

MÉMOIRE

SUR LE PROJET DE LOI VISANT LA MODERNISATION DU RÉGIME DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL (Projet de loi no° 59)

**Soumis à la Commission de l'économie et du travail de
l'Assemblée nationale du Québec**

**Par Pierre Deshaies, MD, MSc, CSPQ, FRCPC
Spécialiste en santé publique et médecine préventive**

18 janvier 2021

Le projet de loi no. 59 (PL59) était attendu depuis longtemps. Je salue la volonté du gouvernement de moderniser le régime de santé et de sécurité du travail au Québec.

Mon analyse du projet de loi no. 59 (PL59) et les recommandations qui en découlent vous sont soumises à partir de ma compréhension de l'intention du législateur que la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail vise à améliorer la protection de la santé de tous les travailleurs du Québec par une meilleure prévention des accidents de travail et des maladies professionnelles¹ et par la prise en charge adéquate, soit juste, complète et équitable, du fardeau des lésions professionnelles lorsque malheureusement la prévention a échoué.

En tant que médecin depuis 43 ans, j'œuvre depuis 27 ans comme spécialiste en santé publique et médecine préventive dans le réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) du Québec. J'œuvre dans l'équipe régionale de santé au travail de la direction de santé publique du CISSS de Chaudière-Appalaches et à l'unité de santé au travail de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Je suis le chef du département de santé publique du CISSS de Chaudière-Appalaches et professeur de clinique au Département de médecine sociale et préventive de la Faculté de médecine de l'Université Laval.

Le présent mémoire présente mon point de vue personnel et n'engage d'aucune façon les organisations au sein desquelles je travaille. Il portera essentiellement sur le volet santé du PL59. Je suis d'avis que malgré son potentiel d'améliorer la prévention des maladies professionnelles et la réparation pour le travailleur avec une maladie professionnelle, le PL59 dans sa forme actuelle ne donnera pas les résultats escomptés, voire entrainera des reculs tant en prévention qu'en réparation. En effet, à mon avis, il manque actuellement des éléments clés pour le volet santé dans ce projet de loi pour que son potentiel puisse se réaliser. Constat sévère? À vous d'en juger à la lecture de ce qui suit.

D'abord, je vois un réel potentiel d'amélioration avec certains articles du PL 59, par des changements souhaités depuis longtemps, par exemple :

- Ouverture aux mécanismes de prévention à tous les secteurs d'activité économique;
- Reconnaissance explicite des cinq (5) grands groupes de facteurs de risque à la santé (chimiques, biologiques, physiques, ergonomiques et psychosociaux) (PL59 art. 147, article 59 Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST));
- Élargissement des personnes qui doivent faire un signalement de déficience dans les conditions de santé, de sécurité ou de salubrité susceptible de nécessiter une mesure de prévention (PL59 art. 183, article 123 LSST).
- Liste des maladies professionnelles pour lesquelles la présomption s'appliquera, qui passe de la loi à un règlement, donc plus facile à mettre à jour;
- Constitution d'un Comité des maladies professionnelles oncologiques (CMPO) pour mieux reconnaître les cancers professionnels, en établissant le lien entre le cancer et le travail;
- Constitution d'un comité scientifique sur les maladies professionnelles (CSMP) pour mieux identifier toutes les maladies professionnelles et les caractériser.

¹ J'entends par maladie professionnelle tout problème de santé lié au travail, incluant donc tous les problèmes de santé causés en tout ou en partie par une exposition à des facteurs de risque professionnels. (Source : [Encyclopédie de sécurité et de santé au travail, 3^e édition française. Bureau international du travail. Chapitre 26, La réparation des lésions professionnelles: la problématique.](#))

Pour donner les effets positifs escomptés, des éléments centraux du PL59 doivent être modifiés. Pour les illustrer, je vous présente trois cas d'espèce dans lesquels j'ai été personnellement impliqué. Suivront mes recommandations.

Le cas de la surdité professionnelle et du bruit au travail

L'épidémie incontrôlée de surdité professionnelle qui afflige le Québec depuis de trop nombreuses années est un exemple frappant de l'échec d'un point de vue sociétal de la prévention de ce fléau au Québec. Avec plus de 12 000 nouveaux cas acceptés par la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) en 2018 (voir l'Annexe 1), le Québec fait piètre figure. Et l'augmentation observée des dernières années est bien réelle, et ne s'explique pas par le seul vieillissement de la population, d'écoute de musique trop forte ou de loisirs bruyants.

Cet extrait d'une publication de l'INSPQ (Michel 2014) résume bien les conséquences importantes de la surdité professionnelle sur la vie quotidienne :

Bien que la personne entende encore, la surdité se manifeste par différentes incapacités sur le plan de l'écoute et de la communication telles que comprendre la parole en présence de bruits de fond, détecter ou localiser des signaux sonores (ex. : sonneries), ne pas tolérer des sons forts. Ces limitations fonctionnelles entraînent des conséquences dans toutes les sphères de la vie quotidienne (couple, famille, amis, loisirs, travail) de la personne atteinte souvent pendant de nombreuses années avant qu'elle ne cherche à obtenir des services et du soutien. Par conséquent, au fur et à mesure que la surdité évolue, on observe l'isolement du travailleur dans sa famille, dans ses activités sociales et professionnelles, ainsi qu'une perte d'autonomie et une image de soi de plus en plus négative. Ces divers facteurs affectent de façon importante la qualité de vie des travailleurs et de leurs proches.

Le bruit, la cause principale de la surdité professionnelle, est souvent présent à des niveaux dangereux pour l'ouïe dans beaucoup de milieux de travail.

Dans les années 90, j'ai entendu à plusieurs reprises de la part de la permanence de la CSST provinciale que le coût global de la surdité, à ce moment, en termes de débours total pour les cas de surdité professionnelle, n'était pas suffisamment élevé pour justifier de prioriser ce problème. On semblait donc évoquer plutôt une logique comptable qu'une logique de prévention d'un problème de santé fréquent et ayant de graves impacts.

Pourtant, une étude réalisée par des chercheurs de l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) en 2013 montrait que la surdité professionnelle, de par la gravité de ses conséquences sur la vie quotidienne et son caractère permanent, était au premier rang de toutes les lésions professionnelles en termes de coût global pour la société (qui inclut les coûts humains). En effet, en moyenne, chaque cas de surdité professionnelle coûte à la société davantage que toute autre lésion acceptée par la CNESST, comparé par exemple aux cas de blessures causées par un accident de travail ou aux cas de mal de dos (Lebeau 2014).

Malgré des statistiques accablantes en nombre de travailleurs exposés et en nombre de nouveaux cas de surdité à chaque année, et malgré des efforts répétés du RSPSAT, auxquels j'ai

personnellement participé pendant plus de 20 ans, la CNESST² n'avait jamais, jusqu'à récemment, priorisé le bruit pour s'attaquer à la prévention de la surdité professionnelle³. Il aura fallu que le Vérificateur général du Québec (VGQ) constate publiquement en 2015 l'absence de résultats dans la lutte contre le bruit en milieu de travail pour amener la CNESST à enfin prioriser cet important risque à la santé (VGQ 2015 et 2019).

Après plus de 35 ans d'inertie dans ce dossier, la CNESST a finalement débuté en 2016 des travaux de révision réglementaire sur le bruit et un projet de règlement a été publié dans la Gazette officielle du Québec en novembre 2019. Il prévoit un délai de mise en vigueur de 2 ans après sa publication finale, laquelle est toujours attendue au moment d'écrire ces lignes. Des travaux sont en cours depuis peu pour assortir ce futur règlement d'un plan d'accompagnement des entreprises.

La lutte contre le bruit nécessite une concertation, une coordination et une collaboration des employeurs et des travailleurs, et de multiples intervenants et organismes avec des responsabilités qui sont réparties entre les divers acteurs. Une approche globale de santé publique portant sur des actions combinées et concertées sur diverses dimensions sont nécessaires afin d'arriver à prévenir la surdité professionnelle.

Pour le travailleur atteint de surdité professionnelle, le PL59 propose d'introduire dans un règlement des critères d'admissibilité pour la surdité professionnelle. Selon ma compréhension, il y a un mélange des genres dans le projet de Règlement sur les maladies professionnelles (article 1) contenu dans le PL59. D'une part le règlement prévoit de dresser la liste des maladies pour lesquelles la présomption s'applique, mais cette présomption serait conditionnelle à des critères d'admissibilité pour son application. De plus, des délais de réclamation s'ajoutent à tout cela.

La perte auditive due au bruit est et demeure une maladie professionnelle, quel que soit le niveau de perte auditive, donc même en deçà des critères d'admissibilité proposés. Il m'apparaît que l'identification des maladies professionnelles devrait relever du CSMP. Ainsi, toute perte auditive neurosensorielle causée par le bruit au travail ou par des cofacteurs (substances chimiques ototoxiques) constitue une maladie professionnelle et devrait être admissible. Actuellement, une perte auditive neurosensorielle causée par le bruit est acceptée par la CNESST, même si elle est sous le seuil d'indemnisation (infra-barème). Ainsi, une fois la maladie professionnelle acceptée (admise), la CNESST peut établir des balises pour l'indemnisation ou pour donner accès à des services de santé ou de réadaptation, en fonction de critères tels un niveau minimum de perte auditive ou de limitations fonctionnelles⁴. Ainsi, ces critères ne

² En 2016, la CSST est devenue la CNESST. Sauf exception, cet acronyme est privilégié dans le texte pour en faciliter la lecture, même si au moment des faits rapportés, l'organisme était connu sous l'appellation CSST.

³ Un projet-pilote de réduction de l'exposition des travailleurs au bruit dans les scieries du Québec a été mené entre 1997-2004 sous la gouvernance d'un comité paritaire. Outre les représentants des parties patronale et syndicale, y ont participé la CSST, le RSPSAT et l'IRSST. Malgré des résultats intéressants dans les cinq (5) scieries participantes, les recommandations du rapport final d'évaluation sont restées sans lendemain.

⁴ Pour être conforme aux connaissances actuelles, on devrait aussi admettre des critères de limitations fonctionnelles causés par la perte auditive et non seulement des critères de perte auditive.

devraient pas être utilisés pour l'admissibilité, mais pour l'accès aux biens, aux services et à la réadaptation, en fonction des besoins de chaque travailleur atteint de surdité professionnelle.

Sinon, avec l'adoption du PL59 actuel, qu'arrive-t-il au travailleur qui reçoit un diagnostic de perte neurosensorielle causée par le bruit en deçà des critères d'admissibilité? Perd-il son recours après le délai de 6 mois s'il ne fait pas de réclamation, puisqu'il a un diagnostic qui répond à la définition (PL59 art. 88, art. 272.1 LATMP)? Doit-il réclamer, quitte à se faire refuser, pour plus tard pouvoir demander une réévaluation si sa perte auditive s'aggrave et atteint le seuil des critères? Des travailleurs se verront-ils nier des biens, des soins et des services dont ils ont besoin? Le coût de ces soins et services sera-t-il transféré au système public, financé par les impôts, ou au privé? Ceci, pour l'admissibilité d'une surdité professionnelle.

Ces changements pourront possiblement améliorer les statistiques officielles de cas de surdité professionnelle acceptés par la CNESST, mais ils ne feront pas disparaître pour autant l'épidémie de surdité professionnelle. Cette apparente amélioration pourrait faire croire de façon artificielle que le problème diminue et conclure de façon erronée que les mesures préventives mises en place sont efficaces, voire mener à réduire les efforts de prévention. La non-reconnaissance de certaines maladies professionnelles ou leur sous-reconnaissance :

- Lèse le droit des travailleurs prévus par la Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles (LATMP);
- Sous-estime l'ampleur réelle de ces maladies professionnelles;
- Diminue l'incitation à la prévention car elle ne tient pas compte des problèmes de santé non-reconnus;
- Diminue la responsabilité du régime de santé et sécurité du travail à assumer le fardeau global des maladies professionnelles;
- Transfère les coûts globaux vers des tiers payeurs.

Par ailleurs, des difficultés récurrentes d'accès à la réadaptation nous avaient été rapportées par des travailleurs qui auraient dû en bénéficier, dont la surdité avait été dépistée par le RSPSAT dans le cadre du programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE). En 2015, nous avons documenté, dans la région Chaudière-Appalaches (ma région de pratique), l'accessibilité des services de réadaptation aux travailleurs atteints de surdité professionnelle. Parmi les diverses instances consultées figurait la CNESST. La répondante était une personne déléguée par la direction provinciale de l'indemnisation et de la réadaptation. Celle-ci nous confiait que, pour avoir accès à un conseiller en réadaptation, dans un objectif de maintien du lien d'emploi [comprendre retour au travail], le travailleur doit être en arrêt de travail. Or, le travailleur souffrant d'une surdité professionnelle n'est pratiquement jamais en arrêt de travail. Elle admettait que la surdité professionnelle constituait un cas particulier pour les travailleurs ayant besoin de réadaptation. À cause de cette anomalie, les travailleurs atteints de surdité professionnelle n'avaient pratiquement jamais accès à la réadaptation sociale et professionnelle dont ils avaient besoin. Elle s'attendait à ce qu'une position de la CNESST soit déposée en 2016 pour remédier à ce problème. On attend toujours ladite position au moment d'écrire ce mémoire.

Enfin, en 2008, l'Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec (AERDPQ) avait produit un document sur l'offre minimale de services⁵ pour la clientèle atteinte de surdité professionnelle. Cette offre de services, qui aurait dû être entérinée et financée par la CNESST, n'a jamais été actualisée, sauf dans le cadre de projets pilotes dans certaines régions auxquels on avait mis fin 2013, sans suite. Trop souvent, encore aujourd'hui, les biens, services et réadaptation pour le travailleur atteint d'une surdité professionnelle se traduisent seulement par le remboursement de prothèses auditives, assorti d'un montant forfaitaire d'indemnisation unique minime.

Le PL59 règle-t-il le problème d'accès aux services de réadaptation physique, sociale et professionnelle nécessaires pour les dizaines de milliers de travailleurs vivant avec des limitations fonctionnelles causées par leur surdité professionnelle? Si oui, les soins, les services médicaux et de réadaptation assurés par le régime de santé et sécurité du travail seront-ils à la hauteur des besoins réels de chaque travailleur, pour diminuer les conséquences de la surdité professionnelle et améliorer la qualité de vie des travailleurs atteints? Permettez-moi d'en douter...

D'ailleurs, que signifie réellement la suppression de la réadaptation physique dans le PL59? Quelles en sont les conséquences pour le travailleur qui a besoin de réadaptation physique? Comment et où sont couverts ces services dans le PL59? Ceci n'est pas clair et est préoccupant.

Le cas du plomb et de l'article 32

Le niveau de 700 µg/L (3,38 µmol/L) de plombémie (concentration de plomb dans le sang) proposé dans le PL59 pour appliquer la présomption d'intoxication au plomb est pour le moins surprenant, voire ahurissant. C'est un niveau toxique extrêmement élevé, rarement rencontré de nos jours, pour lequel des effets graves à la santé à court terme sont tellement imminents qu'on considère alors un traitement médical d'exception appelé chélation.

Un message clé unanime porté par de nombreux organismes et auteurs reconnus dans les dernières 10-15 ans est qu'il n'y a pas de seuil connu de plombémie sans effets à la santé et qu'il n'y a donc pas de seuil d'exposition sécuritaire (ATSDR 2007, NTP 2012, Santé Canada 2013, MSSS 2016, EFSA 2010, OMS 2017, FAO/WHO 2011, Flora 2012, ANSES 2013, US-EPA 2014). D'où l'importance de diminuer le plus possible l'exposition au plomb, tant professionnelle qu'environnementale.

La plombémie est l'indicateur biologique le plus utilisé pour assurer le suivi des travailleurs exposés au plomb. Elle est fiable et fortement corrélée aux effets sur la santé.

Des effets avérés à la santé notamment au niveau rénal, cardiovasculaire, neurologique et sur le système reproducteur des hommes et des femmes (adultes) sont maintenant reconnus à des niveaux de plombémie inférieurs à 100 µg/L (0,48 µmol/L) et à 50 µg/L (0,24 µmol/L), soit de 7 à 14 fois inférieurs au niveau proposé par le PL59.

⁵ Exemples de services : sensibilisation et soutien individuels ou de groupe, communication et relations interpersonnelles, soutien à l'utilisation des aides de suppléance à l'audition (amplificateur téléphonique, système d'écoute de la télévision, etc.), réadaptation au travail)

Ce choix de seuil dans le PL59 est d'autant plus étonnant qu'en 1992, la CNESST avait mandaté des scientifiques du département de médecine du travail et hygiène du milieu de l'Université de Montréal pour faire des recommandations afin d'améliorer le projet de règlement pour le retrait préventif des travailleurs exposés au plomb. Leur rapport est disponible en ligne⁶, sauf le chapitre 7 « Réponses aux questions de la CSST » qui contient les recommandations des auteurs, car elles étaient alors sous le sceau de la confidentialité.

Suite à une demande d'accès à l'information faite en novembre 2013 à la CNESST, j'ai finalement obtenu en août 2014 une copie complète du rapport incluant le chapitre 7. Ce chapitre, enfin rendu officiellement accessible, révèle que les auteurs recommandaient alors à la CNESST le retrait préventif de l'exposition de tout travailleur qui dépassait une plombémie de 400 µg/L (1,93 µmol/L), compte tenu des effets toxiques du plomb sur la santé, connus à ce moment (voir Annexe 2). Ce seuil correspond au seuil de retrait de l'exposition actuellement recommandé par le RSPSAT. Il était en révision juste avant la pandémie.

Nous avons eu dans les dernières années des cas de travailleurs surexposés avec une plombémie supérieure à 400 µg/L pour qui il était recommandé d'être retiré de l'exposition. En absence de poste de réaffectation sans exposition dans l'entreprise, nous devions informer le travailleur des possibilités de refus d'une réclamation à la CNESST et donc de perte monétaire. La plupart ont choisi de ne pas se retirer de l'exposition, même en absence de poste de réaffectation dans l'entreprise. Il est donc pour le moins étonnant que, 28 ans après l'avis des experts présenté à la CSST, on propose de reconnaître une intoxication au plomb à un seuil de 700 µg/L. On est en droit de se demander par quel processus décisionnel une valeur si élevée, constituant une menace évidente à la santé, a été retenue et sur quelle expertise s'est basé ce choix. Certainement pas sur des avis scientifiques indépendants récents.

Ces quelques constats sur le plomb soulèvent de grandes inquiétudes, compte tenu des mécanismes décisionnels actuels et des pouvoirs discrétionnaires accrus de la CNESST dans le PL59. D'une part, à l'instar de la surdité professionnelle et de la plombémie, on doit se demander sur quelle base seront établis la liste des maladies professionnelles et leurs critères d'admissibilité? Le PL59 assurera-t-il que la réglementation sera basée sur les données scientifiques les plus à jour, dans un réel objectif de protéger la santé des travailleurs et de reconnaître les maladies professionnelles de façon juste, complète et équitable? Ou, sommes-nous en présence d'un organisme public qui suit davantage une logique d'assureur qui vise à limiter ses coûts en réparation?

Par ailleurs, le document d'experts de 1992 auquel je réfère plus haut a été produit à la demande de la CNESST dans un contexte de projet pour réglementer l'article 32 de la LSST sur le retrait préventif. Cet article de la LSST prévoit qu'un travailleur soit retiré d'une exposition qui entraîne des « signes d'altération » à sa santé, 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.

⁶ Vyskocil A, Viau C, Brodeur J. (1992) [Recherche, validation et mesure de certains indicateurs pouvant permettre l'amélioration du projet de règlement pour le retrait préventif des travailleurs exposés au plomb](#), rapport présenté à la CSST, 1992, 135p.+annexes. (Rapport complet, sauf le chapitre 7 sur les recommandations)

Après plus de 40 ans depuis l'adoption de la LSST, cet article de loi n'est toujours pas réellement utilisable, car la CNESST n'a jamais développé le cadre permettant son application. Faudrait-il édicter un règlement? Déjà dans les années 90, le cas du plomb apparaissait pourtant à plusieurs médecins de santé publique comme un excellent cas type pour actualiser cet article de loi fort prometteur pour protéger plus précocement la santé des travailleurs, avant qu'il ne développe une maladie clinique plus grave, voire irréversible. À cet égard, encore ici, j'ai fait partie des intervenants de santé publique en santé au travail qui, à de multiples reprises, a tenté, sans succès, d'intégrer l'application de l'article 32 dans les divers travaux sur le plomb, faits en collaboration avec la CNESST.

À cet égard, il faudrait peut-être modifier l'article 32 de la LSST afin de le rendre plus clair et opérationnel, tout en obligeant la CNESST à édicter un règlement dans un délai prescrit si nécessaire pour l'opérationnaliser (voir dans Recommandations plus loin).

Compte tenu des connaissances acquises sur les effets du plomb sur la santé en fonction de la plombémie, il m'apparaît que l'article 32 devrait s'appliquer pour des plombémies dépassant le seuil déterminé par la santé publique. En attendant une mise à jour des connaissances et des seuils d'intervention, à court terme, le seuil d'admissibilité de plomb devrait pas dépasser 400 µg/L (1,93 µmol/L).

Le cas de la pandémie de COVID-19 et des maladies à déclaration obligatoire

La pandémie de COVID-19 est un exemple actuel de performance du RSPSAT lorsqu'on lui permet de jouer pleinement son rôle de leadership et d'expertise au niveau sociétal et dans les milieux de travail.

Sous le leadership de l'INSPQ, le RSPSAT a produit rapidement de nombreux avis scientifiques et recommandations s'adressant aux intervenants du RSPSAT et aux divers milieux de travail, souvent avec des recommandations adaptées, spécifiques à un secteur d'activité. Leur application par les milieux de travail, avec le soutien des équipes régionales du RSPSAT, et lorsque nécessaire en étroite collaboration avec les inspecteurs de la CNESST, ont permis et continuent de permettre aux employeurs de connaître et appliquer les mesures à mettre en place pour assurer une prévention optimale de la transmission de la COVID-19 dans leur milieu de travail. Des outils de gestion des éclosions s'adressant à l'employeur ont été produits par des régions pour aider les entreprises à gérer une éclosion, lorsqu'elle survient malgré les mesures prises, tout en permettant dans la majorité des situations le maintien des activités de production des entreprises.

Par ailleurs, il convient aussi de mentionner le rôle central de l'INSPQ pour la vigie des situations d'éclosion de COVID-19 en milieu de travail qui permet de suivre en temps opportun l'ampleur et l'évolution de la pandémie dans les divers secteurs d'activité économique, notamment par la publication d'un rapport hebdomadaire (<https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sante-au-travail/eclosions-travail>).

Le RSPSAT, que ce soit à travers les activités de l'INSPQ, celles de l'équipe ministérielle du MSSS ou celles des équipes dans chacune des régions, a su montrer qu'en le laissant assumer le rôle sociétal de leadership qui lui revient dans le contexte de ce risque à la santé, les milieux de travail, tant l'employeur que les travailleurs, ont accès, en temps utile, aux outils pertinents et

ont le soutien nécessaire pour gérer au mieux ce risque à la santé, en suivant les recommandations de santé publique. La collaboration des inspecteurs de la CNESST a souvent été cruciale. Au niveau gouvernemental, les décideurs ont l'information produite par la santé publique sur l'ampleur et l'évolution de la pandémie dans les milieux de travail pour éclairer leurs décisions.

Par ailleurs, l'expérience des dernières années dans le cadre d'interventions menées en milieu de travail suite à une déclaration de maladie à déclaration obligatoire montre que, sous le leadership de la santé publique, en étroite collaboration avec l'inspecteur de la CNESST, on obtient des résultats concrets d'amélioration du contrôle du risque, même pour des situations pour lesquelles les maladies se développent après plusieurs années d'exposition, par exemple, lors d'une déclaration d'une maladie de l'amiante (amiantose, mésothéliome ou cancer du poumon lié à l'amiante). Avec l'expertise et le soutien du RSPSAT, les entreprises comprennent qu'elles ont l'obligation d'appliquer la hiérarchie des mesures de prévention pour arriver au contrôle du risque qui protège au mieux la santé des travailleurs, à la satisfaction de la santé publique.

Constats

Il convient de mentionner que, sous le leadership de la CNESST, il y a eu au fil des années des améliorations notables au regard de la sécurité au travail, qui se sont traduits, en particulier dans certains secteurs, par une réduction du nombre d'accidents de travail déclarés à la CNESST et d'une réduction des accidents mortels. Malheureusement, le bilan est tout autre pour les maladies professionnelles.

Les problèmes de santé liés au travail sont en grande partie, voire théoriquement complètement évitables. Les cas vécus rapportés précédemment corroborent grandement les principaux constats faits par le Vérificateur général du Québec (VGQ) dans ses rapports de 2015 et 2019 (VGQ 2015, VGQ 2019). De mon point de vue, les constats du VGQ sont particulièrement justes et pertinents pour le volet santé au travail.

En termes de santé au travail, le RPSAT a su démontrer, dans le dossier de la COVID-19, qu'avec son leadership et son expertise, en collaboration étroite avec la CNESST, il est possible d'outiller et de soutenir les milieux de travail pour obtenir des résultats concrets en terme de contrôle du risque et de prévention des maladies professionnelles.

En matière de prévention des maladies professionnelles (MP), c'est-à-dire tous les problèmes de santé liés au travail, et non seulement les maladies professionnelles reconnues par la CNESST, le RSPSAT détient l'expertise et l'expérience des 40 dernières années. Il est un tiers neutre et indépendant qui n'a d'autre intérêt que de protéger au mieux la santé des travailleurs. Il base ses analyses et ses recommandations sur les données scientifiques les plus récentes. Il a l'expertise nécessaire pour identifier et caractériser les risques à la santé, et pour rechercher et recommander les meilleurs moyens de prévenir les maladies professionnelles.

En combinant, par un encadrement légal optimal, le leadership de ces deux forces vives du Québec, l'une en matière de santé et l'autre en matière de sécurité du travail, le PL59 peut devenir un moteur important pour instaurer une véritable culture de santé et sécurité du travail au Québec.

Recommandations pour améliorer la prévention des maladies professionnelles et leur réparation juste, complète et équitable

Sans prétendre être exhaustif, je vous présente, en points de forme, mes recommandations de modifications pour le volet santé du PL59, tantôt générales ou génériques, tantôt précises (en mentionnant si possible l'article de loi), afin de mettre en place des conditions gagnantes pour atteindre les deux objectifs présumés du PL59, soit améliorer la prévention des maladies professionnelles et assurer la prise en charge juste, complète et équitable du fardeau des maladies professionnelles.

D'autres acteurs sociétaux sauront sans doute aller beaucoup plus loin dans les subtilités du PL59 en particulier au regard des modifications de la LATMP et des règlements qui en découlent, tant pour les victimes d'accident de travail que de maladie professionnelle.

Le rôle du réseau de la santé publique en santé au travail du Québec

- ❖ Confier la responsabilité de déterminer des priorités d'intervention en matière de santé au travail au Directeur national de santé publique (DNSP). En étroite collaboration avec la CNESST, il procèdera à partir de l'expertise en santé publique à l'identification de la nature et de l'ampleur des problèmes de santé liés au travail ainsi que leurs facteurs de risque, en intégrant dans son analyse de priorisation des dimensions complémentaires au seul portrait des lésions acceptées par la CNESST (PL59 art. 172, art. 107 LSST).
 - Le RSPSAT, avec ses médecins et équipes de professionnels dédiés à la santé au travail, combinant l'expertise scientifique de l'INSPQ et des équipes des régions, ainsi que l'expérience terrain des 40 dernières années, est l'acteur sociétal idoine pour déterminer les risques prioritaires, les niveaux de risque par secteur ou groupe d'activités, produire des programmes de santé, des guides pour recommander les meilleurs façons de les éliminer ou de les contrôler, en fonction de la hiérarchie des moyens de prévention, et donc outiller les milieux de travail, en continuant à offrir du soutien sur place par des visites en entreprise au besoin.
 - À cet égard, l'INSPQ est un acteur clé du réseau de santé publique en santé au travail qui assume un leadership scientifique de haut niveau. Son rôle central dans la gestion de la pandémie en milieu de travail en est l'exemple patent le plus récent.
 - Assurer le financement des ressources nécessaires au niveau régional et national pour permettre d'assurer ces responsabilités
- ❖ Confier au DNSP la responsabilité d'élaborer les programmes de santé qui découlent des priorités, en étroite collaboration avec la CNESST, en s'associant aux experts et aux partenaires (PL59 art. 172, art. 107 LSST).
 - À l'instar de la responsabilité d'élaborer les protocoles visant l'identification des dangers et les conditions de l'emploi qui y sont associées pour le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (PL59 art.142, art. 48.1 LSST), l'élaboration des programmes de santé devraient être sous la gouverne du DNSP.

Le directeur de santé publique

Le directeur de santé publique doit :

- ❖ Recevoir copie du programme de prévention
- ❖ Avoir accès en tout temps au milieu de travail
- ❖ Pouvoir évaluer le programme de prévention
- ❖ Pouvoir faire des recommandations d'ajouts ou de modifications au programme de prévention

Le médecin chargé de la santé au travail

Le médecin chargé de la santé au travail doit :

- ❖ Demeurer le leader de l'équipe de santé au travail, de par sa formation et ses compétences pour intégrer les informations sur l'exposition et ses effets et conséquences potentiels ou avérés sur la santé des travailleurs, dans chaque contexte particulier
- ❖ Avoir accès au milieu de travail et à toute information utile pour l'identification et la caractérisation des risques et pour l'état de santé des travailleurs
- ❖ Avoir accès en tout temps au milieu de travail
- ❖ Pouvoir faire des recommandations d'ajouts ou de modifications au programme de prévention
- ❖ Pouvoir répondre aux demandes de collaboration provenant aussi des travailleurs, du directeur de santé publique ou de la CNESST dans le cadre du programme de prévention ou autres, et non seulement à la demande de l'employeur (PL59 art. 179, art. 117.1 LSST)
 - Une demande de service faite par l'employeur auprès du médecin chargé de la santé au travail ou d'un intervenant en santé au travail doit pouvoir être traitée au besoin par une analyse de pertinence et de priorisation par le directeur de santé publique, par souci d'optimisation de ressources limitées
- ❖ Pouvoir participer au CSS non seulement sur invitation de l'employeur (PL59 art. 155, art. 75 LSST), mais aussi sur invitation des travailleurs ou au besoin s'il le juge à propos;
- ❖ Avoir la responsabilité d'analyser et de recommander les examens médicaux pré-embauche ou en cours d'embauche pour un programme de prévention
 - À cet égard, les médecins spécialistes en santé publique et médecine préventive ou en médecine du travail peuvent jouer un rôle important afin de baliser ces examens sur une base de pertinence;
 - Le Collège des médecins du Québec devrait aussi jouer un rôle central dans l'encadrement de ces examens;
- ❖ Tout médecin chargé de la santé au travail devrait faire partie du département de santé publique d'un établissement de santé afin d'encadrer la pratique médicale en santé au travail sur la base des meilleures pratiques en santé publique

L'employeur et le travailleur

Les responsabilités plus grandes confiées à l'employeur par le PL59 ne posent pas de problème en soi, mais elles doivent être corrélées, voire assujetties à l'encadrement nécessaire, ainsi qu'à des obligations légales d'information régulière et sur demande envers les organismes publics compétents (CNESST, santé publique), pour vérification et rectification, au besoin, selon les compétences de chacun. Aussi, le PL59 devrait être ajusté pour permettre davantage de

participation des travailleurs à divers niveaux, tout en s'assurant en contrepartie du maintien, ou au besoin de l'ajustement, de leurs obligations légales :

- ❖ Obliger l'employeur à se conformer aux programmes de santé élaborés par la santé publique et la CNESST, et non pas seulement en tenir compte (PL59 art. 147, art. 59 LSST);
- ❖ Obliger l'employeur, qui a recours à des ressources privées, à s'assurer qu'elles utilisent les méthodes reconnues en santé publique (par exemple les guides de l'IRSST ou du RSPSAT) pour identifier et quantifier les risques à la santé
 - Ces ressources privées devraient être obligées de se soumettre à des audits ou à des exigences d'accréditation pour s'assurer qu'elles offrent des services basés sur les meilleures pratiques et les règles de l'art
- ❖ Obliger l'employeur à rendre des comptes annuellement, non seulement à la CNESST, mais aussi au directeur de santé publique, par son plan contenant les mesures et les priorités d'action permettant d'éliminer ou, à défaut, de contrôler les risques identifiés ainsi que les mesures de surveillance, d'évaluation, d'entretien et de suivi de celles-ci qui ont été réalisées dans l'année précédente et qui sont planifiées l'année suivante (PL59 art. 147, art. 59 2° et 3° LSST)
 - S'assurer d'avoir des mécanismes de reddition de compte obligatoire simples et crédibles de la mise en place et du maintien des mesures préventives appropriées
- ❖ Obliger l'employeur à appliquer la hiérarchie des mesures de prévention pour chacun des risques identifiés, sur la base des programmes de santé, guides de pratiques ou autres outils reconnus en santé publique, et non pas seulement la privilégier (PL59 art. 147, art. 59 LSST);
- ❖ Baliser, voire limiter, les exigences d'examens pré-embauche ou en cours d'emploi par l'employeur dans le programme de prévention aux seuls examens justifiés et nécessaires pour la tâche à accomplir, tels que définis par les autorités publiques compétentes, soit pour l'aptitude au travail ou pour la protection de tiers (PL59 art. 147, art. 59 6° LSST); il faut empêcher la possibilité que l'employeur puisse imposer des examens inutiles, voire nuisibles au travailleur, pour avoir accès à un emploi ou pour le maintenir :
 - Ceci doit être appliqué en toutes circonstances, que l'employeur fasse appel à des services médicaux ou de santé publics ou privés;
- ❖ Élargir les rôles et responsabilités du comité de santé et sécurité pour englober toutes les dimensions du programme de prévention, tout en tenant compte du droit de gestion de l'employeur :
 - Permettre la participation des travailleurs non seulement à l'identification et à l'analyse des risques à la santé et à la sécurité, mais aussi à la recherche des meilleurs moyens de prévention, de leur mise en application et de leur suivi;
 - S'assurer que les obligations légales des travailleurs soient ajustées en fonction de leurs responsabilités.

Obligation d'amélioration continue de la réglementation par la CNESST

- ❖ Rendre obligatoire (« doit ») le développement, par la CNESST, d'une réglementation en lien avec des articles de loi forts et prometteurs pour la prévention, plutôt que de maintenir simplement la possibilité (« peut ») de réglementer (PL59 art. 228, art. 223 LSST), qui ne s'est jamais concrétisée en 40 ans, notamment :
 - Article 32 et retrait préventif de l'exposition nocive pour le travailleur

- Article 54 et obligation de se conformer au moment des plans et devis, à l'instar de l'Ontario
- Article 63 et interdiction de fabriquer, fournir, vendre, louer, distribuer ou installer un produit, un procédé, un équipement, un matériel, un contaminant ou une matière dangereuse à moins que ceux-ci ne soient sécuritaires et conformes aux normes prescrites par règlement : l'actualisation de cet article de loi serait un grand atout, notamment pour la lutte contre le bruit au travail et la prévention de la surdité professionnelle.
- ❖ Modifier l'article 32 de la présente LSST pour y inclure la notion d'altération à la santé réelle ou prévisible à terme. À titre indicatif, le libellé pourrait être : « Un travailleur qui fournit à l'employeur un certificat attestant que son exposition à un contaminant comporte pour lui des dangers, eu égard au fait que sa santé présente des signes d'altération **ou est susceptible d'en présenter** »
 - En lien avec les commentaires précédents sur l'article 32 dans le cas du plomb, il ne semble pas possible ou pas facile d'appliquer cet article dans sa forme actuelle pour les travailleurs exposés à la COVID-19 avec des maladies chroniques complexes ou mal contrôlées; ces travailleurs à risque devraient pouvoir être retirés de cette exposition en contexte de pandémie, lorsque les mesures de protection ne peuvent pas être appliquées ou sont insuffisantes; la modification de l'article 32 proposée vise à couvrir aussi ce genre de situation.
- ❖ Obliger la CNESST à mettre à jour régulièrement le Règlement sur la santé et la sécurité du travail, et en particulier l'Annexe I, en fonction de l'évolution des connaissances scientifiques
 - Une analyse des valeurs limites d'exposition (VLE) québécoises et ontariennes de 2020 pour les substances les plus couramment échantillonnées par le RSPSAT montre que, lorsqu'elles sont comparées aux VLE de l'*American Conference of Governmental Industrial Hygienists* (ACGIH 2017), celles du Québec étaient globalement 35% plus élevées, alors que celles de l'Ontario étaient 12 % plus élevées (communication personnelle).
 - Cette analyse révèle également que l'adoption d'une nouvelle VLE québécoise était au moins 9,3 ans plus tard après l'adoption d'une nouvelle VLE par l'ACGIH
 - À cet égard, la CNESST devrait être tenue de consulter au moins annuellement le RSPSAT, en particulier l'INSPQ, pour les mises à jour de ce règlement
 - Les avis et recommandations faites par le RSPSAT à ce sujet doivent être rendus publics et la CNESST doit être liée par ceux-ci, sous réserve d'une justification écrite à l'effet contraire; cette justification doit être rendue publique dans un délai prescrit
- ❖ À court terme, afin de rattraper des retards pour plusieurs substances, et en lien avec une consultation menée récemment par la CNESST, le législateur devrait envisager d'adopter en bloc les valeurs recommandées par l'ACGIH avec leurs annotations
 - Les valeurs limites d'exposition (VLE) proposées par l'ACGIH représentent des limites réputées préserver la santé de la plupart des travailleurs et travailleuses
 - Une analyse plus poussée et une mise à jour devraient suivre dans les prochains mois pour tenir compte des recommandations plus protectrices faites par d'autres organismes reconnus
 - Cette orientation générale pourrait faire l'objet de commentaires par une analyse de faisabilité technique ou économique, accessible au public, pendant un délai d'un an.

Nécessité de divulguer les avis, recommandations et délibérations

- ❖ Rendre publiques en temps opportun les justifications des décisions ou des retards dans les décisions en matière de prévention et de réparation des lésions professionnelles prises par la CNESST
 - La prévention des lésions professionnelles au Québec et les règles pour la réparation de celles-ci étant une affaire du domaine public, les lois devraient prévoir des mécanismes de divulgation de l'information et de reddition de comptes publiques qui permettent à tout employeur, travailleur ou autre personne ou organisme concerné ou intéressé de comprendre les processus et les justifications qui ont mené aux décisions ou qui expliquent des retards à les prendre
- ❖ Rendre publics de façon obligatoire les avis et recommandations du CSMP dès leur remise à la CNESST
 - La réserve des dispositions de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels prévue pour la publication des avis et recommandations du CSMP doivent être enlevées (PL59 art. 101, 348.3 LATMP)
 - Il n'est pas justifié de permettre le recours à cette prérogative d'exception pour des documents qui sont d'intérêt public, et qui doivent donc d'emblée être rendus publics
- ❖ Ajouter comme mandat du CSMP de recommander les critères pour l'application de la présomption et d'admissibilité :
 - Compte tenu de l'expertise des médecins spécialistes de santé publique et médecine préventive ou en médecine du travail et des ressources en hygiène du travail pour identifier et caractériser l'exposition, ces groupes professionnels (association, regroupements professionnels du RSPSAT) pourraient être consultés au besoin par le CSMP
 - La CNESST peut déterminer au besoin des critères pour donner accès à la réadaptation en fonction de la gravité de la maladie et de ses conséquences dans la vie de tous les jours (travail, vie personnelle (famille, vie sociale, loisirs, etc.)); ces critères doivent être déterminés en fonction des données scientifiques les plus récentes et des pratiques professionnelles reconnues, notamment en lien avec des professionnels compétents du réseau public de la santé et des services sociaux, des universités et des ordres professionnels; à cet égard le VGQ (2015) demandait à la CNESST de tenir compte des cinq critères prévus à la LATMP⁷
- ❖ S'assurer que le CSMP ait l'autonomie et l'indépendance nécessaires pour déterminer ses sujets d'avis et de recommandations en fonction de l'évolution des connaissances, et non pas être assujetti aux seules demandes du ministre ou de la CNESST
- ❖ Rendre obligatoire l'intégration des recommandations CSMP à la liste des maladies professionnelles admissibles après un délai maximum d'un an de leur publication :
 - La CNESST devrait être liée par ces recommandations;

⁷ Ce sont : (1) le diagnostic ; (2) la date ou la période prévisible de consolidation de la lésion ; (3) la nature, la nécessité, la suffisance ou la durée des soins ou des traitements administrés ou prescrits ; (4) l'existence ou le pourcentage d'atteinte permanente à l'intégrité physique ou psychique du travailleur ; (5) l'existence ou l'évaluation des limitations fonctionnelles du travailleur.

- Pendant cette année post-publication, des personnes et des groupes concernés ou intéressés auront la possibilité de faire valoir leur point de vue auprès de la CNESST; toute décision de ne pas inclure une recommandation du CSMP devra faire l'objet d'une justification écrite rendue publique;
- La CNESST garde la responsabilité de déterminer au besoin des critères d'accès aux soins, services et à la réadaptation, en lien étroit avec le médecin qui a charge du travailleur lésé.

Corrections à la lumière des connaissances scientifiques actuelles

- ❖ Corriger l'erreur introduite dans les modalités pour appliquer la présomption pour le mésothéliome pulmonaire lié à l'exposition à l'amiante (PL59 art. 238, ANNEXE A, SECTION VIII — MALADIES ONCOLOGIQUES) :
 - Les connaissances scientifiques actuelles statuent clairement qu'il n'y aucun lien entre le tabagisme et le mésothéliome pulmonaire
 - La négation de la présomption du lien entre le travail et l'exposition à l'amiante en présence d'un tabagisme présent 10 ans ou moins avant le diagnostic est un critère non fondé sur le plan scientifique
- ❖ Corriger les pratiques actuelles en appliquant la présomption pour le cancer du poumon lié à l'exposition professionnelle à l'amiante, sans égard au tabagisme du travailleur, pour les raisons suivantes (PL59 art. 238, ANNEXE A, SECTION VIII — MALADIES ONCOLOGIQUES) :
 - L'exposition à l'amiante et le tabagisme sont deux facteurs de risque reconnus qui peuvent causer le cancer du poumon;
 - L'exposition aux deux facteurs de risque augmente considérablement le risque de développer un cancer du poumon, avec des évidences scientifiques reconnues d'effet potentialisateur de l'un sur l'autre;
 - Il est recommandé par des consensus internationaux (parfois appelés consensus de Helsinki) de reconnaître toutes les maladies attribuables à l'amiante, incluant le cancer du poumon, soit celles causées par l'amiante et celles pour lesquelles l'amiante a contribué significativement, sans égard au départage entre le tabagisme et l'amiante (Tossavainen 1979, Wolff 2014);
 - Selon ma compréhension, cette exclusion proposée par le PL59 repose sur la notion d'agent causal prépondérant (cause principale) plutôt que sur la notion de présomption;
 - La présomption doit être basée sur la reconnaissance de maladies liées aux mêmes critères d'expositions professionnelles, sans égard aux facteurs de risque personnels
- ❖ Diminuer le seuil de plombémie pour reconnaître une intoxication au plomb
 - En attendant les travaux de mise à jour par le futur CSMP et ceux du RSPSAT, à la lumière des connaissances scientifiques les plus récentes, ce seuil ne devrait pas dépasser 400 µg/L (1,93 µmol/L)
- ❖ Changer le libellé l'item suivant pour répondre au critère d'exposition au bruit (PL59 art. 238, Annexe A, Atteinte auditive causée par le bruit) : « ...un travailleur peut être exposé à plus de 85 dB(A) même s'il n'utilise pas directement « de matériel connu pour produire des niveaux sonores supérieurs à 85 dB(A), tels qu'une scie mécanique ou des outils à percussion hydrauliques; »

- Dans les faits, les sources de bruit sont souvent multiples et peuvent exposer tous les travailleurs d'un département, même à des postes de travail qui n'utilisent pas directement du « matériel » bruyant;
- Cet item devrait être modifié dans le sens suivant : « Avoir exercé un travail impliquant une exposition à un niveau de bruit de plus de 85 dB(A) est démontré par : [...] un poste de travail ou des tâches dans un milieu de travail connu pour avoir des niveaux sonores élevés >85dB(A).

Autres éléments à modifier et à considérer

- ❖ Prévoir des incitatifs pour l'employeur qui met en place les mesures préventives appropriées et des amendes ou autres conséquences significatives s'il refuse ou tarde à les mettre en place
- ❖ Ajouter l'obligation pour l'employeur de déclarer toutes les lésions professionnelles, à l'instar d'autres juridictions.

Mot de la fin

Malgré ses promesses d'amélioration sur divers aspects, l'adoption du projet de loi no. 59 dans sa forme actuelle entrainera des reculs dans la capacité du régime public québécois à protéger la santé des travailleurs. Sans prétendre avoir toutes les solutions, je suis persuadé que les recommandations présentées dans ce mémoire sont nécessaires et sont susceptibles de contribuer à augmenter significativement le potentiel d'amélioration anticipé par le PL59.

Si, dans les lois encadrant le régime de santé et sécurité du travail du Québec, le législateur ne confie pas aux bonnes instances les responsabilités en fonction des expertises et ne prévoit pas les mécanismes adéquats et suffisants de gouvernance et de reddition de compte à tous les niveaux, l'employeur, en collaboration avec les travailleurs, aura plus de difficultés à assumer sa responsabilité de protéger la santé des travailleurs de façon adéquate et efficace. Ainsi, les maladies professionnelles évitables, qui continueront de survenir, augmenteront le fardeau de souffrance, avec des pertes de productivité, et les coûts pour la société, dont une partie seulement est couverte par la CNESST. En effet, selon la VGQ (2019), « les coûts globaux des lésions professionnelles, y compris les coûts dits « humains » qui proviennent essentiellement de la valeur associée au changement de la qualité de vie du travailleur et de son entourage, représentent en réalité une somme 2,6 fois plus élevée que les coûts financiers. »

Le but ultime, l'enjeu central est de créer une véritable culture de santé et sécurité dans tous les milieux de travail au Québec. Dans de grands dossiers, la santé publique a été leader et a contribué grandement à des changements sociétaux : alcool au volant, tabagisme. Le défi collectif est d'en arriver aux mêmes changements de fond au regard de la santé et la sécurité du travail au Québec. Il faut éviter de donner l'impression qu'il suffit de se conformer aux règlements, d'éviter de se faire prendre en défaut ou de chercher à minimiser les coûts pour atteindre les objectifs. Le PL59 est une occasion unique pour cheminer collectivement, et dans chaque entreprise, vers une véritable adhésion au bien-fondé et aux avantages individuels et collectifs à déployer les meilleurs moyens préventifs existants pour protéger la santé des travailleurs. Cette valeur sociétale doit arriver au même titre que cette volonté d'une majorité des entreprises qui ont à cœur de produire des biens et de donner des services de qualité optimale à leurs clients, souvent de calibre international.

Afin de contribuer avec son plein potentiel, le législateur doit permettre au RSPSAT de jouer son rôle de leadership et d'expertise en matière de santé au travail. Bien sûr, ce rôle s'exercera en étroite collaboration avec la CNESST, ainsi qu'avec toutes les parties prenantes du réseau de santé au travail du Québec notamment l'IRSST, les associations sectorielles paritaires, les associations patronales et syndicales, les universités.

Pour cheminer vers un tel changement sociétal, les grandes responsabilités confiées à l'employeur doivent être assorties d'obligations, encadrées par les acteurs publics les plus appropriés, avec des balises claires. L'employeur et les travailleurs doivent avoir l'accès à de l'information et à du soutien de qualité.

Merci d'avoir pris le temps de prendre connaissance de mes propos. En espérant le tout utile à votre réflexion et au débat démocratique, en vue d'une meilleure protection de la santé des travailleurs du Québec.

Pierre Deshaies, MD, MSc, CSPQ, FRCPC
pierre.deshaies.med@ssss.gouv.qc.ca

Annexe 1

Ces données portent sur les nouveaux cas de surdité professionnelle acceptés annuellement par la CNESST. Elles sous-estiment le portrait réel de l'épidémie de surdité professionnelle au Québec. En effet, les cas de travailleurs qui n'ont pas produit de réclamation ou dont la réclamation a été refusée par la CNESST ou suite à une contestation judiciaire ne sont pas inclus. À ma connaissance, aucune information n'existe sur l'ampleur de cette sous-estimation.

Répartition des surdités professionnelles (progressives) acceptées par la CNESST par année et taux d'incidence annuel
Ensemble du Québec, 1997 à 2018.

Année de la lésion	Nombre de cas	Population de 15 ans et plus	Taux pour 100 000
1997	1 540	5 909 232	26,1
1998	1 722	5 944 110	29,0
1999	1 753	5 988 258	29,3
2000	1 994	6 037 003	33,0
2001	2 267	6 090 726	37,2
2002	2 397	6 142 241	39,0
2003	2 524	6 192 725	40,8
2004	2 364	6 251 065	37,8
2005	2 475	6 313 207	39,2
2006	2 674	6 381 276	41,9
2007	2 964	6 455 300	45,9
2008	3 363	6 531 083	51,5
2009	3 810	6 613 406	57,6
2010	4 341	6 699 055	64,8
2011	4 321	6 771 708	63,8
2012	4 672	6 818 832	68,5
2013	5 609	6 855 745	81,8
2014	6 662	6 882 466	96,8
2015	7 843	6 897 747	113,7
2016	8 472	6 933 956	122,2
2017	9 741	6 993 196	139,3
2018	12 007	7 063 765	170,0
TOTAL	95 515		

Moyenne 2010-2018 **7 074**

Notes:

Source(s) de données :

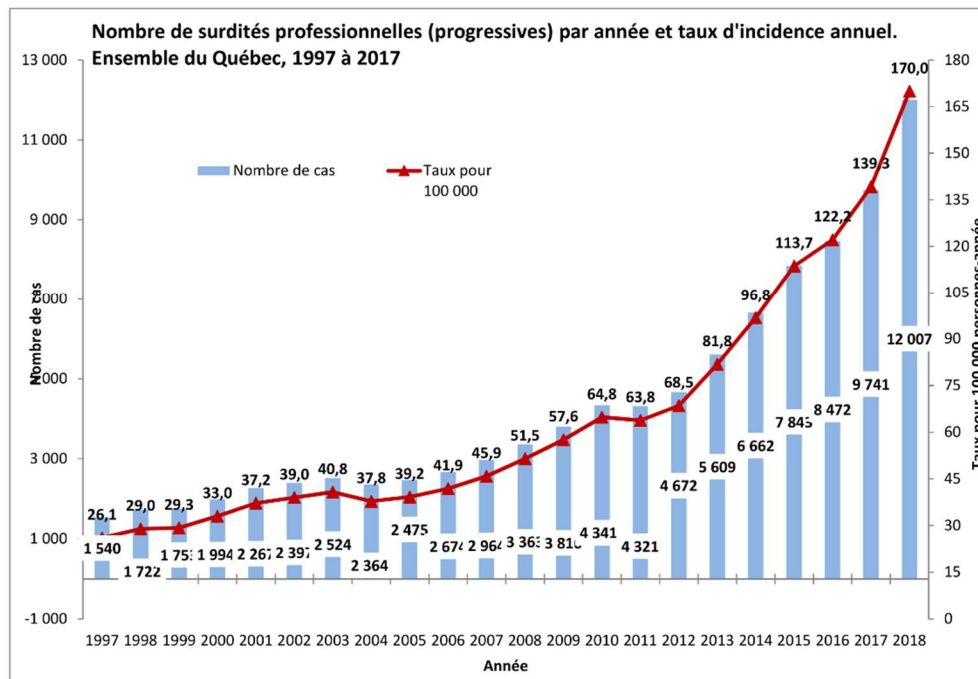
- Fichier des lésions professionnelles, Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST).

Rapport produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), le 10 décembre 2020 à 14:37

Mise à jour de l'indicateur le 8 décembre 2020.

- Population de 15 ans et plus. Source : Institut de la statistique du Québec et MSSS 24 avril 2020. Page Internet : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/35:35>

MAJ: 2020/12/21; RM, INSPQ, Direction des risques biologiques et de la santé au travail



Source : [Répartition des surdités professionnelles \(progressives\) acceptées par la CNESST par année et taux d'incidence annuel. Ensemble du Québec, 1997 à 2018](#), [Portail du Réseau de santé publique en santé au travail du Québec \(RSPSAT\)](#), Dossier Bruit et surdité.

Annexe 2

Extraits choisis du rapport *Recherche, validation et mesure de certains indicateurs pouvant permettre l'amélioration du projet de règlement pour le retrait préventif des travailleurs exposés au plomb* rédigé par Ada Vyskocil, Claude Viau et Jules Brodeur en 1992, présenté à la CSST

**RECHERCHE, VALIDATION ET MESURE DE CERTAINS INDICATEURS
POUVANT PERMETTRE L'AMÉLIORATION DU PROJET DE RÈGLE-
MENT POUR LE RETRAIT PRÉVENTIF DES TRAVAILLEURS EXPOSÉS
AU PLOMB.**

Rapport présenté à la C.S.S.T.

par

**Ada Vyskocil
Claude Viau
Jules Brodeur**

Département de médecine du travail
et hygiène du milieu
Université de Montréal

Rapport déposé le 2 septembre 1992

1. INTRODUCTION

La Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST), en vertu d'un contrat signé le 24 mars 1992, a accordé à une équipe de l'Université de Montréal le mandat d'examiner si son projet de règlement sur le retrait préventif à l'égard du plomb rédigé en janvier 1983 reflète toujours l'état actuel des connaissances scientifiques sur ce contaminant. L'équipe du Département de médecine du travail et hygiène du milieu est formée de Messieurs Ada Vyskocil, Ph.D., chercheur invité, Claude Viau, D.Sc., professeur agrégé et Jules Brodeur, M.D., Ph.D., professeur titulaire. L'approche proposée par cette équipe comportait trois phases principales, soit l'examen de la littérature scientifique pertinente, la rencontre d'intervenants du réseau québécois de santé et de sécurité du travail et la rencontre de personnes ressources d'organismes non québécois, tels que le NIOSH ou le B.I.T.

Étant donné que l'objet principal de notre mandat concernait une mise à jour des connaissances scientifiques sur le plomb depuis la rédaction du projet de règlement, nous nous sommes concentrés sur la littérature des 10 dernières années. De plus, à cause de l'abondance des données, nous avons estimé pertinent de limiter notre examen aux données humaines. Les principales sources d'informations bibliographiques auxquelles nous avons eu recours sont le Répertoire toxicologique (et le Centre de documentation) de la CSST à Montréal, la banque POLTOX^R (Cambridge Scientific Abstracts, Bethesda, MD), les "Current Contents" (jusqu'au 3 août 1992), de même que les publications et rapports envoyés par nos correspondants. Quelque 1000 titres et résumés de publications ont fait l'objet d'une première lecture. De ce nombre, environ 350 publications ont été scrutées attentivement et les travaux de 219 de ces dernières sont rapportés dans le présent document. Nous avons écrit aux autorités

compétentes de chaque province et territoire canadiens, de même qu'au National Occupational Health and Safety Commission de l'Australie, à la University of Occupational and Environmental Health du Japon, à la Communauté économique européenne, au Département des conditions et du milieu de travail du Bureau international du travail à Genève, au Centre d'information du plomb en France, au Ministère du travail en France, à la International Lead and Zinc Organization aux États-Unis et à la Commission for the Investigation of Health Hazards of Chemical Compounds in the Work Area en Allemagne. Nous demandions à ces organismes une copie de leur réglementation, de leurs lignes directrices ou de leurs recommandations, selon le cas.

Nous avons organisé deux rencontres avec des médecins et des spécialistes québécois les 27 mai et 9 juin 1992. Les personnes suivantes ont participé à l'une ou l'autre de ces rencontres: Maurice Caron (D.S.C. Verdun), Serge Lecours (Clinique toxicologique de Montréal), Gabriel Léonard (Institut neurologique de Montréal), Alain Messier (D.S.C. Haut-Richelieu), Louise Meunier (D.S.C. Verdun), Lucie Morissette (C.L.S.C. Kateri), Robert Plante (D.S.C. C.H.U.L.), Alain Ptito (Institut neurologique de Montréal) et Jean-Paul Robin (Minéraux Noranda Inc.). Les objectifs de ces rencontres étaient d'obtenir l'opinion scientifique de ces intervenants et de nous assurer que nos éventuelles recommandations seraient considérées réalistes par les personnes en contact avec le "terrain".

Par ailleurs, plusieurs experts internationaux ont été consultés. Ainsi, A. Vyskocil et C. Viau ont rencontré P. Seligman, M. Prince, H. Bialkowsky-Nagy et S. Galson du National Institute for Occupational Safety and Health à Cincinnati le 16 juin 1992, J. Brodeur a discuté avec

P. Grandjean de l'Institute of Community Health, Odense University (Danemark) lors du congrès de l'IUTOX à Rome le 28 juin 1992, et C. Viau a rencontré R. Lauwerys de l'Unité de toxicologie industrielle, Université catholique de Louvain, à Bruxelles le 8 juillet 1992. Enfin, M.R. Zavon de l'American Conference of Governmental Industrial Hygienists a été contacté par téléphone le 15 juillet 1992.

Si l'ensemble de la littérature scientifique et les avis des experts nous ont conduits vers un choix clair d'un indicateur biologique d'exposition au plomb, la recommandation d'une valeur seuil fut une tâche plus ardue. C'est un examen rigoureux des preuves scientifiques de la nocivité du plomb à divers niveaux d'exposition teinté d'une bonne dose de réalisme qui nous a amenés à la recommandation que nous faisons dans ce rapport. Par ailleurs, le rythme soutenu de production de nouveaux articles scientifiques sur les relations dose-effet et dose-réponse suggère qu'il faut dès maintenant envisager une mise à jour des connaissances sur une base au moins quinquennale. Enfin, une des questions importantes qui nous étaient adressées concerne la fréquence de contrôle des paramètres de surveillance biologique. Nous y avons répondu en nous appuyant, là aussi, sur les données de la littérature scientifique. Une recherche spécifique sur cet aspect cinétique qui s'appuierait sur une approche méta-analytique de la littérature permettrait, vraisemblablement, de répondre plus complètement à cette question.

En terminant, signalons que nous avons adopté le $\mu\text{g/L}$, plutôt que la $\mu\text{mol/l}$, pour exprimer les plombémies afin, d'une part, d'éviter de convertir toutes les données de la littérature dans

ce dernier système et, d'autre part, de faciliter la lecture aux scientifiques, plus familiers avec le premier système.

7. RÉPONSES AUX QUESTIONS DE LA CSST

7.1 Le retrait du travailleur exposé au plomb

Nous recommandons d'effectuer le retrait du travailleur exposé au plomb à partir du moment où la plombémie atteint 400 $\mu\text{g/L}$.

L'examen de la littérature scientifique publiée à ce jour montre très clairement que le seuil d'apparition d'effets neurotoxiques se situe à des valeurs de plombémie aux environs de 400 $\mu\text{g/L}$ chez l'adulte. Il existe en plus une très forte évidence que le seuil d'apparition d'effets néphrotoxiques se situe également aux environs de 400 $\mu\text{g/L}$. En ce moment, il n'existe pas d'évidence scientifique permettant d'assimiler à des effets nocifs sur l'organisme humain certaines altérations biochimiques au niveau du système sanguin ou certaines modifications fonctionnelles au niveau du système nerveux périphérique, qui peuvent se manifester à des niveaux de plombémie inférieurs à 400 $\mu\text{g/L}$. De même, en dépit du fait qu'il semble exister une relation entre l'exposition au plomb et une augmentation de la pression artérielle à partir de taux de plombémie relativement faibles, il ne nous apparaît pas opportun de retenir cette information au même titre que d'autres, le lien causal entre l'exposition au plomb et l'augmentation de la pression artérielle n'étant pas, selon nous, suffisamment établi.

7.2 La réaffectation du travailleur durant le retrait

Nous recommandons qu'en aucun moment, durant le retrait, le travailleur soit réaffecté à un poste où il y a exposition au plomb.

La justification de cette recommandation est essentiellement d'ordre cinétique et s'appuie sur l'observation que la chute de la plombémie, consécutive à l'interruption de l'apport d'origine professionnelle, est contrée, en partie du moins, par deux facteurs qui tendent à faire augmenter la plombémie: la redistribution du plomb à partir des compartiments tissulaires profonds vers le compartiment central qu'est le sang et l'apport exogène dû à l'exposition environnementale inévitable. Il importe donc, à ce moment, de ne pas ralentir davantage la chute de la plombémie par une exposition professionnelle additionnelle, si minime soit-elle.

7.3 La réintégration du travailleur en retrait

Nous recommandons la réintégration du travailleur au moment où la plombémie aura atteint une valeur inférieure à 250 $\mu\text{g/L}$, tel qu'établi à la suite de deux plombémies consécutives.

Compte tenu du fait que l'exposition environnementale inévitable de la population générale contribue à la plombémie d'un adulte une valeur de l'ordre de 50 à 100 $\mu\text{g/L}$, un retour de la plombémie sous la valeur 250 $\mu\text{g/L}$ représente une diminution de 40 à 50 % de la contribution professionnelle à la plombémie. Ce facteur de diminution est un peu plus exigeant que celui requis par d'autres instances qui se sont donné des politiques de retrait et de réintégration, et ce pour des valeurs de retrait de 600 ou 700 $\mu\text{g/L}$. Nous croyons qu'une valeur de plombémie inférieure à 250 $\mu\text{g/L}$ pour la réintégration est celle qui permettra une vidange du plomb suffisamment importante pour éviter un trop rapide retour vers la valeur de retrait, une fois repris le travail en milieu d'exposition au plomb.

7.4 Le milieu biologique à privilégier pour mesurer l'exposition au plomb

Nous recommandons d'utiliser la détermination du plomb dans le sang comme seule mesure biologique de l'exposition au plomb.

De tous les tests susceptibles de mesurer l'exposition au plomb, la plombémie est celui qui répond le mieux aux besoins de surveillance biologique de l'exposition, dans le cadre d'une politique portant sur le retrait et la réintégration du travailleur exposé. Partout dans le monde, la plombémie occupe le premier rang des tests de mesure de l'exposition au plomb. Enfin, dans le cas d'une politique de retrait et de réintégration à des valeurs de plombémie établies respectivement à 400 et 250 $\mu\text{g/L}$, il est bien connu qu'aucun autre test ne possède à la fois la sensibilité et la fiabilité requises pour bien quantifier l'exposition dans cette fourchette.

En ce qui a trait à la fréquence des mesures de plombémie, voici notre recommandation:

- a) faire une plombémie à l'embauche, et une autre 3 mois plus tard;
- b) par la suite, pour tout travailleur, la fréquence sera fonction de la valeur de la plombémie la plus récente:
 - si celle-ci se situe entre 100 et 200 $\mu\text{g/L}$, répéter après 6 mois;
 - si elle se situe entre 200 et 300 $\mu\text{g/L}$, répéter après 3 mois;
 - si elle se situe entre 300 et 400 $\mu\text{g/L}$, répéter après 1 mois;
 - si elle se situe au-delà de 400 $\mu\text{g/L}$, effectuer le retrait.

Nous rappelons qu'il s'agit là d'intervalles maximaux suggérés; le médecin peut intervenir selon le contexte clinique d'exposition et de réponse à l'exposition;

- c) pour le travailleur en retrait, faire une plombémie 1 mois après le retrait. Par la suite, la fréquence sera celle jugée utile par le médecin, mais à des intervalles qui ne seront pas supérieurs à 3 mois.

7.5 L'exposition des travailleurs en âge de procréer

En raison du risque bien documenté encouru par l'enfant présentant une plombémie supérieure à 100 µg/L et du risque potentiellement encore plus considérable encouru par le fœtus, il nous apparaît dangereux et déraisonnable qu'une femme en âge de procréer et qui a l'intention d'avoir des enfants soit exposée au plomb de façon professionnelle.

Quant aux hommes, les données de la littérature indiquent qu'un seuil de retrait à 400 µg/L assure une protection adéquate du système reproducteur mâle.

Nous recommandons l'instauration d'une politique d'information à l'intention des travailleuses concernant les effets nocifs potentiels et connus du plomb chez le fœtus et l'enfant, ainsi que l'instauration d'une politique de formation spécifique des professionnels de la santé chargés de la surveillance des travailleurs exposés au plomb.

7.6 La révision de la valeur limite d'exposition au plomb

A la lumière de notre recommandation d'effectuer le retrait du travailleur exposé au plomb à partir du moment où la plombémie atteint 400 $\mu\text{g/L}$,

nous recommandons de réviser la valeur limite d'exposition au plomb dans l'air du milieu de travail.

La mise en relation des valeurs de plombémie et celles des concentrations d'exposition au plomb dans l'air ambiant, déjà présentée au chapitre 5, montre très clairement qu'il faudra abaisser de façon substantielle la valeur limite actuelle d'exposition au plomb.

7.7 L'estimation du temps moyen de recouvrement nécessaire au travailleur en retrait

Il est impossible d'établir une règle générale permettant d'estimer avec précision le temps moyen de recouvrement. Des calculs sommaires, basés sur des scénarios d'exposition réalistes, permettent d'estimer des intervalles vraisemblables quant à la durée du retrait: pour une réduction de plombémie de 400 à 250 $\mu\text{g/L}$, ces intervalles pourraient s'établir de 1 mois à plus de 7 mois selon la durée de l'exposition au plomb.

Les progrès récents de la simulation toxicocinétique à base physiologique laissent toutefois entrevoir que des modèles cinétiques pourraient dès maintenant être développés pour mieux répondre à cette question.

Références

Agence nationale de sécurité sanitaire (ANSES). Expositions au plomb : effets sur la santé associée à des plombémies inférieures à 100 µg/L. 2013.

Agency for Toxic Substances and Disease Registry (ATSDR). Toxicological Profile for Lead. [En ligne]. 2007. Disponible à : <https://www.atsdr.cdc.gov/ToxProfiles/tp13.pdf>

European Food Safety Authority (EFSA). « Lead in Food ». 2010. Disponible à : <https://www.efsa.europa.eu/fr/efsajournal/pub/1570>

Flora G., Gupta D., Tiwari A. « Toxicity of lead: a review with recent updates ». Interdiscip. Toxicol. [En ligne]. 2012. Vol. 5, n°2. Disponible à : <https://doi.org/10.2478/v10102-012-0009-2>

Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives, World Health Organization (éd.). Evaluation of certain food additives and contaminants: seventy-third report of the Joint FAO/WHO Expert Committee on Food Additives. Geneva, Switzerland : World Health Organization, 2011. 226 p. (WHO technical report series, 960) ISBN : 978-92-4-120960-1.

Lebeau M, Duguay P, Boucher A (2014). Les coûts des lésions professionnelles au Québec, 2005-2007 (version révisée) Rapport R-769, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)

Michel C, Funès A, Martin R, Fortier P, Girard SA, Deshaies P, St-Cyr JP, Tremblay I, Gagné M. (2014). Portrait de la surdité professionnelle acceptée par la Commission de la santé et de la sécurité du travail au Québec : 1997-2010. Institut national de santé publique du Québec; 87 p. [En ligne].
http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1770_Portrait_Surdite_Professionnelle.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Seuils de déclaration par les laboratoires – Substances chimiques. [En ligne]. 2016. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001786/>

National Toxicology Program. NTP Monograph on Health Effects of Low-Level Lead. 2012. Disponible à : https://ntp.niehs.nih.gov/ntp/ohat/lead/final/monographhealtheffectslowlevellead_newissn_508.pdf

Organisation mondiale de la santé (OMS). Intoxication au plomb et santé. [En ligne]. 2017. Disponible à : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs379/fr/>

Santé Canada. Stratégie de gestion des risques pour le plomb. [En ligne]. 2013. Disponible à : http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/alt_formats/pdf/pubs/contaminants/prms_lead-psgr_plomb/prms_lead-psgr_plomb-fra.pdf

Tossavainen, A. (1997). Asbestos, asbestosis, and cancer: the Helsinki criteria for diagnosis and attribution. *Scand J Work Environ Health*, 23(4), 311-6

United States Environmental Protection Agency (EPA). Integrated Science Assessment for Lead. 2014.

Vérificateur général du Québec (VGQ). (2015, mai). Rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2015-2016 : Vérification de l'optimisation des ressources (Chap. 4 : Lésions professionnelles : indemnisation et réadaptation des travailleurs). https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/2015-2016-VOR-Printemps/fr_Rapport2015-2016-VOR%20-%20Printemps.pdf

Vérificateur général du Québec (VGQ). (2019, mai). Rapport du vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2019-2020 : Rapport du Commissaire du développement durable (Chap. 3 : Prévention en santé et en sécurité du travail). https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-cdd/2019-2020-CDD-mai2019/fr_Rapport2019-2020-CDD-mai2019.pdf

Wolff H, reporter, Vehmas T, Oksa P, Rantanen J, Vainio H. (2014). *Asbestos, Asbestosis, and Cancer : Helsinki Criteria for Diagnosis and Attribution 2014: recommendations*. Finnish Institute of Occupational Health.