de maladies professionnelles;</u></p> <p><u>2° en analysant les relations causales entre les maladies et les contaminants ou les risques particuliers d'un travail;</u></p> <p><u>3° en produisant des avis écrits sur l'identification des maladies professionnelles, les contaminants ou les risques particuliers reliés à celles-ci et les critères de détermination.</u></p> <p><u>Le Comité peut effectuer tout autre mandat qui lui est confié conformément aux lois que la Commission administre. Il a également pour mandat d'examiner toute question qui lui est soumis par le Ministre ou la Commission et de lui donner son avis.</u></p>	<p>Constats :</p> <p>Le Comité scientifique sur les maladies professionnelles (CSMP) fait des recommandations au ministre ou à la Commission.</p> <p>Son mandat principal est de produire des avis écrits sur l'identification des maladies professionnelles, les contaminants ou les risques particuliers reliés à celles-ci et les critères de détermination, en recensant et analysant les recherches et études et les relations causales.</p> <p>Le Comité peut également effectuer tout autre mandat qui lui est confié par la Commission.</p> <p>Le Comité a pour mandat d'examiner, et de donner son avis, sur toute question qui lui est soumise par le Ministre ou la Commission.</p> <p>Le Comité peut consulter tout expert, organisme public, ou lui confier la réalisation de travaux.</p> <p>La Commission doit rendre public ces avis sur son site Internet au plus tard un an après leur réception.</p> <p>Commentaires :</p> <p>Le lien entre le CSMP et la Commission n'est pas clair.</p> <p>Le mandat principal du CSMP semble être celui de faire des recommandations en matière de maladies professionnelles mais d'autres mandats, non définis, peuvent lui être confiés et peuvent venir soit de la Commission, soit du Ministre. Il nous semble qu'il s'agisse de mandats qui vont occuper les membres du CSMP à temps complet. Or les ressources médicales spécialisées en mesure d'occuper les postes à ce CSMP sont rares.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p><u>Aux fins des mandats qui lui sont confiés, le Comité peut consulter tout expert ou tout organisme public ou lui confier la réalisation de travaux.</u></p> <p><u>348.3. Les avis et recommandations du Comité sont transmis à la Commission et au ministre. Sous réserve des dispositions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1), la Commission doit les rendre publics sur son site Internet au plus tard un an après leur réception.</u></p> <p><u>Malgré le premier alinéa, la Commission doit, avant la publication d'un projet de règlement pris en application du paragraphe 1° de l'article 454.1, publier sur son site Internet les avis et recommandations du Comité qui concernent ce projet et qui n'ont pas déjà été rendus publics, et ce, sous réserve des dispositions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels.</u></p>	<p>Si les avis scientifiques qui concernent les maladies professionnelles sont ceux qui détermineront la liste des maladies professionnelles pour lesquelles une présomption s'applique, ceci doit être clairement indiqué. Si tel est le cas, il est important de définir également les critères de causalité retenus pour l'application de la présomption puisque l'analyse de la relation causale en médecine diffère de celle du droit.</p> <p>Rendre les avis public un an après leur réception nous semble assez tardif.</p> <p>Recommandations :</p> <p>Il est essentiel de préserver à tout prix l'indépendance professionnelle des membres de ce comité qui doivent réaliser leurs mandats en ne tenant compte que des connaissances scientifiques et des recommandations des organismes internationaux, sans subir de pressions extérieures. Il doit donc être clairement établi, dès l'article de loi instituant le CSMP que ce Comité relève directement du Ministre du travail et que les avis lui seront transmis directement.</p> <p>Il est essentiel que le législateur précise ses attentes concernant l'analyse de la relation causale si ces avis doivent servir à actualiser la liste des maladies professionnelles.</p> <p>Les avis sur les risques particuliers ou les critères de détermination des maladies professionnelles ne doit pas servir à restreindre l'accès des travailleurs à l'indemnisation.</p> <p>Nous croyons qu'il serait opportun de séparer les divers types de mandats et de bien les préciser, entre autres quant à leur objectif et leur finalité.</p> <p>Dans un souci de transparence, ces avis devraient être rendus publics le plus rapidement possible après leur réception.</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<u>SECTION II - COMPOSITION ET FONCTIONNEMENT</u>	
	<p><u>348.4. Le Comité est composé de cinq membres nommés par le gouvernement à la suite d'un appel de candidatures et après consultation des ordres professionnels concernés et du Comité consultatif du travail et de la main-d'œuvre visée à l'article 12.1 de la Loi sur le ministère du Travail (chapitre M-32.2). Le Comité doit être composé minimalement des personnes suivantes :</u></p> <p><u>1° un médecin détenant un certificat de spécialiste en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive délivré par le Collège des médecins du Québec;</u></p> <p><u>2° un médecin détenant un certificat de spécialiste délivré par le Collège des médecins du Québec dans une spécialité autre que celle prévue au paragraphe 1° et qui est professeur agrégé ou titulaire dans une université québécoise;</u></p> <p><u>3° un titulaire d'un diplôme universitaire de deuxième ou troisième cycle en hygiène du travail ou en santé au travail;</u></p> <p><u>4° un titulaire d'un diplôme universitaire de deuxième ou troisième cycle en épidémiologie.</u></p> <p><u>Le président du Comité est désigné par le gouvernement parmi ses membres.</u></p> <p><u>Le gouvernement détermine la rémunération et les autres conditions de travail des membres du Comité.</u></p>	<p>Constats :</p> <p>Le Comité est formé de 5 membres nommés par le gouvernement et leur mandat est d'une durée de 5 ans, renouvelable.</p> <p>4 types de membres sont précisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un médecin spécialiste en médecine du travail ou en santé publique et médecine préventive, sans qu'un appartenance universitaire ne soit exigée; - un médecin spécialiste dans une autre spécialité, professeur agrégé ou titulaire dans une université québécoise; - un titulaire d'un diplôme universitaire de 2^e ou de 3^e cycle en hygiène du travail ou en santé au travail; - un titulaire d'un diplôme universitaire de 2^e ou de 3^e cycle en épidémiologie. <p>Le gouvernement détermine la rémunération et autres conditions de travail des membres du Comité, et la Commission assure le financement des dépenses relatives aux activités du Comité.</p> <p>Commentaires :</p> <p>Le spécialiste en médecine du travail et celui de santé publique et médecine préventive ne sont pas interchangeable puisqu'ils ont des formations distinctes et des champs de compétence propres, mais complémentaires. Le spécialiste en santé publique et médecine préventive qui siégerait sur ce comité devrait avoir comme champ d'activité principale la santé au travail.</p> <p>La spécialité du médecin spécialiste d'une autre spécialité que celles déjà mentionnées devrait être clarifiée. Comme les maladies professionnelles peuvent être très diverses (ex. troubles musculosquelettiques, dermatologiques, atteintes à la santé mentale, etc.), n'y aurait-il pas lieu de désigner un médecin spécialiste en</p>

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p><u>348.5. Le mandat du président du Comité et celui des autres membres est d'une durée d'au plus cinq ans et est renouvelable. À l'expiration de leur mandat, les membres demeurent en fonction jusqu'à ce qu'ils soient nommés de nouveau ou remplacés.</u></p> <p><u>348.8 La Commission assure le financement des dépenses relatives aux activités du Comité.</u></p> <p><u>À cette fin, la Commission et le ministre concluent une entente, laquelle doit notamment prévoir l'autorisation des dépenses annuelles du Comité par la Commission, lesquelles tiennent compte des priorités établies par la Commission et une reddition de comptes annuelle de celles-ci.</u></p>	<p>fonction du type de pathologie à l'étude? Ceci aurait pour conséquence que la composition du CSMP pourrait être appelée se modifier régulièrement.</p> <p>Tous les médecins spécialistes qui siègent sur le CSMP devraient être au moins professeurs adjoints de clinique dans une université québécoise. Pour certains spécialistes on demande le titre d'agrégé ou de titulaire, et dans d'autres cas aucun titre universitaire n'est requis.</p> <p>Étant donné le mandat de ce comité, et les conséquences de ses recommandations, il est essentiel qu'un des membres soit un titulaire de diplôme de 3^e cycle en épidémiologie, et que celui-ci ait comme principal champ d'activité les problèmes de santé en lien avec le travail.</p> <p>Les titulaires de diplômes universitaires en hygiène du travail et en santé au travail devraient idéalement détenir un diplôme de 3^e cycle. Il serait opportun de pouvoir également compter sur les expertises de toxicologues et d'ergonomes, qui devraient également idéalement détenir un diplôme de 3^e cycle puisque les sujets à l'étude pourront varier énormément.</p> <p>Recommandations :</p> <p>Le CSMP devrait minimalement compter, parmi ses membres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un médecin spécialiste en médecine du travail, professeur dans une université québécoise; - un médecin spécialiste en santé publique et médecine préventive qui exerce dans le champ de la santé au travail, professeur dans une université québécoise; - un titulaire de diplôme de 3^e cycle en épidémiologie ayant comme principal champ d'activité les problèmes de santé en lien avec le travail. <p>La composition du CSMP devrait pouvoir être modifiée en fonction du sujet à l'étude. Ainsi, selon le sujet traité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - un médecin spécialiste de la discipline qui possède une expertise dans les types de maladies à l'étude (ex. psychiatre pour les problèmes de

No. Article du PL-59	Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
		<p>santé mentale, dermatologue pour les atteintes cutanées), professeur dans une université québécoise;</p> <ul style="list-style-type: none"> - un hygiéniste du travail, un ergonomiste ou un toxicologue, ou tout autre professionnel dont la contribution serait essentielle au sujet traité, titulaires de diplômes universitaires idéalement de 3^e cycle. <p>Les médecins spécialistes membres de ce comité ne devraient pas agir à titre de médecins désignés pour la Commission ou pour l'employeur.</p> <p>Les modalités de rémunération et de financement devraient être les mêmes pour tous les membres des divers comités et tout doit être mis en place pour assurer leur indépendance professionnelle.</p>

ANNEXE 3

RÈGLEMENT SUR LES MALADIES PROFESSIONNELLES

COMMENTAIRES SUR CERTAINES MODIFICATIONS PROPOSÉES DANS LE PL-59

<p style="text-align: center;">Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)</p>	<p style="text-align: center;">Commentaires et propositions</p>
<p>SECTION I CHAMP D'APPLICATION ET DÉFINITIONS</p>	
<p>1. Le présent règlement détermine, aux annexes A et B, des maladies et les conditions particulières en lien avec celles-ci aux fins de l'application de la présomption de maladie professionnelle prévue à l'article 29 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (chapitre A-3.001). Il identifie le délai de réclamation applicable pour ces maladies.</p> <p>Il détermine également, aux fins des articles 29 et 30 de la Loi, les critères d'admissibilité d'une réclamation pour certaines maladies professionnelles.</p> <p>2. Aux fins du présent règlement, on entend par pompier combattant :</p> <p style="padding-left: 20px;">1° l'officier ou le pompier affecté aux interventions de combat contre l'incendie;</p> <p style="padding-left: 20px;">2° l'officier ou le pompier qui procède au déblaiement ou à la recherche des causes et des circonstances d'incendies;</p> <p style="padding-left: 20px;">3° le pompier qui conduit les camions;</p> <p style="padding-left: 20px;">4° le pompier qui opère les autopompes et les appareils d'élévation.</p>	<p>Les conditions particulières qui ont été ajoutées vont déterminer l'admissibilité des maladies professionnelles. De façon générale, nous considérons que :</p> <p>-les ajouts proposés ne concordent pas avec les connaissances scientifiques ou médicales actuelles, risquant de mettre en danger la santé des travailleurs (risque de maladies sévères) ;</p> <p>-certaines maladies sont reliées non pas à un risque mais à un métier : ceci introduit de la discrimination en privilégiant un groupe de travailleur;</p> <p>-l'ajout de restrictions dans l'application de la présomption diminue l'accès des travailleurs à l'indemnisation en leur imposant de démontrer la relation entre leur condition de santé et leur exposition au travail (article 30);</p> <p>-l'ajout de critères d'admissibilité à l'article 30 pourrait avoir comme conséquence que certains travailleurs, atteints de maladies professionnelles mais ne pouvant bénéficier de la présomption, ne pourraient pas non plus être reconnus en vertu de l'article 30 et ainsi ne pourraient bénéficier d'une indemnisation.</p>

Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
SECTION II DISPOSITIONS GÉNÉRALES	
<p>3. Le délai de réclamation pour les maladies prévues à l'annexe A est celui prévu aux articles 272.1 ou 272.2 de la Loi.</p> <p>(NB : dans les six mois de la date de ce diagnostic.)</p> <p>Le délai de réclamation pour les maladies prévues à l'annexe B est celui prévu à l'article 272.3 de la Loi.</p> <p>(NB : dans les six mois de la date où il est porté à la connaissance du travailleur..... que le travailleur est atteint d'une maladie professionnelle....).</p>	<p>La séparation des maladies professionnelles en deux annexes semble avoir pour but de préciser des délais différents pour produire une réclamation.</p> <p>Or, à l'intérieur d'une même section, certaines maladies sont dans l'Annexe A et d'autres dans l'Annexe B. Ceci va entraîner énormément de confusion parmi les médecins qui doivent informer adéquatement leurs patients du délai pour produire leur réclamation.</p> <p>D'autre part, souvent les médecins n'identifient pas le travail comme étant à l'origine de la maladie de leur patient. Ainsi, les travailleurs qui reçoivent un diagnostic inscrit à l'Annexe A pourraient être désavantagés (refus de la réclamation en raison d'un hors délai) si le médecin ne fait pas d'emblée une attestation médicale.</p>
SECTION III CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ DE CERTAINES MALADIES PROFESSIONNELLES	
<p>4. L'admissibilité de la réclamation d'un travailleur atteint d'une maladie professionnelle dont le diagnostic est une atteinte auditive causée par le bruit est conditionnelle à la démonstration d'une perte auditive neurosensorielle causée par le bruit de plus de 22,5 décibels, c'est-à-dire la moyenne des seuils mesurés aux fréquences de 500, 1 000, 2 000 et 4 000 Hz, dans chacune des oreilles.</p>	<p>Cette section porte-t-elle sur des critères d'admissibilité en vertu de l'article 29 et également de l'article 30 ? Actuellement, elle ne comporte que des dispositions sur la surdité professionnelle mais, comme le titre est au pluriel, y aura-t-il ajout de critères pour d'autres maladies que la surdité ?</p>

Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
<p>5. Lorsque la réclamation d'un travailleur visé à l'article 4 est produite plus de cinq ans après la fin de l'exposition au bruit dans le cadre du travail et que ce travailleur est âgé de plus de 60 ans au moment du diagnostic, un coefficient de presbyacousie de 0,5 décibel est déduit de la perte auditive moyenne de chaque oreille pour chaque année que le travailleur a en sus de 60 ans ou pour chaque année après l'expiration d'une période de cinq ans suivant la date de la fin de l'exposition, selon la dernière éventualité.</p> <p>La perte auditive neurosensorielle obtenue par ce calcul est utilisée pour déterminer si ce travailleur remplit le critère minimal d'admissibilité prévu à l'article 4.</p>	<p>Cette section amène une limitation de ce qui peut être considéré comme une surdité professionnelle, (c'est la même chose pour l'intoxication au plomb, voir plus loin) : nous vous soumettons que ce pr�c�dent est inquiétant.</p> <p>Si ces critères s'appliquent autant à l'article 29 qu'à l'article 30, les travailleurs moins atteints ne pourront être indemnisés. Accepter de n'indemniser que les formes graves des maladies (irréversibles), prive les travailleurs, dans ce cas-ci, de mesures d'aide dont ils pourraient avoir besoin pour compenser leur perte et, dans d'autres cas, ne permet pas la reconnaissance de la maladie à un stade précoce et réversible ou laissant peu de séquelles.</p> <p>Quant à la correction pour une presbyacousie au-delà de 60 ans, cette recommandation n'est pas conforme aux connaissances scientifiques.</p> <p>En effet, un rapport de recherche de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST) ⁵⁵ a montré, en 2018, que la relation entre la surdité professionnelle et la presbyacousie étaient complexes.</p> <p>Il est important de citer certains extraits de la conclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> -l'exposition au bruit accélère le processus d'acquisition de la presbyacousie ;

⁵⁵ Leroux T, Pinsonnault-Skvarenina A. Revue de la littérature sur les liens entre la surdité professionnelle et la presbyacousie. Rapports Scientifiques R-1014. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), juin 2018. (NB : les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par les pairs).
<https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-1014.pdf?v=2018-06-13>

Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions				
	<p>-la perte auditive avec l'âge ne serait pas due au seul effet du vieillissement mais la résultante d'un effet cumulatif et synergique de facteurs de risque d'atteinte à l'audition, parmi lesquels on trouve l'exposition au bruit ;</p> <p>-l'atteinte auditive continuerait à progresser après l'arrêt de l'exposition au bruit.</p> <p>« Les données récentes, examinées dans cette revue de la littérature, remettent en cause la valeur des facteurs de correction basés sur la prémisse que la lente dégradation des seuils auditifs est uniquement attribuable à un facteur de vieillissement intrinsèque, alors que des preuves existent voulant qu'une part de cette atteinte pourrait bien venir de l'exposition au bruit. »</p>				
ANNEXE A⁵⁶					
SECTION I - MALADIES CAUSÉES PAR DES AGENTS CHIMIQUES					
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="205 1062 548 1094">MALADIES</th> <th data-bbox="552 1062 1037 1094">CONDITIONS PARTICULIÈRES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="205 1097 548 1192">Intoxication au plomb et à ses composés organiques ou inorganiques</td> <td data-bbox="552 1097 1037 1279">Avoir exercé un travail impliquant l'utilisation ou la manipulation du plomb ou une autre forme d'exposition au plomb ou à ses composés et avoir une plombémie dont la valeur est égale ou supérieure à 700 µg/L.</td> </tr> </tbody> </table>	MALADIES	CONDITIONS PARTICULIÈRES	Intoxication au plomb et à ses composés organiques ou inorganiques	Avoir exercé un travail impliquant l'utilisation ou la manipulation du plomb ou une autre forme d'exposition au plomb ou à ses composés et avoir une plombémie dont la valeur est égale ou supérieure à 700 µg/L.	<p>Cette recommandation n'est pas concordante avec les connaissances scientifiques sur les effets à la santé du plomb, ou avec les guides de pratique qui indiquent quand intervenir et quelles actions entreprendre.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Le plomb est un élément très toxique qui affecte différents systèmes (cardiovasculaire, gastro-intestinal, hématologique, musculo-squelettique, neurologique, oculaire, rénal et
MALADIES	CONDITIONS PARTICULIÈRES				
Intoxication au plomb et à ses composés organiques ou inorganiques	Avoir exercé un travail impliquant l'utilisation ou la manipulation du plomb ou une autre forme d'exposition au plomb ou à ses composés et avoir une plombémie dont la valeur est égale ou supérieure à 700 µg/L.				

⁵⁶ Uniquement les articles commentés apparaissent dans le tableau.

Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p>reproductif)⁵⁷. Il n'existe pas de seuil au-dessous duquel l'exposition au plomb n'aurait pas d'effets nocifs.⁵⁸ Les dérivés inorganiques du plomb sont considérés comme un cancérogène probable pour l'homme (CIRC groupe 2A)⁵⁹.</p> <p>2. L'énoncé de cette condition particulière lie le diagnostic d'intoxication au plomb à une valeur de plombémie, indiquant une incompréhension des concepts fondamentaux en toxicologie⁶⁰ et en hygiène du travail⁶¹.</p> <p>La plombémie est un indicateur biologique d'exposition (IBE) et est donc le reflet du degré d'exposition du travailleur au plomb, alors qu'un diagnostic d'intoxication se base sur une démarche clinique. « Les IBE ne sont pas destinés à mesurer des effets nocifs ou à diagnostiquer une pathologie professionnelle ; ils correspondent à une mesure « biologique » de l'exposition (Truchon, 1999*) »⁶².</p>

⁵⁷ Institut national de santé publique (INSPQ). Maladies à déclaration obligatoire d'origine chimique : révision des seuils de déclaration par les laboratoires. Juillet 2016. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2151>

⁵⁸ Organisation mondiale de la santé. Intoxication au plomb et santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/lead-poisoning-and-health>

⁵⁹ Organisation mondiale de la santé. Centre international de recherche sur le cancer. Agents classés par les monographies du CIRC. <https://monographs.iarc.fr/fr/agents-classes-par-les-monographies-du-circ-2/>

⁶⁰ Lapointe G. Notions de toxicologie. Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), 2004. https://www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Pages/DC_200_348.aspx

⁶¹ Sarazin P, Lavoué J, Tardif R, Lévesque M. Guide de surveillance biologique de l'exposition. Stratégie de prélèvement et interprétation des résultats. 8^e édition corrigée. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), octobre 2019. (NB : les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par les pairs). <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/336/n/surveillance-biologique>

⁶² Institut national de santé publique (INSPQ). Définition nosologique d'une maladie à déclaration obligatoire ou d'une intoxication et d'une exposition significative : le plomb. Glossaire. Octobre 1998. <https://www.inspq.qc.ca/es/node/2217>

Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p>3. L'unité de mesure utilisée, soit les µg/L, n'est plus utilisée au Québec depuis plus de 20 ans. Le Québec a adopté le Système international d'unité (µmol/L). Une plombémie de 700 µg/L correspond à 3,38 µmol/L.⁶³</p> <p>4. La valeur d'IBE proposée est EXTRÊMEMENT élevée: - la valeur seuil pour la Maladie à déclaration obligatoire (MADO) est à 0,5 µmol/L pour une population non-exposée;⁶⁴ - le <i>Guide de surveillance biologique de l'exposition de l'IRSST</i>⁶⁵ retient comme IBE la valeur de 0,96 µmol/L pour le plomb sanguin. « Cette valeur vise à minimiser ou à prévenir les effets sur la santé pouvant résulter en un dommage fonctionnel permanent. » C'est la même valeur que celle retenue par l'ACGIH en 2017 aux États-Unis. - le <i>Medical Guidelines for the Lead-Exposed Worker</i>⁶⁶ recommande un retrait du travail si deux plombémies faites à un mois d'intervalle sont de plus de 20 µg/dL (200 µg/L ou 0,97 µmol/L)</p>

⁶³ Institut national de santé publique (INSPQ). Définition nosologique d'une maladie à déclaration obligatoire ou d'une intoxication et d'une exposition significative : le plomb. Glossaire. Octobre 1998. <https://www.inspq.qc.ca/es/node/2217>

⁶⁴ idem

⁶⁵ Sarazin P, Lavoué J, Tardif R, Lévesque M. Guide de surveillance biologique de l'exposition. Stratégie de prélèvement et interprétation des résultats. 8^e édition corrigée. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), octobre 2019. (NB : les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document ont fait l'objet d'une évaluation par les pairs). <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/336/n/surveillance-biologique>

⁶⁶ California Department of Public Health. Occupational Lead Poisoning Prevention Program (OLPPP). Medical Guidelines for the Lead-Exposed Worker. April 2009. <https://www.cdph.ca.gov/Programs/CCDC/PHP/DEODC/OHB/OLPPP/CDPH%20Document%20Library/medqdl.pdf>

Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions
	<p>-l'ANSES⁶⁷ (Agence nationale de sécurité sanitaire, alimentation, environnement, travail) en France a abaissé, en 2019, la valeur limite biologique, pour les travailleurs exposés au plomb, à 180 µg/L (0,87 µmol/L) en se basant sur les effets neurocomportementaux. Elle précise qu'il n'est pas possible d'identifier un seuil sans effet sur la reproduction.</p> <p>Dans ces circonstances, il sera difficile de protéger la santé des travailleurs. Si un travailleur exposé au plomb présente des symptômes clairs d'intoxication et par exemple une plombémie à 2,0 µmol/L (ce qui est fréquent), un diagnostic d'intoxication au plomb sera posé. Le traitement est de le retirer de l'exposition au plomb afin d'éviter qu'il ne développe des atteintes plus sévères qui risquent d'entraîner des séquelles.</p> <p>La présomption ne s'appliquant pas puisque le niveau de plomb dans le sang n'est pas suffisamment élevé, le travailleur devra démontrer, en plus du diagnostic et de l'exposition, la relation entre les deux. Il s'agit d'un important fardeau pour le travailleur. Si la réclamation est refusée ou que l'analyse de l'admissibilité tarde, et qu'un retrait du milieu de travail est envisagé soit parce qu'une assignation temporaire n'est pas disponible ou parce que le travailleur est trop symptomatique, le travailleur ne sera pas rémunéré. Dans ces situations, bien des travailleurs choisissent de rester au travail, et aggravent leur maladie.</p>

⁶⁷ ANSES. Valeurs biologiques d'exposition en milieu professionnel. Le plomb et ses composés inorganiques. Avis de l'Anses. Rapport d'expertise collective. Édition scientifique, juillet 2019. <https://www.aleacontrôles.com/uploads/tinyBrowser/VLEP2013SA0042.pdf>

Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)		Commentaires et propositions			
SECTION VI- TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES					
<table border="1"> <thead> <tr> <th>MALADIES</th> <th>CONDITIONS PARTICULIÈRES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Lésion musculo-squelettique se manifestant par des signes objectifs (bursite, tendinite, ténosynovite)</td> <td> <p>Avoir exercé un travail impliquant des répétitions de mouvements ou de pressions sur des périodes de temps prolongées et qui doit avoir été exercé pendant une période minimale de deux mois consécutifs.</p> <p>Si la force n'est pas sollicitée, au moins 50 % du temps travaillé à l'intérieur d'un quart de travail doit consister à répéter le même mouvement ou la même séquence de mouvements ou de pressions qui sollicitent la structure anatomique ou le muscle atteint.</p> <p>La durée d'exposition quotidienne peut être inférieure à 50 % du temps travaillé s'il y a combinaison de répétitions de mouvements et de forces exercées, qui sollicitent la structure anatomique ou le muscle atteint, ou lorsque le cycle de travail est très court et la cadence très rapide.</p> </td> </tr> </tbody> </table>	MALADIES	CONDITIONS PARTICULIÈRES	Lésion musculo-squelettique se manifestant par des signes objectifs (bursite, tendinite, ténosynovite)	<p>Avoir exercé un travail impliquant des répétitions de mouvements ou de pressions sur des périodes de temps prolongées et qui doit avoir été exercé pendant une période minimale de deux mois consécutifs.</p> <p>Si la force n'est pas sollicitée, au moins 50 % du temps travaillé à l'intérieur d'un quart de travail doit consister à répéter le même mouvement ou la même séquence de mouvements ou de pressions qui sollicitent la structure anatomique ou le muscle atteint.</p> <p>La durée d'exposition quotidienne peut être inférieure à 50 % du temps travaillé s'il y a combinaison de répétitions de mouvements et de forces exercées, qui sollicitent la structure anatomique ou le muscle atteint, ou lorsque le cycle de travail est très court et la cadence très rapide.</p>	<p>Les maladies :</p> <p>La terminologie utilisée pour identifier les troubles musculo-squelettiques (TMS) n'a pas été mise à jour et ne reflète pas les connaissances actuelles. Les termes concordant avec la terminologie médicale doivent être utilisés, par exemple tendinopathie au lieu de tendinite.</p> <p>D'autres diagnostics devraient être ajoutés puisque leur relation avec des facteurs de risque au travail ont été démontrés (ex. syndrome du canal carpien).</p> <p>Les conditions particulières :</p> <p>L'énoncé des conditions particulières devrait refléter les connaissances à jour et traiter des divers facteurs de risque connus⁶⁸ soit l'effort et la force, les postures contraignantes et statiques, la répétition et l'invariabilité du travail, l'exposition à certains agresseurs physiques et aux facteurs psychosociaux et tenir compte des modulateurs du risque soit l'intensité, la fréquence et la durée.</p> <p>Également, structurer la présomption pour les troubles musculo-squelettiques par région anatomique en faciliterait l'application. En effet, les principaux facteurs de risque à l'origine d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs (épaule) sont différents de ceux d'une ténosynovite de De Quervain (poignet).</p>
MALADIES	CONDITIONS PARTICULIÈRES				
Lésion musculo-squelettique se manifestant par des signes objectifs (bursite, tendinite, ténosynovite)	<p>Avoir exercé un travail impliquant des répétitions de mouvements ou de pressions sur des périodes de temps prolongées et qui doit avoir été exercé pendant une période minimale de deux mois consécutifs.</p> <p>Si la force n'est pas sollicitée, au moins 50 % du temps travaillé à l'intérieur d'un quart de travail doit consister à répéter le même mouvement ou la même séquence de mouvements ou de pressions qui sollicitent la structure anatomique ou le muscle atteint.</p> <p>La durée d'exposition quotidienne peut être inférieure à 50 % du temps travaillé s'il y a combinaison de répétitions de mouvements et de forces exercées, qui sollicitent la structure anatomique ou le muscle atteint, ou lorsque le cycle de travail est très court et la cadence très rapide.</p>				

⁶⁸ Simoneau S, St-Vincent M, Chicoine D. Les TMS des membres supérieurs. Mieux les comprendre pour mieux les prévenir. 2^e édition. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail – Secteur de la fabrication de produits en métal, de la fabrication de produits électriques et des industries de l'habillement (ASPHME) et Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST); 2013. <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100698/n/les-tms-des-membres-superieurs-mieux-les-comprendre-pour-mieux-les-prevenir-rg-779>

Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)		Commentaires et propositions				
SECTION VII- TROUBLES MENTAUX						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>MALADIES</th> <th>CONDITIONS PARTICULIÈRES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Trouble stress post-traumatique</td> <td>Avoir exercé un travail impliquant une exposition de manière répétée ou extrême à une blessure grave, à de la violence sexuelle, à une menace de mort ou à la mort effective, laquelle n'est pas occasionnée par des causes naturelles.</td> </tr> </tbody> </table>		MALADIES	CONDITIONS PARTICULIÈRES	Trouble stress post-traumatique	Avoir exercé un travail impliquant une exposition de manière répétée ou extrême à une blessure grave, à de la violence sexuelle, à une menace de mort ou à la mort effective, laquelle n'est pas occasionnée par des causes naturelles.	<p>Nous suggérons d'intituler cette section : Atteintes à la santé mentale.</p> <p>La condition particulière qui donne ouverture à la présomption n'est qu'une des conditions qui peuvent entraîner un TSPT et qui sont décrites dans le <i>DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux</i>, alors que d'autres situations n'ont pas été incluses. Le DSM-5 établit les critères diagnostiques des troubles mentaux.</p> <p>Il existe d'autres atteintes à la santé mentale qui sont fréquemment en lien avec le travail et qui ne sont pas dans la liste des présomptions, comme, entre autres, les atteintes secondaires à des stress chroniques.</p>
MALADIES	CONDITIONS PARTICULIÈRES					
Trouble stress post-traumatique	Avoir exercé un travail impliquant une exposition de manière répétée ou extrême à une blessure grave, à de la violence sexuelle, à une menace de mort ou à la mort effective, laquelle n'est pas occasionnée par des causes naturelles.					
SECTION VIII – MALADIES ONCOLOGIQUES						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>MALADIES</th> <th>CONDITIONS PARTICULIÈRES⁶⁹</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Cancer pulmonaire ou mésothéliome pulmonaire</td> <td> <p>Avoir exercé un travail impliquant une exposition à la fibre d'amiante.</p> <p>Avoir exercé un travail de « pompier combattant ».</p> <p>Le diagnostic doit avoir été posé après une durée d'emploi minimale de 15 ans.</p> <p>N'avoir fumé aucun produit du tabac pendant les 10 ans ayant précédé le diagnostic.</p> </td> </tr> </tbody> </table>		MALADIES	CONDITIONS PARTICULIÈRES ⁶⁹	Cancer pulmonaire ou mésothéliome pulmonaire	<p>Avoir exercé un travail impliquant une exposition à la fibre d'amiante.</p> <p>Avoir exercé un travail de « pompier combattant ».</p> <p>Le diagnostic doit avoir été posé après une durée d'emploi minimale de 15 ans.</p> <p>N'avoir fumé aucun produit du tabac pendant les 10 ans ayant précédé le diagnostic.</p>	<p>La cancérogénèse est un processus complexe et l'étiologie des cancers est souvent multifactorielle, certaines expositions ayant un effet synergique sur le développement de la maladie.</p> <p>L'indemnisation des cancers professionnels pose un défi qui n'est pas propre au Québec, comme en fait foi un récent rapport indépendant sur le sujet, produit à la demande du ministère du travail en Ontario ⁷⁰.</p> <p>En ce qui a trait à la proposition, voici quelques commentaires généraux.</p>
MALADIES	CONDITIONS PARTICULIÈRES ⁶⁹					
Cancer pulmonaire ou mésothéliome pulmonaire	<p>Avoir exercé un travail impliquant une exposition à la fibre d'amiante.</p> <p>Avoir exercé un travail de « pompier combattant ».</p> <p>Le diagnostic doit avoir été posé après une durée d'emploi minimale de 15 ans.</p> <p>N'avoir fumé aucun produit du tabac pendant les 10 ans ayant précédé le diagnostic.</p>					

⁶⁹ Afin d'alléger le texte, la description du travail de pompier combattant a été remplacé par « pompier combattant »

⁷⁰ Demers P. Using Scientific Evidence and Principles to Help Determine the Work-Relatedness of Cancer. Final Report. Occupational Cancer Research Centre (OCRC), January 2020.

Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)		Commentaires et propositions
Mésothéliome non pulmonaire	Avoir exercé un travail de « pompier combattant ».	<p>Liste des cancérrogènes :</p> <p>La liste des maladies oncologiques (cancers) donnant ouverture à une présomption se limite à celles en lien avec une exposition à l'amiante (mais seulement pour le cancer du poumon) et à celles pouvant découler d'une exposition aux fumées d'incendie chez les pompiers.</p> <p>Or, les risques professionnels reconnus pour un cancer du poumon sont nombreux⁷¹ et l'exposition à l'amiante est une cause connue également pour le cancer du larynx, des ovaires et de mésothéliome péritonéal.</p> <p>De plus, les conditions particulières devraient refléter l'exposition à des contaminants, et n'être pas limitées seulement à un métier, ce qui introduit de la discrimination.</p> <p>Connaissances scientifiques sur les cancérrogènes :</p> <p>Le Centre international de recherche sur le cancer a reconnu que 121 agents étaient des cancérrogènes avérés pour l'homme (Groupe 1) et que 89 agents le sont probablement (Groupe 2A)⁷²</p> <p>La <i>Liste des maladies professionnelles du Bureau international du travail</i>, révisée en 2010, qui inclut une série de maladies professionnelles reconnues à l'échelle internationale, reconnaît que 20 substances peuvent être à l'origine de cancers professionnels.⁷³</p> <p><i>L'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)</i> a publié plusieurs études sur le sujet. L'une de ces</p>
Cancer du rein	Avoir exercé un travail de « pompier combattant ». Le diagnostic doit avoir été posé après une durée d'emploi minimale de 20 ans.	
Cancer de la vessie	Avoir exercé un travail de « pompier combattant ». Le diagnostic doit avoir été posé après une durée d'emploi minimale de 20 ans.	
Cancer du larynx	Avoir exercé un travail de « pompier combattant ». Le diagnostic doit avoir été posé après une durée d'emploi minimale de 15 ans. N'avoir fumé aucun produit du tabac pendant les 10 ans ayant précédé le diagnostic.	
Myélome multiple	Avoir exercé un travail de « pompier combattant ». Le diagnostic doit avoir été posé après une durée d'emploi minimale de 15 ans.	

⁷¹ Société canadienne du cancer. Cancer du poumon. <https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/lung/risks/?region=on>

⁷² Organisation mondiale de la santé. Centre international de recherche sur le cancer. Agents classés par les monographies du CIRC. <https://monographs.iarc.fr/fr/agents-classes-par-les-monographies-du-circ-2/>

⁷³ Bureau international du travail (BIT). Liste des maladies professionnelles (révisée en 2010) : Identification et reconnaissance des maladies professionnelles : critères pour incorporer des maladies dans la liste des maladies professionnelles de l'OIT. Genève, BIT, 2010 (Série sécurité et santé au travail, no 74) https://www.ilo.org/global/topics/safety-and-health-at-work/resources-library/publications/WCMS_150326/lang--fr/index.htm

Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)		Commentaires et propositions
Lymphome non hodgkinien	Avoir exercé un travail de « pompier combattant ». Le diagnostic doit avoir été posé après une durée d'emploi minimale de 20 ans.	<p>recherches visait à documenter l'exposition des travailleurs québécois aux substances ou circonstances d'exposition à des cancérogènes⁷⁴.</p> <p>Plusieurs secteurs d'activité comportent plus de 20 cancérogènes différentes et dix substances auxquelles les travailleurs québécois sont exposés en grande proportion ont été identifiées : rayonnement solaire, travail de nuit régulier ou horaire alternant la nuit, gaz d'échappement diesel, poussières de bois, hydrocarbures aromatiques polycycliques, benzène, silice, plomb, rayonnements ultraviolets artificiels et les huiles minérales.</p> <p>Une autre étude⁷⁵ a estimé qu'entre 5 et 8 % de tous les nouveaux cancers pourraient être causés par le travail, représentant un total de 1 800 à 3 000 nouveaux cancers annuellement (données estimées pour la période entre 2002 et 2006).</p> <p>Exclusions pour l'application de la présomption :</p> <p>Il est essentiel de se rappeler que le processus de cancérogénèse est complexe et que l'étiologie des cancers est souvent multifactorielle, certaines expositions ayant un effet synergique sur le développement de la maladie.</p> <p>L'introduction, dans l'application de la présomption, d'une restriction lorsqu'il y a eu usage de tabac dans les 10 dernières années uniquement pour les cancers du poumon, les mésothéliomes pulmonaires et les cancers du larynx chez les pompiers est difficile à expliquer au niveau scientifique.</p>
Cancer de la peau (mélanome)	Avoir exercé un travail de « pompier combattant ». Le diagnostic doit avoir été posé après une durée d'emploi minimale de 15 ans.	
Cancer de la prostate	Avoir exercé un travail de « pompier combattant ». Le diagnostic doit avoir été posé après une durée d'emploi minimale de 15 ans et avant l'âge de 50 ans.	

⁷⁴ Labrèche F, Duguay P, Ostiguy C et al. Substances cancérogènes. Portrait de l'exposition des travailleurs québécois. Rapport R-732. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), avril 2012. <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100642/n/substances-cancerogenes-portrait-de-exposition-des-travailleurs-quebecois-r-732>

⁷⁵ Labrèche R, Duguay P, Boucher A, Arcand R. Estimation du nombre de cancers d'origine professionnelle au Québec. Rapport R-789. Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), novembre 2013. <https://www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100713/n/estimation-du-nombre-de-cancers-d-origine-professionnelle-au-quebec-r-789>

Modifications proposées par le projet de loi (en caractères gras et surlignés)	Commentaires et propositions				
	<p>L'usage de tabac est également un facteur de risque synergique pour les travailleurs ayant un cancer du poumon mais ayant été exposés à l'amiante, et un facteur de risque bien connu pour le cancer de la vessie. D'autre part, aucun lien n'a été démontré entre le tabagisme et le risque de mésothéliome de la plèvre⁷⁶.</p> <p>Si l'on considère introduire les facteurs de risque non professionnels dans l'application de la présomption, il faudra le faire pour tous les cancers : par exemple, les facteurs de risque pour le mélanome sont l'exposition au soleil et aux rayons UV artificiels (salons de bronzage), des antécédents de coup de soleil pendant l'enfance et la présence d'un nombre élevé de grains de beauté. Peu de travailleurs pourront bénéficier de l'application de la présomption.</p> <p>De telles dispositions pourraient amener de la discrimination à l'embauche.</p>				
ANNEXE B					
SECTION IV – MALADIES CAUSÉES PAR DES AGENTS PHYSIQUES					
<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="210 1032 436 1062">MALADIES</th> <th data-bbox="441 1032 1035 1062">CONDITIONS PARTICULIÈRES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="210 1065 436 1127">Maladie causée par les vibrations</td> <td data-bbox="441 1065 1035 1127">Avoir exercé un travail impliquant des vibrations.</td> </tr> </tbody> </table>	MALADIES	CONDITIONS PARTICULIÈRES	Maladie causée par les vibrations	Avoir exercé un travail impliquant des vibrations.	<p>La maladie causée par les vibrations pourrait être précisée. La littérature scientifique reconnaît le syndrome vibratoire comme étant en lien avec une exposition à des vibrations mains-bras. Ce syndrome inclue des atteintes neurologiques, vasculaires et musculo-tendineuses⁷⁷. Les vibrations corps entier peuvent également occasionner des atteintes à la santé.⁷⁸</p>
MALADIES	CONDITIONS PARTICULIÈRES				
Maladie causée par les vibrations	Avoir exercé un travail impliquant des vibrations.				

⁷⁶ Société canadienne du cancer. Facteurs de risque du mésothéliome. <https://www.cancer.ca/fr-ca/cancer-information/cancer-type/mesothelioma/risks/?region=on>

⁷⁷ Organisation mondiale de la santé (OMS). Protecting Workers' Health Series. No 10 – Occupational Exposure to vibration from hand-held tools. 2009. http://158.232.12.119/occupational_health/publications/Protecting_Workers_Health_Series_No_10/en/

⁷⁸ Government of Ontario. *Whole body vibration*. <https://www.ontario.ca/page/whole-body-vibration>

