

# MÉMOIRE

DÉPOSÉ AUX MEMBRES DU GROUPE DE TRAVAIL  
CRÉÉ PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION DE LA  
COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL  
ET PRÉSIDÉ PAR MONSIEUR VIATEUR CAMIRÉ

Le 1<sup>er</sup> mars 2010

## Régime québécois de santé et de sécurité du travail

FÉDÉRATION  
INTERPROFESSIONNELLE  
DE LA SANTÉ DU QUÉBEC



RESPONSABILITÉ POLITIQUE

Élaine Trottier, 6<sup>e</sup> vice-présidente

Responsable politique du secteur Santé et Sécurité du travail

COORDINATION

Julie Bouchard,

Coordonnatrice, secteurs et services

RÉDACTION

Hélène Caron

Roxanne Michaud

Conseillères syndicales, secteur Santé et Sécurité du travail

SECRÉTARIAT

Luce Dessureault

Secrétaire, secteurs et services

# Table des matières

AVANT-PROPOS.....	1
INTRODUCTION .....	4
LA LOI SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL et ses règlements.....	6
Reconnaissance, par décret gouvernemental, du secteur de la santé et des services sociaux comme groupe prioritaire : il est grandement temps d'agir! .....	6
Maintien dans son intégralité du programme <i>Pour une maternité sans danger de la CSST</i> et adoption d'une approche de gestion participative intégrée.....	16
• Engagement de la CSST à modifier son formulaire et sa politique.....	24
Intégration explicite de la notion de santé mentale ou psychologique dans la LSST et identification des risques psychosociaux au travail .....	28
Amélioration de l'accessibilité au service d'inspection de la CSST pour les professionnelles en soins exposées à un danger : inclusion dans la Loi d'un mécanisme particulier de prévention .....	40
LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES et ses règlements.....	45
INDEMNISATION juste et équitable des victimes de lésions professionnelles .....	45
• Abolition de la mesure fiscale de redressement des IRR .....	45
• Cessation du préjudice subi quant au régime de rentes du Québec.....	49
• Obtention d'une décision détaillée sur le calcul de l'IRR.....	52
RÉADAPTATION optimale des victimes.....	57
• Le processus de réadaptation et le droit de retour au travail : d'abord et avant tout chez l'employeur.....	57
• Prise en considération par la CSST et la CLP de l'obligation d'accommodement de l'employeur en matière de réadaptation et de droit de retour au travail.....	63
• Reconnaissance dans la LATMP de la compétence complémentaire de l'arbitre de griefs eu égard à la capacité de la victime de réintégrer un emploi chez l'employeur .....	70
• Intégration explicite de la notion de retour au travail progressif dans la LATMP.....	78
• Détermination par la CSST d'un réel emploi convenable pour la victime .....	81
PROCESSUS D'ÉVALUATION MÉDICALE ET BEM : respect des droits, de la condition médicale et de la dignité des victimes .....	86
CONCLUSION.....	97
LISTE DES RECOMMANDATIONS DE LA FIG.....	100



# Avant-propos

La Fédération interprofessionnelle de la santé du Québec – FIQ est une organisation syndicale qui regroupe 58 000 professionnelles<sup>1</sup> en soins infirmiers et cardiorespiratoires à l'œuvre dans 164 établissements<sup>2</sup> du secteur de la santé et des services sociaux à travers le Québec (secteur SSS). Elle représente la majorité des infirmières, des infirmières auxiliaires, des inhalothérapeutes, des perfusionnistes, des puéricultrices et des gardes-bébés du Québec. Plus de 90 % de ses membres étant des femmes, l'amélioration optimale de leurs conditions de travail fait partie de la mission de la FIQ.

Au nombre de ses mandats, la FIQ assume la représentation de ses membres, non seulement dans le domaine des relations du travail et de l'arbitrage de griefs, mais aussi dans le domaine du droit professionnel et dans celui de la santé et de la sécurité du travail.

À l'aide de son équipe de conseillères et d'avocates spécialisées en santé et en sécurité du travail (SST), la FIQ intervient régulièrement auprès de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) et des instances de révision. Depuis de nombreuses années, la FIQ assure la défense des professionnelles en soins dans le cadre de recours logés à l'encontre des décisions rendues par la CSST, tant à la Direction de la révision administrative de la CSST (DRA) que devant le tribunal administratif de la Commission des lésions professionnelles (CLP). Préalablement à l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> avril 1998, du projet de loi 79 intitulé *Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives*, la FIQ a également représenté des infirmières devant les Bureaux de révision paritaires de la CSST, abrogée depuis lors, ainsi que devant la défunte Commission d'appel en matière de lésions professionnelles (CALP).

---

<sup>1</sup> Le genre féminin inclut aussi le genre masculin, à moins que le contexte ne puisse s'y prêter.

<sup>2</sup> CSSS, CH, CHSLD, CR, CLSC, instituts universitaires, centres d'accueil, etc.

Outre ses interventions liées à la réparation des lésions professionnelles subies par ses membres ainsi qu'à leur réadaptation, la FIQ se préoccupe à maints égards de la santé physique et psychologique, de la sécurité et de l'intégrité des professionnelles en soins dans leur milieu de travail. Elle a toujours fait valoir l'importance primordiale d'agir en prévention dans ce domaine, en amont de la survenance des lésions professionnelles. Elle vise, par ses orientations et ses actions, à sensibiliser les professionnelles en soins à la nécessité d'identifier et d'éliminer à la source les facteurs de risque pouvant être présents dans leur environnement. À cet effet, des sessions de formation en santé et en sécurité du travail sont données par le secteur SST de la FIQ à ses représentantes locales.

De plus, la FIQ siège depuis de nombreuses années au conseil d'administration de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS), et y occupe trois postes d'administratrices. Cette association, constituée en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST), a pour mission de promouvoir la prévention en santé et en sécurité du travail et de soutenir, dans un cadre paritaire, le personnel des établissements du secteur SSS par des services-conseils et des activités d'information, de formation, de recherche et de développement.<sup>3</sup>

La FIQ attache une très grande importance au programme *Pour une maternité sans danger* (PMSD) de la CSST étant donné qu'elle représente une très vaste majorité de femmes. Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite est, à son avis, une mesure de prévention essentielle pour la protection des professionnelles en soins enceintes. En raison des différents dangers inhérents à leurs conditions de travail et de leurs graves répercussions largement démontrées sur leur enfant à naître ou pour elles-

---

<sup>3</sup>Le site Internet de l'ASSTSAS peut être consulté à l'adresse : [www.asstsas.qc.ca/FRANCAIS/accueil.html](http://www.asstsas.qc.ca/FRANCAIS/accueil.html)

mêmes, la FIQ se prononce en faveur du maintien intégral de ce programme de prévention.

Enfin, la FIQ est convaincue que la réduction du nombre de lésions professionnelles (accidents du travail et maladies professionnelles) dans le secteur de la santé passe nécessairement par une action concertée du milieu visant la protection optimale du personnel et par l'implantation de véritables mécanismes de prévention efficaces dans tous les établissements du réseau.

# Introduction

## 4

La FIQ remercie d'emblée les membres du Groupe de travail sur le régime québécois de santé et de sécurité du travail ainsi que son président, monsieur Viateur Camiré, de lui permettre de présenter à leur intention ses observations et ses recommandations relatives au régime québécois de santé et de sécurité du travail. Selon le site Internet de la CSST<sup>4</sup>, les travaux du comité portent plus particulièrement sur les mécanismes de prévention et tout autre volet de la LSST et de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP).

Soucieuse d'une justice administrative de qualité, accessible, diligente, équitable et respectueuse des droits fondamentaux des travailleuses, c'est en toute connaissance de cause et avec grand intérêt que la FIQ exprime son point de vue sur l'actuel régime québécois de santé et de sécurité du travail. Les 58 000 professionnelles en soins que la FIQ représente sont directement concernées par la présente réflexion puisqu'elles sont des *travailleuses* au sens des deux lois québécoises précédemment mentionnées, la LSST et la LATMP.

Depuis l'adoption en décembre 1979 de la toute première loi de prévention au Québec, la LSST, puis en août 1985 de la LATMP en matière d'indemnisation et de réparation des lésions professionnelles et de leurs conséquences pour les bénéficiaires, le régime québécois de santé et de sécurité du travail a connu quelques réformes partielles touchant principalement la LATMP. Malgré les coûts financiers et humains considérables générés par les accidents du travail et les maladies professionnelles au cours des 30 dernières années, la FIQ déplore que ces réformes du régime n'aient pas incité davantage ni convaincu les employeurs du Québec à investir en prévention.

---

<sup>4</sup> [www.csst.qc.ca/portail/fr/lois\\_politiques/groupe detravailsst.htm](http://www.csst.qc.ca/portail/fr/lois_politiques/groupe detravailsst.htm)

De plus, la FIQ ne peut passer sous silence le fait que le secteur SSS n'est toujours pas reconnu comme étant un groupe prioritaire aux fins de la LSST, faisant en sorte que la prévention de la santé et de la sécurité au travail des professionnelles en soins dans les établissements de santé relève, à l'heure actuelle, du pouvoir discrétionnaire des employeurs voire de leur bonne volonté.

La FIQ désire également exprimer des commentaires sur la problématique liée à l'accessibilité du service prévention-inspection de la CSST pour les professionnelles en soins exposées à un danger pour leur santé, leur sécurité ou leur intégrité dans le cadre de l'exécution de leur travail. L'effet combiné de l'application de leur code de déontologie et des exceptions prévues à l'article 13 de la LSST rend pratiquement inapplicable l'exercice de leur droit de refus d'exécuter un travail dans un contexte dangereux.

La FIQ suggère par ailleurs d'intégrer dans la LSST la notion de santé psychologique ou mentale en faisant les adaptations nécessaires. Elle recommande aussi de maintenir dans son intégralité le programme PMSD de la CSST pour une protection adéquate de toutes les travailleuses enceintes du Québec.

Quant à la LATMP, la FIQ milite pour une indemnisation juste et équitable des travailleuses victimes de lésions professionnelles, pour une réadaptation optimale de celles-ci et pour une procédure d'évaluation médicale, incluant le Bureau d'évaluation médicale (BEM), respectueuse des droits et de la condition médicale des travailleuses.

## LA LOI SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL (LSST) ET SES RÉGLEMENTS

**Reconnaissance, par décret gouvernemental, du secteur de la santé et des services sociaux comme groupe prioritaire : il est grandement temps d'agir!**

### ***La prévention paie***

*La bonne nouvelle, c'est que les statistiques, aussi bien pour les pays développés que pour les économies émergentes, montrent que là où des mesures de prévention ont été mises en place suffisamment longtemps, on enregistre un recul significatif des accidents du travail et des maladies professionnelles et donc une réduction considérable des coûts.<sup>5</sup>*

Trente ans après l'adoption de la LSST, pas moins de 85 % des travailleuses et des travailleurs du Québec ne sont toujours pas couvert-e-s par l'ensemble des mécanismes paritaires de prévention prévus à cette Loi et à ses règlements. Les travailleuses du secteur SSS, lequel inclut les professionnelles en soins représentées par la FIQ, font malheureusement partie de ce pourcentage. Outre le droit de refus d'exécuter un travail dangereux, l'intervention d'un inspecteur et le retrait préventif, les professionnelles en soins sont, en matière de prévention des lésions professionnelles, à la merci de la bonne volonté des employeurs et des moyens de prévention choisis par ces derniers pour atteindre l'objectif de la Loi.

---

<sup>5</sup> *Une vision dynamique de la prévention : L'Association internationale de la sécurité sociale (AISS), Organisation internationale du Travail - OIT, Bureau international du Travail - BIT, TRAVAIL le magazine de l'OIT, n° 63, août 2008, p.12-17, à la p.13, article accessible en ligne à l'adresse suivante : [www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms\\_099374.pdf](http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---dcomm/documents/publication/wcms_099374.pdf)*

Or, dans le secteur SSS, les travailleuses sont confrontées à des dangers de tous genres (ergonomiques, biologiques, chimiques, physiques et psychosociaux) qui présentent un risque bien réel pour leur santé, leur sécurité et leur intégrité, tant sur le plan physique que psychologique. À titre d'illustration, voici une histoire pas si lointaine qui mérite d'être rappelée à la mémoire et qui démontre à quel point les travailleuses de ce secteur sont vulnérables aux divers dangers présents dans leur milieu de travail, dangers qui la plupart du temps sont insidieux. Bien que les événements se soient déroulés en Ontario, un scénario semblable aurait tout aussi bien pu survenir au Québec.

Au printemps 2003, l'Ontario fut frappé par une tragédie, le syndrome respiratoire aigu sévère communément appelé SRAS. Cette maladie auparavant inconnue, causée par un nouveau virus grippal très virulent, s'est propagée à une vitesse vertigineuse dans 26 pays, sur cinq continents, infectant plus de 8 500 personnes et tuant environ 900 d'entre elles. La région ontarienne du Grand Toronto a été durement touchée par cette épidémie de SRAS, paralysant complètement le système de santé et faisant de nombreuses victimes. Les répercussions sur le personnel de la santé ont été dramatiques. Plus de 40 % des personnes atteintes par cette maladie travaillaient dans le secteur de la santé et le quart d'entre elles étaient des professionnelles en soins. Trois en sont décédées, dont deux infirmières de Toronto, Nelia Laroza et Tecla Lin.

Les travailleuses de la santé ont dû intervenir dans des conditions physiques, psychologiques et sociales extrêmement difficiles, confrontées à un terrible dilemme entre la protection de leur santé et leur devoir professionnel. Le fait que des collègues et des proches pouvaient se trouver parmi les patient-e-s était une source additionnelle de stress et d'anxiété. Plusieurs d'entre elles ont notamment connu la mise en quarantaine, l'isolement social et familial, le port constant d'un masque à la maison comme au travail. Elles vivaient dans la crainte quotidienne de propager cette mystérieuse infection à leurs proches, à leurs collègues ou

de mourir de cette maladie fatale. Le Québec a été épargné par cette épidémie, mais il s'en est fallu de peu pour qu'elle traverse la frontière<sup>6</sup>.

La commission ontarienne, présidée par le juge Archie Campbell, chargée d'enquêter sur cette épidémie de SRAS a blâmé sévèrement les autorités ontariennes en concluant qu'elles n'avaient pas protégé adéquatement le personnel de la santé. Dans son rapport final publié le 9 janvier 2007, elle a émis le constat suivant :

*« Les hôpitaux sont des milieux de travail dangereux, comme les mines et les usines, mais ils n'ont pas la culture de base en matière de sécurité et ne disposent pas des systèmes de sécurité au travail que l'on exige et que l'on accepte depuis de nombreuses années dans les mines et les usines de l'Ontario (...) »<sup>7</sup>.*

Cette affirmation pourrait fort bien s'appliquer aux établissements de santé du Québec, notamment en raison de l'absence d'assujettissement des employeurs du secteur SSS aux dispositions réglementaires de la LSST relatives aux mécanismes paritaires de prévention.

En effet, l'article 2 de cette Loi qui a pour objet l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleur-euse-s, stipule à son 2<sup>e</sup> alinéa :

---

<sup>6</sup> *Alerte! Aux infections barbares! Prenez toutes vos précautions*, dépliant produit par la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec – FIIQ (devenue FIQ depuis décembre 2006), mai 2004, accessible en ligne sur le site Internet de la FIQ à l'adresse : [www.fiqsante.qc.ca/documents\\_publications/documents/sst2004\\_depliant\\_f.pdf](http://www.fiqsante.qc.ca/documents_publications/documents/sst2004_depliant_f.pdf)

<sup>7</sup> Rapport de la *Commission d'enquête sur le SRAS – Le printemps de la frayeur*, présidée par le juge Archie Campbell, décembre 2006, 61 pages, p.13 du résumé ou p.18/61, accessible en ligne sur le site Internet du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario à l'adresse : [www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry\\_reportsf/campbell06f/vol1chp1f.pdf](http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/pubf/ministry_reportsf/campbell06f/vol1chp1f.pdf)

*Elle (la LSST) établit les mécanismes de participation des travailleurs et de leurs associations, ainsi que des employeurs et de leurs associations à la réalisation de cet objet. (Notre soulignement)*

L'ensemble des dispositions de la LSST ont déjà été analysées par la Cour Suprême du Canada dans l'affaire *Bell Canada c. Québec (CSST)* le 26 mai 1988. Concernant ce 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 2 de la Loi, la Cour est d'avis que le législateur y énonce « le principe d'une cogestion au moins partielle de l'entreprise, cogestion qu'il voudra d'ailleurs paritaire » et que ce principe « est mis en œuvre principalement aux chapitres IV et V relatifs aux comités de santé et de sécurité et au représentant à la prévention ». La Cour conclut donc que « la Loi vise et atteint la gestion et les opérations des entreprises qui sont soumises à son application<sup>8</sup>. » (Notre soulignement)

De plus, la Cour cite un extrait de l'ouvrage *Droit de la santé et de la sécurité du travail – La loi et la jurisprudence commentées* dans lequel les auteurs commentent ainsi ces dispositions de la Loi : « ... *la participation active de toutes les parties engagées, reconnue par l'adoption du principe de la parité, bat en brèche une partie des droits de gérance ancestraux reconnus jusque-là aux employeurs.*<sup>9</sup>

Or, cette cogestion est inexistante dans les établissements de santé du Québec en raison de l'absence d'assujettissement des employeurs du secteur SSS aux mécanismes paritaires de prévention prévus à la LSST et à ses règlements, ce qui contrevient au 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 2 de la Loi.

---

<sup>8</sup> *Bell Canada c. Québec (CSST)* [1988] 1 R.C.S. 749, 138 pages, aux para.172-177 de la p.75 et au para.186 de la p.79. Cette décision est accessible en ligne à l'adresse suivante : <http://csc.lexum.umontreal.ca/fr/1988/1988rcs1-749/1988rcs1-749.pdf>

<sup>9</sup> *Id.*, p.76, para.177, dans lequel la Cour cite un extrait de l'ouvrage suivant : Denis BRADET, Bernard CLICHE, Martin RACINE, France THIBAUT, *Droit de la santé et de la sécurité du travail - La loi et la jurisprudence commentées*, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1986, 300 pages, ISBN 2-89073-567-2.

La FIQ ne peut que spéculer sur les motifs réels ou obscurs qui font que le secteur SSS n'est toujours pas reconnu aujourd'hui comme un groupe prioritaire alors que les statistiques sur les lésions professionnelles démontrent qu'il est grandement temps d'agir en prévention dans ce secteur. Pourquoi les employeurs et leurs associations manifestent-ils tant d'opposition à l'application, dans ce secteur, d'une partie importante de cette loi préventive et de ses règlements? Est-ce en raison des coûts pouvant être générés par la mise en œuvre des mécanismes paritaires de prévention prévus à la Loi? Est-ce plutôt en raison de cette cogestion paritaire qui porte ombrage à certains de leurs droits de gérance dont ils ne veulent pas se départir? Ou bien les deux à la fois?

Quoi qu'il en soit, il est certain que la situation prévalant actuellement dans le secteur SSS en ce qui a trait aux lésions professionnelles en termes de nombre, de gravité et de coûts ne peut plus continuer de la sorte. Des actions concrètes doivent être prises pour développer au sein des établissements de santé une véritable culture de prévention. La CSST a donc un rôle crucial à jouer principalement auprès des employeurs et de leurs associations pour les convaincre que la solution réside avant tout dans une participation active et paritaire du milieu de travail.

À preuve, les données statistiques ci-après mentionnées révèlent l'urgence d'agir en prévention dans le secteur SSS. Selon une étude menée par la CSST faisant appel à l'analyse différenciée selon les sexes, c'est dans le secteur tertiaire (services), secteur à forte concentration de main-d'œuvre féminine (85 %) comme celui des services médicaux et sociaux, que les femmes sont les plus nombreuses à être victimes de lésions professionnelles<sup>10</sup>. Près de 74 % de la main-d'œuvre québécoise travaille aujourd'hui dans le secteur tertiaire, lequel occupe une place de plus en

---

<sup>10</sup> *Les travailleuses québécoises et les lésions professionnelles : où en sommes-nous?*, rapport de la CSST, Direction de la planification stratégique et des relations avec la clientèle, 2006, 75 pages, rapport accessible en ligne sur le site Internet de la CSST à l'adresse : [www.csst.qc.ca/portail/fr/publications/dc\\_300\\_276.htm](http://www.csst.qc.ca/portail/fr/publications/dc_300_276.htm)

plus importante dans le monde du travail<sup>11</sup>. Presque les trois quarts des lésions professionnelles déclarées par les femmes proviennent de ce secteur d'activité. Qui plus est, cette étude révèle que le nombre de lésions professionnelles subies par les femmes comparativement aux hommes, dans l'ensemble des secteurs d'activité économique du Québec, a tendance à augmenter et que le degré de gravité des lésions dont elles sont victimes s'avère plus élevé que celui des lésions subies par les hommes<sup>12</sup>. Ainsi, la participation accrue des femmes sur le marché du travail, depuis les 30 dernières années<sup>13</sup>, apporte une dimension totalement nouvelle en matière de santé et de sécurité du travail dont on se doit de tenir compte dans une perspective de prévention et de réduction de la fréquence, de la gravité et des coûts des lésions professionnelles.<sup>14</sup>

Selon le *Plan d'action de la Commission de la santé et de la sécurité du travail dans le contexte de la politique **Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait** et du plan d'action gouvernemental 2007-2010*<sup>15</sup>, environ

---

<sup>11</sup> Lorraine PICHETTE, « *S'adapter aux nouvelles réalités* », magazine Prévention au travail, IRSST, hiver 2010, p.21-23 : « Le monde du travail évolue à une vitesse folle, au rythme des changements structurels, sociaux, technologiques et environnementaux auxquels la société québécoise fait face. ».

<sup>12</sup> Les données de cette étude de la CSST ont été recueillies entre 2000 et 2002.

<sup>13</sup> Lorraine PICHETTE, *loc. cit.* note 11, p.11 et 62 : Il y a près de 30 ans, les femmes ne représentaient que 25 % de la main-d'œuvre du Québec. Aujourd'hui, le taux d'activité des femmes sur le marché du travail a plus que doublé et se situe à près de 58 %.

<sup>14</sup> « *L'analyse différenciée selon les sexes nous montre (...) la nécessité de poursuivre la sensibilisation des travailleuses au sujet des problèmes de santé physique ou psychologique liés à leur travail, dans un but de prévention des lésions professionnelles et de prise en charge de la santé et de la sécurité du travail par le milieu.* », *Ibid.*, p.62.

<sup>15</sup> *Les engagements de la CSST en matière de **condition féminine**, les connaissez-vous?* – Plan d'action de la Commission de la santé et de la sécurité du travail dans le contexte de la politique **Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait** et du plan d'action gouvernemental 2007-2010, CSST, 2007, document de 37 pages accessible en ligne sur le site Internet de la CSST à l'adresse : [www.csst.qc.ca/NR/rdonlyres/2D81AB21-DA22-473F-8ACC-6147B9F2FBCE/3363/DC\\_200\\_1125\\_4.pdf](http://www.csst.qc.ca/NR/rdonlyres/2D81AB21-DA22-473F-8ACC-6147B9F2FBCE/3363/DC_200_1125_4.pdf)

85 % de la main-d'œuvre féminine québécoise occupe des emplois non réglementés en matière de SST alors que le nombre de lésions professionnelles augmente chez les femmes. Bien que ce plan d'action élaboré par la CSST reconnaisse la nécessité d'adopter des approches en SST adaptées aux spécificités des femmes, les interventions ciblées qui sont envisagées dans ce document paraissent, de l'avis de la FIQ, nettement insuffisantes pour favoriser une réelle prise en charge de la SST dans l'ensemble des établissements du secteur SSS.

Selon un document élaboré par l'ASSTSAS intitulé *Portrait global des lésions professionnelles indemnisées du secteur santé et services sociaux 2000-2007*<sup>16</sup>, le nombre de lésions professionnelles indemnisées pour l'ensemble des secteurs d'activité du Québec a connu, depuis 2003, une baisse de 17 % alors qu'une hausse de 4% est observée pour le secteur SSS. De fait, ce secteur a vu le nombre total de ses lésions professionnelles augmenter de 14 % depuis l'an 2000. Le tronc, incluant les épaules et le dos, est le siège de lésion le plus souvent indemnisé dans le secteur SSS, soit 52 % comparativement à 37 % pour l'ensemble des secteurs du Québec. Les lésions sont principalement reliées à des efforts et à des réactions du corps dans 60 % des cas dans le secteur SSS, par rapport à 37 % pour l'ensemble des secteurs. Les travailleuses du secteur SSS sont également plus nombreuses à être victimes de violence que dans l'ensemble de la main-d'œuvre québécoise.

Selon un rapport sur l'évolution de la tarification des unités de classification des membres de l'Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS), le même son de cloche se fait entendre au sujet de la contre-performance du réseau. De fait, les coûts relatifs à la CSST sont

---

<sup>16</sup> *Portrait global des lésions professionnelles indemnisées du secteur santé et services sociaux 2000-2007*, document élaboré par l'ASSTSAS et présenté aux membres de son Conseil d'administration lors de son Comité plénier d'orientations - CPO en septembre 2009. La source des données provient des fichiers de la CSST relatifs aux lésions indemnisées, DCGI, Service de la Statistique.

en hausse dans le secteur SSS. Le nombre de réclamations a augmenté de près de 8 % depuis 2005. L'auteur de ce rapport, Sylvain Lebel, conseiller principal chez Dion, Durrell et Associés, suggère fortement aux organisations d'implanter des mesures de prévention le plus rapidement possible et de mettre l'accent sur l'identification et l'analyse des risques.<sup>17</sup>

Devant le bilan négatif qui se dégage du nombre de lésions professionnelles survenant dans le secteur SSS par comparaison à l'ensemble des secteurs d'activité du Québec, la FIQ croit qu'il est impératif que le conseil d'administration de la CSST mette fin sans délai à cette différence de traitement qui perdure depuis des décennies entre ces groupes. Il est temps que les travailleur-euse-s du secteur SSS, lequel est à forte concentration féminine, doit-on le rappeler, bénéficient de tous les droits et de tous les mécanismes de prévention prévus à la LSST et à ses règlements à l'instar des secteurs dont la majorité de la main-d'œuvre est masculine. Malgré la bonne volonté et les efforts pouvant être déployés par les employeurs du secteur SSS pour prévenir les lésions professionnelles, les statistiques démontrent sans équivoque que cela n'est pas suffisant. Par surcroît, ce ne sont pas tous les employeurs de ce secteur qui se préoccupent d'implanter dans chacun de leur milieu un programme de prévention, un comité paritaire de santé et de sécurité du travail et des services de santé au travail, et de nommer un-e représentant-e à la prévention, étant donné qu'ils ne sont aucunement assujettis à cette obligation.

---

<sup>17</sup> *Les coûts relatifs à la CSST sont en hausse dans le réseau*, Martin Bouchard, Synergie, publication de l'AQESSS, mai 2009, p.17-19.

**Conséquemment, la FIQ prie instamment les membres du groupe de travail de soumettre au conseil d'administration de la CSST les recommandations suivantes pour adoption :**

1. Qu'il soit reconnu qu'il y a nécessité d'agir sans délai dans le secteur de la santé et des services sociaux pour prévenir et réduire la fréquence, la gravité et les coûts des lésions professionnelles;
2. Que les employeurs du secteur de la santé et des services sociaux privilégient la voie de la prévention en matière de santé et de sécurité du travail plutôt que de miser principalement sur une approche axée sur les résultats, la performance et la diminution des coûts, ainsi que sur le processus de contestation systématique des aspects légaux et médicaux des dossiers de lésions professionnelles;
3. Que les approches de prévention en SST devant être adoptées dans le secteur de la santé et des services sociaux tiennent compte des spécificités des femmes compte tenu de la forte concentration de main-d'œuvre féminine (85 %) dans ce secteur;
4. Que le dossier des groupes prioritaires mis en veilleuse depuis 25 ans à la CSST soit réglé une fois pour toutes à la lumière des données actuellement disponibles eu égard aux différents secteurs;
5. Que le secteur de la santé et des services sociaux soit reconnu, par décret gouvernemental, comme un groupe prioritaire devant être assujéti à l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires de la LSST, dont celles relatives aux mécanismes paritaires de prévention;

6. Subsidiairement, à défaut de reconnaître le caractère prioritaire de l'ensemble du secteur SSS, que le groupe des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires soit reconnu, par décret gouvernemental, comme un groupe prioritaire devant être assujetti à l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires de la LSST, dont celles relatives aux mécanismes paritaires de prévention;
7. Subsidiairement, à défaut de reconnaître le caractère prioritaire du groupe des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires conformément au paragraphe précédent, la FIQ insiste pour que ce groupe et leurs employeurs soient néanmoins assujettis aux règlements de la LSST relatifs aux comités de santé et de sécurité du travail et aux représentant-e-s à la prévention, incluant les modalités relatives aux libérations nécessaires à l'exercice de ces fonctions.

### **Maintien dans son intégralité du programme PMSD de la CSST et adoption d'une approche de gestion participative intégrée**

Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, que l'on nomme aussi le RPTE ou le RPTA, est administré par la CSST dans le cadre de son programme PMSD dont l'existence remonte au début des années 80. Le retrait préventif, institué par la LSST<sup>18</sup>, est une mesure de prévention avant-gardiste et unique dans la législation nord-américaine en matière de santé et de sécurité du travail.

Cette mesure vise, d'abord et avant tout, le maintien en emploi, sans danger, des travailleuses enceintes ou qui allaitent. L'exercice de ce droit permet, à juste titre, aux femmes de continuer à travailler pendant leur grossesse ou l'allaitement de leur enfant, sans que cela ne constitue un danger pour elles ou pour l'enfant à naître. Lorsque l'employeur n'est pas en mesure de leur offrir une affectation sans danger, elles cessent alors de travailler et reçoivent la rémunération prévue à l'article 36 de la LSST.

Comme ci-après démontré, le RPTE ou le RPTA est une mesure de prévention fréquemment utilisée, indéniablement efficace, et indispensable pour la protection des professionnelles en soins enceintes.

---

<sup>18</sup> Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite est prévu aux articles 40 à 48 LSST.

## Une mesure de prévention fréquemment utilisée

Le taux de recours au retrait préventif par les travailleuses enceintes a augmenté de façon constante au cours des 30 dernières années. Les réclamations reçues par la CSST n'ont cessé de croître depuis son entrée en vigueur, passant de 1 146 en 1981 à 32 619 en 2007<sup>19</sup>.

Cette augmentation s'explique aisément par la hausse du taux d'activité des femmes sur le marché du travail, ce taux ayant plus que doublé en 30 ans<sup>20</sup>. Elle s'explique aussi en raison du développement et de l'évolution au fil du temps des connaissances scientifiques menant à l'identification des conditions de travail comportant des dangers pour les travailleuses enceintes. La reconnaissance de nouvelles connaissances au cours des années a certes contribué à l'admissibilité d'un plus grand nombre de réclamations. De plus, l'accessibilité de plus en plus grande à de l'information pertinente sur l'existence de ces dangers et sur le droit au retrait préventif, pour l'ensemble des jeunes femmes travailleuses du Québec, a fait et continue de faire son œuvre d'éducation et de prévention en matière de santé et de sécurité du travail<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> *Pour une maternité sans danger, Statistiques 2004-2007*, document de 57 pages préparé par la Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information, CSST : [www.csst.qc.ca/NR/rdonlyres/E73687E4-DC4F-42A8-9050-43A535DA0834/5323/DC\\_300\\_254\\_2.pdf](http://www.csst.qc.ca/NR/rdonlyres/E73687E4-DC4F-42A8-9050-43A535DA0834/5323/DC_300_254_2.pdf)

<sup>20</sup> Précitée, note 10.

<sup>21</sup> *Annuaire québécois des statistiques du travail – Portrait des principaux indicateurs des conditions et de la dynamique du travail*, Volume 5, numéro 2, chapitre 6, Santé et sécurité du travail, 6.5 Dossiers du programme « Pour une maternité sans danger », décembre 2009, p.231 : sur les 32 619 réclamations reçues en 2007 à la CSST, 31 119 ont été acceptées dans le cadre du programme PMSD, ce qui représente un taux d'acceptation par la CSST de 95,4 %, selon le tableau 6.6 *Évolution du programme « Pour une maternité sans danger », Québec, 2000-2007*, à la p.238, document accessible en ligne sur le site Internet de l'Institut de la statistique du Québec à l'adresse suivante : [www.stat.gouv.qc.ca/publications/remuneration/pdf2009/annuaireV5no2.pdf](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/remuneration/pdf2009/annuaireV5no2.pdf)

### **Une mesure de prévention indéniablement efficace**

Le retrait préventif, incluant la réaffectation à des tâches exemptes de dangers, est une mesure de prévention efficace qui doit demeurer au sein de la législation québécoise. Ses répercussions bénéfiques sur la santé des travailleuses enceintes et sur celle de leur enfant à naître sont aujourd'hui largement démontrées. Comme plusieurs doutaient de son efficacité, une étude épidémiologique a été menée il y a plusieurs années par la D<sup>re</sup> Agathe Croteau, médecin-conseil à la Direction régionale de santé publique de la Capitale Nationale et à l'Institut national de santé publique.

Portant sur 43 898 naissances survenues entre janvier 1997 et mars 1999 dans six régions du Québec, cette étude a mis en évidence l'efficacité indéniable de cette mesure pour prévenir l'accouchement avant terme (AAT) et l'insuffisance de poids pour l'âge gestationnel (IPAG)<sup>22</sup>. Plusieurs des conditions de travail précédemment mentionnées sont associées à une augmentation des risques d'AAT et d'IPAG. Lorsque ces conditions de travail sont éliminées par une mesure préventive avant 24 semaines de grossesse, les risques d'AAT et d'IPAG deviennent comparables au niveau de risque des femmes enceintes non exposées. Cette étude a non seulement confirmé l'influence déjà documentée de diverses conditions de travail sur l'issue des grossesses, mais elle a aussi démontré que leur cumul a un effet encore plus nocif.

---

<sup>22</sup> *Le retrait préventif de la travailleuse enceinte, une mesure préventive efficace?* Agathe Croteau, M.D., Ph.D., Bulletin de santé publique, publication de la Direction régionale de santé publique de la Capitale Nationale, Vol.16, no.2, mars 2004, p.1-2, lequel article est accessible en ligne à l'adresse : [www.dspq.qc.ca/documents/Bulletin\\_v16\\_n2.pdf](http://www.dspq.qc.ca/documents/Bulletin_v16_n2.pdf)

Au nombre des principaux dangers reconnus et identifiés sur le certificat visant le RPTE pour la travailleuse enceinte figurent au premier rang les agresseurs *ergonomiques*, dans près de 52 % des réclamations reçues et acceptées par la CSST au cours de la période de 2004 à 2007. Les agresseurs *biologiques* (28 %) sont les deuxièmes en importance. Les agresseurs *chimiques* prennent la troisième place (9 %).

Quant aux dangers identifiés au certificat visant le RPTA pour la travailleuse qui allaite, les agresseurs *chimiques* prédominent avec 62 % des réclamations pour la même période.

En ce qui a trait au taux moyen d'acceptation par la CSST des réclamations reçues au programme PMSD, il se maintient autour de 95 %. Parmi celles-ci, 98 % concernent le RPTE ou la grossesse et seulement 2 % le RPTA ou l'allaitement.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Précitée, note 19, p. 10-11.

### **Une mesure de prévention indispensable pour la protection des professionnelles en soins enceintes**

Concernant plus particulièrement les professionnelles en soins représentées par la FIQ, le retrait préventif est, sans contredit, une mesure de prévention essentielle et fréquemment utilisée. Les conditions de travail de celles-ci comportent en effet des exigences<sup>24</sup> qui peuvent s'avérer dangereuses pour celles qui sont enceintes. Le travail debout, les nombreux déplacements, le soulèvement de charges, les mouvements répétés, les efforts soutenus, les postures de travail contraignantes, le rythme de travail élevé, le stress, les imprévus, la prise de décisions cruciales, la demande psychologique élevée combinée à une charge importante de travail, les horaires irréguliers, le travail de nuit ou de soir, les heures de travail prolongées voire même les heures supplémentaires obligatoires, sans oublier la dimension prenante de relation d'aide inhérente à leur rôle caractérisent leur travail.

Outre ces facteurs de risque *ergonomiques* et *psychosociaux*, les professionnelles en soins sont maintes fois en contact avec divers contaminants *biologiques* (tels virus<sup>25</sup>, bactéries<sup>26</sup>), *chimiques* (tels gaz anesthésiants, médicaments antinéoplasiques), *physiques* (tels rayons X, isotopes radioactifs) ainsi qu'avec des facteurs de risque liés à leur sécurité

---

<sup>24</sup> Malenfant R., Gravel A.-R., Laplante N., Jetté M., et al, *La conciliation travail / grossesse : la transition vers le maintien au travail dans la gestion du risque pour la santé*, département de relations industrielles, Université du Québec en Outaouais, septembre 2009, rapport de recherche (2009-03) de 87 pages : ces exigences inhérentes au travail des professionnelles en soins infirmiers ont été confirmées notamment par cette recherche, p.28.

<sup>25</sup> Divers virus grippaux (virus pandémique A(H1N1), grippe saisonnière, SRAS), virus de l'immunodéficience humaine - VIH / SIDA, virus A-B-C-D et E de l'hépatite, virus de la varicelle, virus de la rubéole, parvovirus humain B-19 (5<sup>e</sup> maladie), etc.

<sup>26</sup> Bactérie *Clostridium difficile* (diarrhée), bactéries multirésistantes aux antibiotiques (SARM, SARV, ERV), bactérie streptocoque du groupe A (bactérie mangeuse de chair), mycobacterium tuberculosis (tuberculose), etc.

comme une clientèle pouvant être agressive, violente, confuse ou manifester des troubles de comportement ou de démence. Par surcroît, leur travail est encadré par des normes déontologiques élevées et rigoureuses dont la moindre déviance peut entraîner pour elles de graves conséquences sur leur droit de pratique professionnelle.

Les résultats d'une récente recherche<sup>27</sup>, dont le déroulement a été suivi par la FIQ en tant que membre du comité consultatif et dont le sujet porte sur la conciliation travail/grossesse notamment chez les infirmières du Québec, montrent que les démarches entourant l'application du retrait préventif ont été un révélateur des exigences liées au travail des femmes. De fait, les auteures de cette recherche, dont la chercheuse principale Romaine Malenfant, sont d'avis que la LSST marque un tournant majeur dans l'intérêt et les préoccupations portés aux conditions de travail des travailleuses enceintes, tant du côté des employeurs et des travailleuses elles-mêmes que du côté des médecins, des représentantes syndicales et des chercheur-euse-s en santé au travail.

### **La réaffectation : vers une approche de gestion participative intégrée**

Des gestionnaires et associations d'employeurs dénoncent les coûts élevés générés par l'application du programme PMSD de la CSST. D'autres réagissent en affirmant que la majorité des coûts de ce programme découlent plutôt directement des décisions prises par les employeurs.<sup>28</sup> C'est en effet à ces derniers que revient la décision de retirer ou de ne pas retirer du travail la travailleuse enceinte ou qui allaite leur présentant un

---

<sup>27</sup>Précitée, note 24, p.14 et 78.

<sup>28</sup> *Le retrait préventif de la travailleuse enceinte : le point*, D<sup>r</sup> Robert Plante, médecin-conseil en santé au travail à la Direction de santé publique de la Capitale-Nationale au moment d'écrire cet article (il exerce maintenant à la Direction de santé publique de l'Outaouais), *Le Médecin du Québec*, volume 39, numéro 11, novembre 2004, p.71-77, lequel article est accessible en ligne à l'adresse : [www.fmqg.org/Documents/MedecinDuQuebec/novembre-2004/071-077Plante1104.pdf](http://www.fmqg.org/Documents/MedecinDuQuebec/novembre-2004/071-077Plante1104.pdf)

certificat de RPTE ou de RPTA. Ainsi, ils peuvent décider de prendre les dispositions nécessaires pour la réaffecter à des tâches exemptes de dangers et favorables à une évolution optimale de sa grossesse ou au déroulement sécuritaire de l'allaitement.

La tendance actuelle est à la réaffectation. Le maintien au travail des travailleuses pendant leur grossesse ou l'allaitement, grâce à l'exercice du droit au retrait préventif de la LSST, connaît une progression significative depuis une quinzaine d'années. Le contexte de pénurie de main-d'œuvre dans le secteur de la santé est grandement responsable de cet intérêt accru des employeurs pour le maintien au travail de ressources telles les professionnelles en soins qui se font plus rares. Selon les rapports statistiques des années 1992 à 2008 produits par la CSST, le recours à la réaffectation des travailleuses enceintes est en effet de plus en plus utilisé par les employeurs. En 2006, 41 % d'entre elles ont été réaffectées comparativement à un taux de réaffectation légèrement supérieur à 10 % pour l'année 1992<sup>29</sup>.

Les auteures du rapport de recherche précédemment mentionné sur la conciliation travail/grossesse parlent d'un revirement de situation au regard de la réaffectation des travailleuses enceintes. Par leurs travaux, elles ont voulu comprendre pourquoi certains employeurs, soit une minorité, réussissent à réaffecter de façon sécuritaire les travailleuses enceintes alors que la majorité des employeurs québécois n'y parviennent pas ou jugent impossible cette pratique. Cherchant à identifier les déterminants du maintien au travail, sans danger, des travailleuses enceintes, elles en

---

<sup>29</sup> *Le retrait préventif de la travailleuse enceinte – des recommandations à jour?*, Dr Robert Plante, médecin-conseil en santé au travail à la Direction de santé publique de l'Outaouais, Le Médecin du Québec, volume 44, numéro 4, avril 2009, p.89-91, lequel article est accessible en ligne à l'adresse : [www.fmoq.org/Documents/MedecinDuQuebec/avril-2009/089-091MT0409\\_v2.pdf](http://www.fmoq.org/Documents/MedecinDuQuebec/avril-2009/089-091MT0409_v2.pdf)

arrivent à proposer une approche de gestion *moderne* de la SST et du retrait préventif, à savoir une approche de *gestion participative intégrée*<sup>30</sup>.

La FIQ considère cette proposition de « gestion participative intégrée» du retrait préventif intéressante et très pertinente<sup>31</sup>. D'abord, la réaffectation sans danger des travailleuses enceintes respecte l'objet premier visé par le droit au retrait préventif de la LSST. Deuxièmement, la réaffectation telle qu'elle est appliquée actuellement par les employeurs du secteur de la santé, une gestion de cas par cas dont la responsabilité du contrôle des dangers repose la plupart du temps sur les épaules de la travailleuse enceinte, est une pratique inacceptable, insuffisante et inévitablement vouée à l'échec à plus ou moins long terme.

Enfin, seule une démarche préventive visant une action concertée de toutes les personnes concernées par l'application du retrait préventif dans chacun des établissements peut s'avérer fructueuse et salutaire pour la protection optimale des travailleuses enceintes. Ainsi, une démarche consultative et participative « paritaire » permettrait d'identifier, en amont du dépôt d'un certificat de retrait préventif, des unités de travail et des postes de réaffectation sécuritaires dans l'établissement. Elle privilégierait, selon un mode de fonctionnement paritaire axé sur l'importance des rapports de travail, l'adoption d'une politique efficiente en matière de retrait préventif et de conciliation travail/grossesse, le développement de stratégies préventives visant l'organisation du travail, de même que l'implantation à la fois d'une culture de prévention en SST et d'une culture de réaffectation établissant clairement l'orientation sociale de l'établissement et suscitant l'adhésion de l'ensemble de son personnel.

---

<sup>30</sup> Précitée, note 24, p. 55-58.

<sup>31</sup> La FIQ convie d'ailleurs les membres du groupe de travail à prendre connaissance du rapport de recherche portant sur la conciliation travail/grossesse : note 24.

Or, la LSST fournit déjà le cadre légal et les outils nécessaires pour la mise en place d'une telle approche de gestion participative intégrée en matière de retrait préventif et de réaffectation : comités paritaires SST, représentant-e à la prévention, programme de prévention et services de santé au travail. Voilà donc une autre raison pour laquelle le secteur SSS aurait grandement avantage à être décrété prioritaire afin de pouvoir bénéficier de l'application de l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires prévues à cette loi.

### **Engagement de la CSST à modifier son formulaire et sa politique**

Le formulaire<sup>32</sup> élaboré par la CSST indiquant la façon dont les employeurs doivent appliquer l'article 36 de la LSST pour rémunérer une travailleuse enceinte ou qui allaite pendant les cinq premiers jours ouvrables de cessation de travail, omet de tenir compte d'une proportion importante de femmes telles les professionnelles en soins qui travaillent pour une entreprise en activité pendant plus de 5 jours par semaine. Étant donné que les établissements pour lesquels œuvrent les professionnelles en soins sont en activité, pour la plupart, pendant sept (7) jours par semaine, celles qui exercent le droit au retrait préventif sont financièrement pénalisées compte tenu que le début du versement de leur IRR par la CSST est, à tort, retardé de deux (2) jours. Depuis les premiers litiges déposés par des membres de la FIQ au début des années 2000, la jurisprudence de la CLP<sup>33</sup> est unanime. Ainsi, le versement de l'IRR par la CSST, *pendant les cinq premiers jours ouvrables de cessation de travail*<sup>34</sup>, à une travailleuse qui œuvre pour un employeur dont l'entreprise est en activité 7 jours sur 7, doit débiter à

---

<sup>32</sup> Formulaire de la CSST intitulé *Demande de remboursement pour un retrait préventif ou une affectation de la travailleuse enceinte ou qui allaite*.

<sup>33</sup> Voir notamment la décision rendue par le commissaire Pierre Brazeau le 14 mai 2001 dans l'affaire *Marie-Line Gagnon et Hôpital Laval*, CLP 154719-03B-0101. Plusieurs autres commissaires de la CLP se sont prononcés dans le même sens.

<sup>34</sup> Rémunération en vertu des 1<sup>er</sup> et 2<sup>e</sup> alinéas de l'article 36 de la LSST.

compter de la 6<sup>e</sup> journée de cessation de travail et non à compter de la 8<sup>e</sup> journée, conformément à l'article 36 de la LSST. À la suite de discussions fructueuses entre la FIQ et la CSST, cette dernière a finalement décidé d'adhérer à l'interprétation de la CLP et de la FIQ sur cette question.

Par conséquent, la CSST a clairement indiqué à la FIQ son intention de modifier sous peu ce formulaire, à savoir dès ce printemps 2010, afin de l'adapter à la réalité actuelle du monde du travail. Le formulaire devrait en effet prévoir les différentes situations vécues par les entreprises du Québec, lesquelles peuvent être en activité pendant non seulement 5 jours par semaine mais également durant 6 ou 7 jours par semaine. Cette modification qui sera apportée bientôt par la CSST à son formulaire voire à sa politique permettra, d'une part, de rémunérer adéquatement tout un chacun des travailleuses enceintes ou qui allaitent exerçant le droit au retrait préventif et, d'autre part, d'éviter un nombre considérable de litiges à la DRA et à la CLP.

**Conséquemment, la FIQ prie instamment les membres du groupe de travail de soumettre au conseil d'administration de la CSST les recommandations suivantes pour adoption :**

8. Maintenir dans son intégralité le programme *Pour une maternité sans danger* de la CSST ainsi que les dispositions législatives de la LSST concernant le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite;
9. Reconnaître que le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite est une mesure de prévention efficace et indispensable pour les travailleuses enceintes du Québec, notamment pour les professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires;
10. Sensibiliser, informer et former les employeurs du secteur de la santé et des services sociaux afin qu'ils privilégient et appliquent une approche moderne et paritaire de gestion participative intégrée, telle que préalablement proposée, en matière de retrait préventif et de réaffectation sans danger des travailleuses enceintes ou qui allaitent;
11. Utiliser le cadre légal et les outils déjà existants de la LSST et de ses règlements (comités paritaires SST, programme de prévention, représentant-e à la prévention, services de santé au travail) pour faciliter la mise en œuvre par les employeurs d'une approche moderne et paritaire de gestion participative intégrée en matière de retrait préventif et de réaffectation sans danger des travailleuses enceintes ou qui allaitent;

12. Prendre acte de l'engagement pris par la CSST, lors de discussions entreprises avec la FIQ, à l'effet de modifier, dès le printemps 2010, sa politique et son formulaire de demande de remboursement devant être rempli par l'employeur concernant la rémunération, pendant les cinq premiers jours ouvrables de cessation de travail, d'une travailleuse en retrait préventif (article 36 LSST) de façon à tenir compte des diverses réalités liées au nombre de jours par semaine durant lesquels l'établissement de son employeur est en activité (5, 6 ou 7 jours).

### **Intégration explicite de la notion de santé mentale ou psychologique dans la LSST et identification des risques psychosociaux au travail**

Il y a à peine quinze ans, la CALP a rendu une décision à l'effet qu'un-e travailleur-euse ne pouvait exercer le droit de refus prévu à l'article 12 de la LSST s'il-elle avait des motifs raisonnables de croire que l'exécution de son travail l'exposait à un danger, non pour sa santé physique, mais pour sa santé mentale. La commissaire Monique Billard était en effet d'avis que seule la santé physique était visée par les dispositions de la LSST.<sup>35</sup>

Cinq ans plus tard, soit le 18 août 2000, la CLP accueillait la requête d'une travailleuse concernant l'exercice par celle-ci du droit de refus de la LSST en raison de la détérioration de ses conditions de travail découlant du harcèlement psychologique dont elle était victime de la part du directeur général, lequel harcèlement constituait un danger pour sa santé mentale. En première instance, l'inspecteur de la CSST avait jugé irrecevable sa requête parce que relevant des relations de travail. En révision administrative, sa requête avait subi le même sort, mais pour le motif que la santé mentale n'était pas visée par l'article 12 de la LSST. N'étant pas de cet avis, la commissaire Diane Beauregard a plutôt conclu justement qu'à la lecture conjuguée des dispositions de la loi, les dangers pour la santé mentale peuvent permettre l'exercice du droit de refus<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> *Imbeau et Collège Maisonneuve*, [1995] CALP 262 à 272.

<sup>36</sup> *Lise Forget Chagnon et Marché Bel-Air Inc.*, [2000] CLP 388 à 437, cette décision est accessible en ligne à l'adresse suivante :

[www.jugements.gc.ca/php/decision.php?liste=43243588&doc=83CD711F68505BB538520BDD5D653A83F4CD792B08FC853A437D1440CD784376](http://www.jugements.gc.ca/php/decision.php?liste=43243588&doc=83CD711F68505BB538520BDD5D653A83F4CD792B08FC853A437D1440CD784376)

En fait, la commissaire Beaugard invoque le caractère social de la LSST qui requiert une interprétation libérale de ses dispositions en vue d'atteindre l'objet visé par le législateur, à savoir *l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleur-euse-s*<sup>37</sup>. L'utilisation du singulier pour l'adjectif « physique » indique en effet que seul le mot « intégrité » y est relié alors que le mot « santé » englobe tant la santé mentale que la santé physique. Elle s'en remet également au jugement rendu par la Cour Suprême du Canada dans *Bell Canada c. CSST* précédemment mentionné<sup>38</sup> qui, après avoir fait une analyse approfondie des dispositions de la LSST, affirme que cette Loi vise principalement *les conditions de travail, les relations de travail et la gestion de l'entreprise*. Elle réfère aussi à l'article 46 de la Charte québécoise des droits et libertés de la personne qui stipule que toute personne qui travaille a droit à des *conditions de travail justes et raisonnables, qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique*. Il a donc fallu cette décision de la CLP rendue plus de vingt ans après l'adoption de la LSST pour que la CSST et les employeurs reconnaissent enfin que la santé mentale est bel et bien visée par cette Loi.

Or, la FIQ considère qu'il est grandement temps d'actualiser cette loi pour y intégrer la notion de santé mentale ou psychologique<sup>39</sup>, question de mettre la législation à l'heure du 21<sup>e</sup> siècle et de ses problématiques actuelles de santé et de sécurité au travail. La directrice générale de l'Organisation mondiale de la santé – OMS, Dr Gro Harlem Brundtland, dans le message inaugural du *Rapport sur la santé dans le monde – 2001 – La santé*

---

<sup>37</sup> Article 2 de la LSST.

<sup>38</sup> Précitée, note 8.

<sup>39</sup> Actualisation entre autres des articles 2-3-4-9-12-13-18-49-51-59-62-113-124-167-186-196-199-217-223-237-310 et 327 de la LSST.

*mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*<sup>40</sup> fait l'analogie suivante : « (...) parler de la santé sans mentionner la santé mentale revient à accorder un instrument en oubliant quelques notes »<sup>41</sup>.

Dans un même ordre d'idées, la FIQ est d'avis que « l'intégrité psychologique » devrait aussi être visée par la LSST à l'instar de la Loi québécoise sur les normes du travail dont la définition de « harcèlement psychologique »<sup>42</sup> englobe tant l'intégrité psychologique que physique. De plus, la FIQ croit aussi que la LSST devrait inclure la notion de « sécurité psychologique », laquelle désigne notamment l'absence d'anxiété ou de peur excessives<sup>43</sup>.

En somme, le libellé de la LSST, incluant ses règlements, devrait être modifié de façon à inclure tant la santé que la sécurité et l'intégrité, mentales ou psychologiques et physiques, en y faisant les adaptations nécessaires.

---

<sup>40</sup> *Rapport sur la santé dans le monde - 2001 - La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs* de l'OMS, ce rapport de 172 pages explique entre autres pourquoi la santé mentale est aussi importante que la santé physique pour le bien-être général des individus, il est accessible en ligne à l'adresse : [www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_fr.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf)

<sup>41</sup> *Ibid.*, p. ix.

<sup>42</sup> Article 81.18 de la *Loi sur les normes du travail* (L.R.Q., chapitre N-1.1) : « (...) on entend par « harcèlement psychologique » une conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou à l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste. », cette loi est accessible en ligne à l'adresse suivante : [www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/N\\_1\\_1/N1\\_1.html](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/N_1_1/N1_1.html)

<sup>43</sup> *Santé et sécurité au travail*, Centre pour la santé mentale en milieu de travail, La Great-West, laquelle définition est accessible en ligne à l'adresse suivante : [74.125.113.132/search?q=cache:3TZnTjgOzkJ:www.gwlcentreformentalhealth.com/french/display.asp%3F1%3D4%26I2%3D63%26d%3D63+s%3%A9curit%3%A9+psychologique&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ca](http://74.125.113.132/search?q=cache:3TZnTjgOzkJ:www.gwlcentreformentalhealth.com/french/display.asp%3F1%3D4%26I2%3D63%26d%3D63+s%3%A9curit%3%A9+psychologique&cd=1&hl=fr&ct=clnk&gl=ca)

Une telle actualisation de la Loi s'avère d'ailleurs indispensable en raison de la transformation majeure du monde du travail vécue depuis son adoption. L'effet combiné de la hausse du taux d'activité des femmes sur le marché du travail, de la tertiarisation<sup>44</sup> de l'emploi, de la pénurie de main-d'œuvre dans des secteurs névralgiques comme celui de la santé a eu des répercussions importantes sur la santé globale<sup>45</sup> des travailleuses et des travailleurs du Québec. D'autres facteurs ont également eu une telle incidence, notamment l'intensification du travail, l'alourdissement de la tâche et de la clientèle, le vieillissement de la population, l'arrivée de nouvelles technologies et de l'informatisation, l'évolution des pratiques de l'organisation du travail ainsi que l'accroissement des risques psychosociaux. Cette nouvelle réalité qui ramène à l'avant-plan les préoccupations pour la santé et la sécurité du travail soulève des problématiques en émergence.

En effet, le stress, le harcèlement psychologique et la violence au travail, la montée de l'absentéisme et les problèmes de santé mentale ou psychologique reliés au travail sont, aujourd'hui, sources croissantes de préoccupations qui ne peuvent dorénavant plus être ignorées, banalisées ou simplement balayées sous le tapis.

---

<sup>44</sup> Évolution du monde du travail et de l'emploi vers les secteurs de « services » tel le secteur SSS.

<sup>45</sup> Selon l'Organisation mondiale de la santé - OMS, la santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité : *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail*, Jean-Pierre BRUN, Caroline BIRON, France ST-HILAIRE, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, Université Laval, 68 pages, p.4.

Concernant les problèmes de santé mentale, l'OMS estime que d'ici 2020, ils passeront de la quatrième position obtenue en 2001 au deuxième rang des principales causes de morbidité et d'incapacité dans le monde, juste après les maladies cardiovasculaires et avant toutes les autres maladies.<sup>46</sup> Au Canada, ils seront la première cause en importance des incapacités au travail.<sup>47</sup> Quant aux réclamations déposées à la CSST pour des lésions reliées au stress ou à l'épuisement professionnel, entre 1990 et 2002, elles ont doublé au Québec.<sup>48</sup>

Concernant la violence au travail, de nombreuses études indiquent que les professionnelles en soins courent un risque élevé d'en être victimes. Selon les données tirées de l'Enquête nationale sur le travail et la santé du personnel infirmier effectuée en 2005, 34% des professionnelles en soins affectées aux soins directs ont déclaré avoir été victimes d'une agression physique commise par un-e patient-e au cours de l'année qui a précédé l'enquête, et 47 % ont déclaré avoir été victimes de violence psychologique.<sup>49</sup> Un sondage effectué par la firme Léger Marketing pour la FIIQ, en 2002, a révélé que plus du quart des répondantes ont affirmé ne

---

<sup>46</sup> *Une personne sur quatre souffre de troubles mentaux*, communiqué de presse de l'OMS daté du 4 octobre 2001, lequel est accessible en ligne à l'adresse suivante : [www.who.int/whr/2001/media\\_centre/press\\_release/fr/index.html](http://www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/fr/index.html)

<sup>47</sup> *L'Alliance canadienne pour la santé mentale et la maladie mentale (ACMMSM) salue l'annonce portant sur l'établissement d'une commission canadienne de la santé mentale*, ACMMSM, communiqué du 24 novembre 2005, accessible en ligne à l'adresse suivante : [www.legislation-psy.com/spip.php?article1179](http://www.legislation-psy.com/spip.php?article1179)

<sup>48</sup> *Au travail combattons les préjugés!*, Objectif Prévention, Revue d'information de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales - ASSTSAS, volume 32, numéro 5, 2009, p.4.

<sup>49</sup> *Facteurs liés à la violence faite aux infirmières par les patients*, article de Margot Shields et Kathryn Wilkins, Statistique Canada, travaux de recherche, n° 82-003-XPF au catalogue, Rapports sur la santé, vol.20, n° 2, juin 2009, article accessible en ligne à l'adresse suivante : [www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009002/article/10835-fra.pdf](http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2009002/article/10835-fra.pdf)

pas se sentir en sécurité au travail. Cette donnée recoupe celle obtenue lors de l'enquête faite par la FIIQ sept ans auparavant<sup>50</sup>.

Par ailleurs, la violence au travail exercée à l'encontre du personnel de la santé selon l'Organisation internationale du Travail – OIT, est un problème mondial. Près du quart de la totalité des actes de violence qui surviennent au travail sont concentrés dans le secteur de la santé. Toutes les professions de ce secteur sont potentiellement exposées au risque de violence au travail. Les professionnelles en soins quant à elles sont *extrêmement menacées* par celle-ci et figurent en tête de liste des professions qui génèrent des niveaux de stress élevés et qui sont particulièrement exposées à la violence. Le mode d'organisation du travail et les conditions de travail, entre autres, sont des facteurs déterminants dans l'analyse des risques de violence et de stress en milieu de travail. Mettant clairement l'accent sur les mesures préventives, l'OIT recommande ce qui suit :

*Il est de plus en plus manifeste que le dialogue social est indispensable pour désamorcer le stress et la violence sur le lieu de travail dans le secteur de la santé. Il est donc vivement recommandé d'adopter une approche participative, à laquelle toutes les parties concernées s'associent pour jouer un rôle actif dans la conception et la mise en œuvre d'initiatives antistress et antiviolence<sup>51</sup>.*

---

<sup>50</sup> *Sécurité des lieux, on passe à l'action*, FIIQ, Semaine SST 2002, brochure accessible sur le site Internet de la FIQ à l'adresse suivante :

[www.fiqsante.qc.ca/documents\\_publications/documents/sst2002-securlieux-f.pdf](http://www.fiqsante.qc.ca/documents_publications/documents/sst2002-securlieux-f.pdf)

Sur ce même site, voir aussi *Soigner sans être agressée – Une priorité!*, Trousse Internet antiagressions à l'intention des professionnelles en soins, Semaine SST 2009, à l'adresse :

[www.fiqsante.qc.ca/sante-et-securite-du-travail/soigner-sans-etre-agressee.php](http://www.fiqsante.qc.ca/sante-et-securite-du-travail/soigner-sans-etre-agressee.php)

<sup>51</sup> *La violence et le stress au travail dans le secteur des services – Services de santé : Violence et stress sur le lieu de travail*, fiche de renseignement de l'OIT, 2003, dernière modification datée du 14 mars 2007, laquelle fiche est accessible en ligne à l'adresse suivante :

[www.ilo.org/public/french/dialogue/sector/themes/violence/health.htm](http://www.ilo.org/public/french/dialogue/sector/themes/violence/health.htm)

Des travaux de recherche effectués conjointement par le Bureau international du Travail (BIT), le Conseil international des infirmières (CII), l'OMS, et l'Internationale des Services publics (ISP) sur la violence au travail dans le secteur de la santé (2000-2002)<sup>52</sup>, indiquent que la violence *psychologique*, dont l'existence a longtemps été sous-estimée, est devenue aujourd'hui un problème prioritaire au travail, en plus d'une violence physique généralisée. Ces travaux ont donné lieu à l'élaboration de directives générales visant à stimuler la mise en œuvre de politiques internationales, nationales et locales pour lutter contre la violence dans les établissements de santé<sup>53</sup>.

Au nombre de ces directives figure l'importance de promouvoir activement l'instauration de nouveaux styles de gestion axés sur la participation.

De plus, à la demande du BIT, une réunion d'experts (36) en provenance de divers pays dont le Canada s'est tenue du 8 au 15 octobre 2003 afin d'élaborer un projet intitulé *Recueil de directives pratiques sur la violence et le stress au travail dans le secteur des services : une menace pour la productivité et le travail décent*<sup>54</sup>. Le recueil qui en a résulté incite les

---

<sup>52</sup> *Directives générales sur la violence au travail dans le secteur de la santé*, OIT, OMS, CII et ISP, Genève 2002, document de 37 pages, p.17, ces directives sont accessibles en ligne sur le site Internet de l'ISP à l'adresse suivante : [www.world-psi.org/Template.cfm?Section=Home&CONTENTID=11573&TEMPLATE=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm](http://www.world-psi.org/Template.cfm?Section=Home&CONTENTID=11573&TEMPLATE=/ContentManagement/ContentDisplay.cfm)

<sup>53</sup> *De nouvelles études montrent que la violence sur le lieu de travail menace les services de santé partout dans le monde*, extraits d'un communiqué de presse du 30 avril 2002, Le réseau mondial pour la santé au travail (GOHNET), OMS, hiver 2005, numéro 8, p.14, ce numéro est accessible en ligne à l'adresse suivante : [sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/gohnet\\_reseau\\_global\\_mondial\\_pour\\_la\\_sante\\_au\\_travail.pdf](http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/gohnet_reseau_global_mondial_pour_la_sante_au_travail.pdf)

<sup>54</sup> *Recueil de directives pratiques sur la violence au travail dans le secteur des services et mesures visant à combattre ce phénomène – Réunion d'experts chargée de mettre au point un recueil de directives pratiques sur la violence et le stress au travail dans le secteur des services : une menace pour la productivité et le travail décent*, OIT, Programme des activités sectorielles, Genève, 8-15 octobre 2003, recueil de 27 pages, accessible en ligne à l'adresse suivante : [www.ilo.org/public/french/dialogue/sector/techmeet/mevsws03/mevsws-cp.pdf](http://www.ilo.org/public/french/dialogue/sector/techmeet/mevsws03/mevsws-cp.pdf)

gouvernements, les employeurs, les travailleur-euse-s et leurs représentant-e-s à élaborer en priorité une approche dynamique qui repose sur les systèmes de gestion de la santé et de la sécurité au travail. Il précise que ces systèmes visent « à prévenir les problèmes essentiellement grâce aux politiques, à l'organisation, à la planification, à la mise en œuvre, à l'évaluation et au suivi, aux fins de promouvoir le milieu de travail et d'accroître l'efficacité de l'entreprise »<sup>55</sup>.

Il ressort donc de ces divers travaux que les problèmes de santé mentale ou psychologique générés par le stress au travail, par le harcèlement ou par la violence vécus au travail, sans toutefois mettre de côté les problèmes de santé physique pouvant également en découler, visent de façon particulière et significative le personnel du secteur de la santé et des services sociaux.

Les résultats de ces travaux montrent également qu'il est primordial et urgent d'intervenir dans ce secteur et que, pour ce faire, il convient d'élaborer et de promouvoir une approche participative intégrée. Cette approche préconise la participation de toutes les personnes concernées par la problématique (employeurs, travailleur-euse-s et syndicats), l'implantation de structures paritaires ainsi que l'intégration des mesures de prévention aux pratiques quotidiennes de gestion de la SST dans les établissements de santé.

Pour la FIQ, l'adoption d'une *approche moderne et paritaire de gestion participative intégrée de la SST* dans chacun des établissements de santé du Québec est non seulement une option qui devrait dorénavant être privilégiée, vu le constat d'échec de la gestion traditionnelle axée sur la contestation systématique des réclamations par les employeurs, mais elle est également conforme à la lettre et à l'esprit des dispositions préventives de la LSST. D'ailleurs, la concertation des parties en matière de SST est à l'ordre du jour dans les pays européens. Par exemple, les partenaires

---

<sup>55</sup> Ibid., p.1 (préambule).

sociaux européens - Confédération européenne des syndicats et associations d'employeurs - ont signé, en date du 8 octobre 2004, un accord-cadre sur le stress au travail. Cet accord fournit un cadre d'actions relatif aux moyens de prévenir, d'identifier et d'enrayer les problèmes liés au stress au travail dans le but de soutenir les initiatives axées sur ces problèmes :

*Par l'accord qu'ils ont signé, les partenaires sociaux européens reconnaissent l'importance particulière du phénomène et la nécessité de l'éliminer ou de le réduire : la réduction du stress au travail devrait, en effet, conduire à un renforcement de la santé et de la sécurité au travail ainsi qu'à une meilleure efficacité et, en conséquence, à des gains sociaux et économiques pour les travailleurs, les employeurs et la société tout entière<sup>56</sup>.*

Enfin, la FIQ convie les membres du groupe de travail à prendre connaissance du *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail*<sup>57</sup>, outil de prévention fort pertinent dans le présent contexte. Ce guide indique notamment que cette démarche doit être *participative* et impliquer les représentant-e-s de l'organisation - gestionnaires, employé-e-s, syndicats - par l'entremise d'un *comité de mise en œuvre* tel le comité SST déjà existant<sup>58</sup>. Ainsi, une

---

<sup>56</sup> *Accord-cadre sur le stress au travail : les partenaires sociaux dressent un premier bilan positif*, HESA NEWSLETTER, mars 2009, No 35, Magazine publié par The European Trade Union Institute (ETUI), cet article de même que l'accord-cadre sont respectivement accessibles en ligne aux deux adresses suivantes : <http://hesa.etui-rehs.org/uk/dossiers/files/NWL35-Stress-FR.pdf> <http://pagesperso-orange.fr/yves.lasfargue/documenttelecharges/stressCES2004accord.pdf>

<sup>57</sup> *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail*, réalisé par Jean-Pierre BRUN, Caroline BIRON, France ST-HILAIRE, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval, juin 2009, accessible en ligne à l'adresse suivante : [www.cgsst.com/stock/fra/guide-full.pdf](http://www.cgsst.com/stock/fra/guide-full.pdf)

<sup>58</sup> *Ibid.*, p.21, 49 et 55.

approche participative est, encore une fois, privilégiée par les experts dans le domaine pour assurer le succès d'une démarche de prévention. De plus, les auteurs du guide proposent une *grille d'identification des risques psychosociaux au travail*<sup>59</sup> tout en sensibilisant les organisations à l'importance de procéder à une telle identification pour améliorer la santé psychologique au travail du personnel :

*Depuis quelques années, il se dessine une tendance à reconnaître l'existence des risques psychosociaux (charge de travail, conflit, harcèlement, etc.) comme des risques présents dans l'organisation au même titre que les risques techniques, mécaniques ou chimiques, par exemple. Ainsi, de plus en plus de pays ont légiféré sur cet enjeu et exigent des organisations l'identification des risques pouvant porter atteinte à l'intégrité psychologique des employés.* (Notre soulignement)

Ainsi, la FIQ est d'avis que la LSST devrait inclure des dispositions expresses relativement à l'obligation des employeurs, notamment ceux du secteur SSS, de procéder à une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail, incluant l'obligation d'identifier les risques psychosociaux présents dans le milieu de travail ainsi que les mesures préventives et le plan d'action nécessaires à la réussite de la démarche.

---

<sup>59</sup> *Ibid.*, p.33. Selon les auteurs, les risques psychosociaux « réfèrent aux aspects de l'organisation du travail et de la gestion, ainsi qu'au contexte social et environnemental, qui sont susceptibles de nuire au plan social, psychologique et physique. Le terme réfère donc aux sources de stress (ex. : manque de contrôle, charge de travail, rôles conflictuels ou ambigus, équipement, environnement physique, relations, harcèlement, faible reconnaissance, violence). »

**Conséquemment, la FIQ prie instamment les membres du groupe de travail de soumettre au conseil d'administration de la CSST les recommandations suivantes pour adoption :**

13. Actualiser la LSST et ses règlements de façon à y inclure la notion de « santé mentale ou psychologique » des travailleur-euse-s, en faisant les adaptations nécessaires;
14. Actualiser la LSST et ses règlements de façon à y inclure la notion de « sécurité psychologique » des travailleur-euse-s, en faisant les adaptations nécessaires;
15. Actualiser la LSST et ses règlements de façon à y inclure la notion d'« intégrité psychologique » des travailleur-euse-s, en faisant les adaptations nécessaires;
16. Reconnaître qu'il y a nécessité d'agir sans délai, notamment dans le secteur de la santé et des services sociaux, relativement aux problèmes de santé psychologique au travail;
17. Reconnaître qu'une approche moderne et paritaire de gestion participative intégrée doit être privilégiée et adoptée en matière de prévention des problèmes de santé psychologique au travail;
18. Utiliser le cadre légal et les outils déjà existants de la LSST et de ses règlements (comités paritaires SST, programme de prévention, représentant-e à la prévention, services de santé au travail) pour faciliter la mise en œuvre par les employeurs d'une approche moderne et paritaire de gestion participative intégrée en matière de prévention des problèmes de santé psychologique au travail;

19. Inclure dans la LSST des dispositions relativement à l'obligation des employeurs, incluant ceux du secteur SSS, de procéder à une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail, incluant l'obligation d'identifier les risques psychosociaux présents dans le milieu de travail ainsi que les mesures préventives et le plan d'action nécessaires à la réussite de la démarche.

### **Amélioration de l'accessibilité au service d'inspection de la CSST pour les professionnelles en soins exposées à un danger : inclusion dans la Loi d'un mécanisme particulier de prévention**

Bien que l'existence du droit de refus d'exécuter un travail dangereux, dans le contexte décrit à l'article 12 de la LSST, soit absolument nécessaire pour protéger la santé des travailleur-euse-s, assurer leur sécurité et prévenir les lésions professionnelles, ce droit paraît difficilement applicable pour certaines catégories de personnes telles les professionnelles en soins. En raison des obligations déontologiques dévolues à celles-ci et des exceptions prévues à l'article 13 de la Loi, la possibilité pour elles de se retirer immédiatement d'une situation qu'elles croient dangereuse pour leur santé, leur sécurité ou leur intégrité est pratiquement nulle.

D'une part, l'article 13 énonce deux (2) exceptions à l'exercice du droit de refus. En effet, un-e travailleur-euse ne peut exercer le droit de refus d'exécuter un travail dangereux si le refus d'exécuter ce travail met en péril immédiat la vie, la santé, la sécurité ou l'intégrité physique d'une autre personne ou si les conditions d'exécution de ce travail sont normales dans le genre de travail qu'il-elle exerce. La nature du travail des professionnelles en soins est telle que l'une ou l'autre, voire les deux exceptions de la Loi, font généralement obstacle à l'exercice de ce recours.

D'autre part, la pratique des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires est régie par un Code de déontologie<sup>60</sup> qui édicte leurs devoirs et leurs obligations envers le public, la clientèle et la profession. La dérogation par elles à l'une de ces dispositions peut avoir de graves conséquences sur le droit d'exercer leur profession.

Ainsi, avant de cesser d'exercer leurs fonctions auprès d'un-e patient-e, les professionnelles en soins doivent s'assurer que cette cessation de service n'est pas préjudiciable à ce ou à cette patient-e. Elles doivent prendre les moyens raisonnables pour assurer la continuité des soins et des traitements par une relève compétente. Qui plus est, elles doivent subordonner leur intérêt personnel à celui de leur patient-e.

Placées devant une situation dangereuse au travail pouvant compromettre leur santé ou leur sécurité, les professionnelles en soins se trouvent confrontées à un terrible dilemme, celui de protéger leur santé et d'assurer leur sécurité tout en respectant leurs devoirs et leurs obligations déontologiques. Prodiguant des soins à des êtres humains, elles peuvent se trouver dans une situation où elles n'ont d'autre choix que de suivre à la lettre leur code de déontologie au détriment de leur propre santé et de leur propre sécurité.

Le droit de refus d'exécuter un travail dangereux peut donc s'avérer, pour elles, un exercice périlleux en raison des responsabilités inhérentes à leur profession. Un tel contexte étant inacceptable, la FIQ croit que des moyens de prévention appropriés doivent être envisagés pour protéger adéquatement et en toutes circonstances cette catégorie particulière de travailleur-euse-s. D'autant plus que la violence exercée à leur endroit, principalement par la clientèle, est monnaie courante.

---

<sup>60</sup> *Code de déontologie des infirmières et infirmiers* (c. I-8, r.4.1); *Code de déontologie des infirmières et infirmiers auxiliaires* (c. C-26, r.111); *Code de déontologie des inhalothérapeutes du Québec* (c. C-26, r.121.1.0001); *Code des professions* (L.R.Q., c. C-26, a. 87).

L'autre alternative consiste à déposer une plainte au service d'inspection de la CSST afin qu'un-e inspecteur-trice intervienne, fasse enquête, produise un rapport d'intervention et, le cas échéant, un avis de correction. Toutefois, à la différence du droit de refus, l'inspecteur-trice a le pouvoir discrétionnaire d'intervenir ou de ne pas intervenir, et de le faire au moment où il-elle le jugera opportun. Bien que les interventions du service d'inspection de la CSST soient, de l'avis de la FIQ, trop peu nombreuses, elles sont pourtant grandement utiles aux fins de dénouer une situation inextricable compromettant sérieusement la sécurité des professionnelles en soins.

À titre d'illustration, voici une histoire vécue. En février 2001, une inspectrice est intervenue dans un établissement de santé - Centre d'accueil Laprairie/Les CHSLD Trèfle d'Or - au sujet d'une plainte logée au bureau régional de la CSST par des infirmières de la FIQ concernant des actes de harcèlement, d'intimidation et de violence exercés à leur endroit par un collègue de travail. Cette situation a dégénéré à un point tel que les infirmières étaient carrément terrifiées, craignaient pour leur sécurité et ne voulaient plus entrer au travail. Elles voulaient exercer un droit de refus. Compte tenu des écueils découlant de l'exercice de ce droit, elles ont plutôt opté pour le dépôt d'une plainte. Bien que l'inspectrice ne soit pas intervenue le jour même, mais quatre jours plus tard, celle-ci a néanmoins contribué à assainir le climat de travail dans les semaines et les mois qui ont suivi son intervention. Elle a exigé de l'employeur qu'il applique les mesures énumérées dans son rapport d'intervention, dont la suivante :

*Afin d'aider à résoudre des problématiques de ce type, nous avons recommandé à l'employeur de remettre sur pied son comité de santé et de sécurité, bien que le règlement sur les comités de santé et sécurité ne s'applique pas à son établissement. Un des premiers mandat (sic) du comité pourrait être la participation à l'élaboration de la politique sur le harcèlement et la violence au travail*<sup>61</sup>. (Notre soulignement)

---

<sup>61</sup> Centre d'accueil Laprairie - Les CHSLD Trèfle d'Or, rapport d'intervention de la CSST no. 1534775, dossier d'intervention no. PIMC0036137, rapport daté du 22 mars 2001 (intervention effectuée par Diane Côté le 12 février 2001), à la p.4.

Il est intéressant de noter que l'inspectrice de la CSST souligne, de cette façon, l'apport important d'un comité de santé et de sécurité du travail pour résoudre ce type de problématiques, tout en sachant fort bien que cet employeur n'a aucune obligation d'en implanter un dans son établissement puisque le secteur SSS n'est toujours pas, à ce jour, promulgué prioritaire.

Quoi qu'il en soit, la FIQ demande à ce qu'un mécanisme particulier de prévention soit expressément prévu dans la LSST pour assurer la sécurité et la protection des professionnelles en soins. Ce mécanisme aurait pour objectif de faciliter l'accessibilité au service d'inspection de la CSST pour les professionnelles en soins exposées à un danger dans l'accomplissement de leurs fonctions. Selon un processus circonscrit et bien encadré dans la Loi visant précisément ces travailleuses, l'intervention d'un-e inspecteur-trice pourrait être requise à brève échéance par la professionnelle en soins exposée à un danger, et ce, sans qu'elle ait à exercer le droit de refus et sans que l'inspecteur-trice puisse invoquer son pouvoir discrétionnaire d'intervention.

**Conséquemment, la FIQ prie instamment les membres du groupe de travail de soumettre au conseil d'administration de la CSST les recommandations suivantes pour adoption :**

20. Reconnaître que les professionnelles en soins ont droit à la pleine protection de leur santé, de leur sécurité et de leur intégrité conformément aux principes énoncés dans la LSST et qu'en aucune circonstance, leur code de déontologie ne devrait et ne doit faire obstacle à l'exercice, par elles, du droit de refus d'exécuter un travail dangereux;
21. Inclure un mécanisme particulier de prévention dans la LSST afin d'assurer la sécurité des professionnelles en soins et de leur faciliter l'accessibilité au service d'inspection de la CSST, lorsqu'elles ont des motifs raisonnables de croire que l'exécution de leur travail les expose à un danger pour leur santé, leur sécurité ou leur intégrité;
22. Compte tenu de l'importance et de l'incidence des problèmes de violence et de harcèlement au travail dans le secteur SSS, la FIQ recommande, d'une part, que les inspecteur-trice-s reçoivent une formation spécialisée dans ce domaine afin d'optimiser leurs interventions et que, d'autre part, ces ressources soient en nombre suffisant pour répondre aux besoins criants dans ce secteur, quitte à augmenter leurs effectifs le cas échéant.

## **LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LES MALADIES PROFESSIONNELLES ET SES RÈGLEMENTS**

### **INDEMNISATION juste et équitable des victimes de lésions professionnelles**

- **Abolition de la mesure fiscale de redressement des indemnités de remplacement du revenu (IRR)**

Lors de l'adoption de son budget en avril 2004, le gouvernement libéral du Québec de Jean Charest a, mine de rien, fait une entorse au principe de l'absence d'imposition des IRR versées par la CSST. Cette entorse n'est devenue apparente pour les travailleur-euse-s, non pas au moment de recevoir ces prestations, mais uniquement à compter de la réception, au début de l'année suivante, des *relevés 5* émis par la CSST aux fins d'impôt.

Selon cette nouvelle mesure fiscale intitulée *Redressement d'impôts pour indemnités de remplacement du revenu*, une personne qui a reçu des IRR notamment de la CSST doit effectuer un redressement d'impôt à l'aide du montant qui figure à la case N du relevé 5. Or, ce montant s'additionne entièrement et directement au montant d'impôt devant être payé par cette personne sur son revenu imposable. Elle se trouve donc à payer un impôt sur les sommes qu'elle a reçues à titre d'IRR, lesquelles sont pourtant non imposables, ce qui diminue d'autant le montant net qui lui reste dans les poches pour cette année d'imposition. En effet, cette mesure fiscale fait en sorte qu'un-e travailleur-euse peut devoir payer un impôt additionnel net d'environ 1 900,00 \$ par année.

Le gouvernement tente de justifier l'adoption de cette mesure fiscale en prétextant qu'une personne qui reçoit des IRR bénéficierait, *dans certains cas*, d'un revenu disponible supérieur à celui qu'elle recevrait si elle était demeurée au travail. À son avis, l'augmentation du revenu disponible s'expliquerait en raison du fait que les crédits d'impôt personnels seraient pris en compte deux fois plutôt qu'une, soit lors du calcul de l'IRR par la CSST et lors de la production de la déclaration de revenus déterminant l'impôt à payer par la personne à l'égard de ses autres revenus<sup>62</sup>. Pour réduire cette soi-disant iniquité, le gouvernement a donc apporté des modifications à la législation fiscale<sup>63</sup>, lesquelles sont applicables rétroactivement à compter du début de l'année 2004.

Depuis son adoption en avril 2004, cette mesure fiscale a été, à juste titre, dénoncée par les organisations syndicales et les associations de travailleur-euse-s accidenté-e-s du travail. Elles ont d'ailleurs clairement démontré que la justification émise par le gouvernement concernant cette mesure n'est aucunement fondée. En effet, la différence fiscale alléguée ne peut aucunement être qualifiée d'inéquitable puisqu'elle ne vient pas d'un dédoublement des crédits d'impôt, mais du seul fait que les IRR ne sont pas imposables. Qui plus est, la CSST prend en considération, de façon purement fictive, les crédits d'impôt personnels applicables à la situation familiale du-de la travailleur-euse lors du calcul de l'IRR, et ce, dans le seul et unique but de déterminer l'indemnité nette qui doit être versée à ce-cette travailleur-euse eu égard à son revenu brut.

---

<sup>62</sup> *Réduction de l'iniquité reliée à la réception de certaines indemnités de remplacement du revenu*, Ministère québécois des Finances, Renseignements additionnels sur les mesures du budget 2004-2005, Section 1, Mesures affectant les revenus, p.65-70, à la p.66.  
[www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2004-2005/fr/pdf/RenseignementsAdd.pdf](http://www.budget.finances.gouv.qc.ca/budget/2004-2005/fr/pdf/RenseignementsAdd.pdf)

<sup>63</sup> Adoption des articles 752.0.0.3 à 752.0.0.6 de la Loi sur les Impôts du Québec.

Par ailleurs, ce sont les articles 144 de la LATMP et 725 de la Loi sur les impôts du Québec qui stipulent que les indemnités versées en vertu de la LATMP sont non imposables, à l'instar des indemnités versées dans les autres provinces canadiennes ainsi qu'au fédéral. Ces indemnités visent à compenser un dommage corporel subi lors d'une lésion professionnelle et ses conséquences sur la victime<sup>64</sup>. Comme le corps humain n'est pas taxable, la réparation d'un dommage corporel et de ses conséquences ne peut absolument pas être imposable selon les principes du droit applicables en la matière, que ce soit de façon directe ou indirecte.

En somme, le gouvernement du Québec a trouvé un prétexte pour imposer de façon indirecte les IRR. Les sommes d'argent considérables ainsi générées par l'application de cette mesure fiscale incitent fortement à croire que le gouvernement utilise ce moyen détourné pour récupérer, chaque année, plusieurs dizaines de millions de dollars en impôts additionnels<sup>65</sup>, et ce, au détriment des travailleur-euse-s du Québec.

---

<sup>64</sup> En matière de retrait préventif, le 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 36 de la LSST énonce que le-la travailleur-euse a droit à l'IRR à laquelle il-elle aurait droit en vertu de la LATMP comme s'il-elle devenait alors incapable d'exercer son emploi en raison d'une lésion professionnelle au sens de cette loi.

<sup>65</sup> Grâce à ce moyen astucieux, le gouvernement du Québec récupère donc plus de 65 millions de dollars par année en impôts additionnels.

**Conséquemment, la FIQ prie instamment les membres du groupe de travail de soumettre au conseil d'administration de la CSST les recommandations suivantes pour adoption :**

23. Que la CSST fasse les représentations nécessaires auprès du gouvernement du Québec pour que celui-ci mette fin à cette injustice qui prive les travailleur-euse-s des montants d'argent auxquels ils-elles ont droit et abolisse la mesure fiscale de redressement des IRR, appliquée depuis 2004, et ce, en abrogeant les articles 752.0.0.3 à 752.0.0.6 de la Loi québécoise sur les impôts.

- **Cessation du préjudice subi quant au régime de rentes du Québec**

Une personne victime d'une lésion professionnelle reçoit une IRR égale à 90 % du revenu net conformément aux articles 45 et 63 de la LATMP. Lors du calcul de l'IRR, la CSST doit donc déterminer le revenu net de cette personne. L'article 63 énonce que le revenu net est égal à son revenu brut annuel d'emploi moins le montant des déductions pondérées par tranches de revenus que la CSST détermine en fonction de la situation familiale de ce-cette travailleur-euse pour tenir compte des impôts québécois et fédéral ainsi que des cotisations payables en vertu de l'assurance emploi, de l'assurance parentale et du régime de rentes du Québec.

Or, bien que la cotisation payable par le-la travailleur-euse en vertu de la *Loi sur le régime de rentes du Québec* soit déduite ou prise en compte pour établir son revenu net, le montant de cette cotisation n'est toutefois pas versé à la Régie des rentes du Québec (RRQ) par la CSST. Cette situation peut donc s'avérer préjudiciable pour le-la travailleur-euse au moment d'effectuer une demande de rente de retraite ou d'invalidité auprès de la RRQ, comme ci-après démontré.

En effet, chaque mois pendant lequel le-la travailleur-euse reçoit une IRR<sup>66</sup> de la CSST est inclus dans la période cotisable<sup>67</sup> par la RRQ sans que, pour chacun de ces mois<sup>68</sup>, des cotisations ne soient comptabilisées au dossier de la personne. La *Loi sur le régime de rentes du Québec* prévoit cependant que certains mois sont exclus de la période cotisable, soit les mois où le-la travailleur-euse a reçu une IRR de la CSST durant une période d'au moins 24 mois consécutifs<sup>69</sup>.

Ainsi, une personne victime d'une lésion professionnelle ayant reçu une IRR non réduite pendant 24 mois et plus verra sa période cotisable réduite d'autant de mois et ne sera donc pas pénalisée au moment d'effectuer une demande de rente de retraite ou d'invalidité à la RRQ. Par contre, une personne victime d'une lésion professionnelle qui a reçu une IRR non réduite pendant moins de 24 mois sera, quant à elle, pénalisée lors d'une telle demande en raison du fait que, d'une part, cette période inférieure à 24 mois ne pourra pas être réduite de sa période cotisable et que, d'autre part, la RRQ ne considérera aucun revenu admissible pour cette même période. Cette situation est tout à fait aberrante et financièrement préjudiciable pour le-la travailleur-euse qui s'absente de son travail pendant une période inférieure à 24 mois.

---

<sup>66</sup> Selon l'article 96.1 de la *Loi sur le régime de rentes du Québec - Loi sur le RRQ*, l'expression « **indemnité de remplacement** » désigne l'IRR non réduite payable en vertu de la LATMP.

<sup>67</sup> Selon l'article 101 de la *Loi sur le RRQ*, la « **période cotisable** » est la période de temps durant laquelle un-e travailleur-euse doit verser des cotisations afin d'être éligible à recevoir une rente de retraite ou d'invalidité. Cette période commence le mois suivant celui où il-elle atteint 18 ans et se termine à la fin du premier mois qui suit le mois de son décès ou le mois précédant le début de la rente de retraite ou le mois précédant celui où il-elle atteint 70 ans.

<sup>68</sup> L'expression « **mois d'indemnité** », selon l'article 96.2 de la *Loi sur le RRQ*, désigne tout mois de calendrier pour la totalité duquel une IRR est versée.

<sup>69</sup> Article 96.3 de la *Loi sur le RRQ*.

La FIQ considère donc la situation préalablement décrite comme étant inéquitable et contraire à l'objet de la LATMP, lequel vise la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les personnes qui en sont victimes. Par souci de justice et d'équité, il est primordial que le législateur leur accorde les mêmes droits et modifie, par conséquent, les dispositions de la Loi sur le RRQ afin que la réduction de la période cotisable corresponde à la période d'IRR, indépendamment de la durée de celle-ci.

**Conséquemment, la FIQ prie instamment les membres du groupe de travail de soumettre au conseil d'administration de la CSST les recommandations suivantes pour adoption :**

24. Que la CSST fasse les représentations nécessaires auprès du gouvernement du Québec afin que les bénéficiaires d'une IRR versée en vertu de la LATMP ne soient pas pénalisé-e-s aux fins d'une demande de rente de retraite ou d'invalidité à la Régie des rentes du Québec, et ce, indépendamment de la durée de la période au cours de laquelle ils-elles reçoivent une telle IRR;
25. Que ces représentations faites par la CSST auprès du gouvernement du Québec visent notamment la modification des dispositions pertinentes de la Loi sur le régime de rentes du Québec afin que les mêmes droits soient accordés aux victimes d'une lésion professionnelle et que la période cotisable au RRQ soit réduite de la période au cours de laquelle une IRR non réduite a été versée en vertu de la LATMP, et ce, sans tenir compte de la durée de celle-ci.

- **Obtention d'une décision détaillée sur le calcul de l'IRR**

La personne victime d'une lésion professionnelle a droit, selon la LATMP, à une IRR lorsqu'elle devient incapable d'exercer son emploi en raison de cette lésion. Les principes relatifs au calcul de cette indemnité sont édictés aux articles 45, 63 à 76 de la Loi.

En vertu de ces dispositions, l'IRR est égale à **90% du revenu net retenu** que cette personne tire annuellement de son emploi<sup>70</sup>. Une fois cette IRR annuelle calculée, celle-ci sera alors divisée sur une base journalière en vue de son versement.

Ainsi, comme mentionné à la section précédente, le **revenu net retenu** est égal **au revenu brut annuel d'emploi** moins le montant des déductions pondérées par tranches de revenus que la CSST détermine en fonction de la situation familiale du-de la travailleur-euse pour tenir compte des impôts ainsi que des cotisations payables en vertu de l'assurance emploi, de l'assurance parentale et du régime des rentes du Québec<sup>71</sup>.

La règle générale visant à déterminer le **revenu brut annuel d'emploi** est énoncée à l'article 67 de la LATMP. Le revenu brut est celui prévu au contrat de travail du-de la travailleur-euse ou, si cela s'avère plus avantageux pour lui-elle, le revenu brut qu'il-elle a gagné au cours des 12 mois précédant le début de son incapacité. À cette fin, le-la travailleur-euse peut notamment inclure les bonis, les primes ainsi que les heures supplémentaires rémunérées.

---

<sup>70</sup> Article 45 de la LATMP.

<sup>71</sup> Article 63 de la LATMP.

La Loi a aussi prévu d'autres règles<sup>72</sup> pour déterminer le revenu brut annuel d'emploi afin de tenir compte de la nature particulière de l'emploi voire même des emplois exercé-s par le-la travailleur-euse. L'objectif de cette multiplicité de règles est de compenser le-la travailleur-euse de façon la plus équitable possible et d'établir son revenu brut annuel de sorte qu'il soit le plus près possible du revenu réel qu'il-elle tire de son ou de ses emplois. En effet, ce revenu brut doit être représentatif de la prestation réelle de travail du-de la travailleur-euse. Ce faisant, l'IRR basée sur un tel revenu servira à compenser la perte de capacité de gains de cette personne victime d'une lésion professionnelle.

Par ailleurs, l'existence de cette multitude de règles démontre la complexité liée au calcul de l'IRR. Le-la travailleur-euse inexpérimenté-e en cette matière aura certes de la difficulté à s'y retrouver. Il s'avère donc essentiel qu'il-elle soit suffisamment informée du calcul effectué par la CSST pour établir son IRR afin d'être en mesure d'en vérifier l'exactitude et d'exercer, le cas échéant, son droit de contestation. Cela est d'autant plus important que la base salariale servant à la détermination de l'IRR ne pourra, dans la grande majorité des cas, être modifiée au cours de la période d'incapacité du-de la travailleur-euse. Or, si le calcul comporte à son insu des erreurs, celui-ci ou celle-ci s'en trouvera financièrement pénalisé-e tout au long de cette période.

En fait, la CSST ne rend pas de décision formelle à cet égard. Lorsque la CSST émet un chèque, ce dernier s'accompagne d'un avis de paiement. Dans la majorité des cas, il s'agit là du seul document qui traite de l'IRR.

---

<sup>72</sup> Article 68 à 76 de la LATMP.

Cette absence de décision formelle a donné lieu à une controverse jurisprudentielle abondante de la CLP à savoir si l'avis de paiement constitue une décision ou non. En effet, la Loi prévoit qu'une décision doit être écrite, motivée et notifiée aux parties<sup>73</sup>. Selon le premier courant<sup>74</sup>, celui-ci étant minoritaire, l'avis de paiement ne peut constituer une décision puisque la méthode de calcul retenue pour fixer la base salariale du revenu annuel brut n'y apparaît pas et que, par ailleurs, l'avis de paiement ne contient aucune mention quant au droit et au délai de contestation.

Quant au courant majoritaire de la CLP<sup>75</sup>, l'avis de paiement constitue une décision même si elle n'est pas conforme à toutes les exigences prévues à la Loi. Selon le cas, le tribunal sera appelé à examiner la question du défaut du-de la travailleur-euse d'avoir produit sa contestation en temps utile et, par conséquent, à statuer sur la recevabilité de cette dernière. Pour ce faire, le tribunal étudiera les lacunes liées à l'avis de paiement de la CSST qui ont pu causer un préjudice au-à la travailleur-euse. Pour sa part, la victime devra démontrer qu'elle a agi avec diligence en ce qui a trait au dépôt de sa contestation afin de convaincre le tribunal qu'elle doit être relevée de son défaut d'avoir contesté dans le délai imparti.

---

<sup>73</sup> Article 354 LATMP.

<sup>74</sup> Voir notamment : *Dubois et Coroplast - division Grand Pacifique inc.*, 2009 QCCLP 1661; *Danis et Aménagement Myr inc.*, 110669-07-9902, 11 septembre 2002, S. Lemire; *Leblanc et Comptoir Emmaus inc.*, 250361-31-0411, 28 février 2005, P. Simard (04LP-269); *Pavillon A. Thomassin inc. et Fortier*, 256920-31-0503, 3 juin 2005, C. Lessard (05LP-63).

<sup>75</sup> Voir notamment : *Jolin et Pavillon St-Vincent, St-Joseph, Murray et CSST*, 2009 QCCLP 901; *Brochu et Groupe Optivert inc et CSST*, 2009 QCCLP 3504; *Arseneault et construction Michel Labbé*, 2009 QCCLP 6040; *Proulx et Aliments surgelés Conagra Itée*, 2007 QCCLP 4187.

En fait, l'avis de paiement transmis par la CSST contient très peu d'informations sur le calcul de l'IRR. Seules les données pertinentes suivantes y figurent, soit la situation familiale du-de la travailleur-euse, le montant du revenu brut à partir duquel l'IRR a été calculée, le montant de l'IRR journalière et le nombre de jours durant lesquels celle-ci sera versée.

Ainsi, l'avis de paiement, dans sa forme actuelle, est loin d'être suffisant pour comprendre le calcul effectué par la CSST pour en arriver au montant de l'IRR journalière. Le-la travailleur-euse n'étant aucunement en mesure d'en vérifier l'exactitude par rapport à ses gains habituels, n'aura d'autre choix que de s'en remettre aveuglément aux chiffres de la CSST. Cela va évidemment à l'encontre de son droit à une information éclairée.

Par surcroît, certaines informations inscrites au verso de l'avis de paiement sont ambiguës et peuvent induire le-la travailleur-euse en erreur. D'une part, ce-tte dernier-ère qui se croit lésé-e par « la décision » est invité-e à communiquer avec la personne dont le nom apparaît au recto (la responsable du dossier) et, d'autre part, il est indiqué que les renseignements fournis sur cet avis ne le sont qu'à titre d'information et « ne constituent pas une décision » de la CSST.

Par conséquent, la FIQ considère primordial que la CSST comble les lacunes existantes et rende une décision motivée et explicite sur la méthode de calcul utilisée pour déterminer l'IRR devant être versée au-à la travailleur-euse.

**Conséquemment, la FIQ prie instamment les membres du groupe de travail de soumettre au conseil d'administration de la CSST les recommandations suivantes pour adoption :**

26. Que la CSST soit tenue, outre l'avis de paiement, de rendre une décision écrite formelle et détaillée sur le calcul de l'IRR devant être versée à la victime d'une lésion professionnelle, laquelle décision devra indiquer qu'elle est contestable ainsi que le délai de contestation imparti;

27. Que cette décision devant être rendue par la CSST sur le calcul de l'IRR contienne notamment les informations suivantes : le montant du revenu annuel brut retenu par la CSST pour établir l'IRR de même que le calcul détaillé ayant conduit à la détermination du montant de l'IRR à verser au-à la travailleur-euse;

## RÉADAPTATION optimale des victimes

- **Le processus de réadaptation et le droit au retour au travail : d'abord et avant tout chez l'employeur**

L'objet de la LATMP, précisé à l'article 1, vise la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les personnes qui en sont victimes. Selon le dictionnaire, les mots « réparation » et « réparer » font référence à l'action de réparer ce qui est endommagé, au fait de se rétablir pleinement. Le processus de réparation comprend, selon le 2<sup>e</sup> alinéa de l'article 1, l'indemnisation et la réadaptation tant physique, sociale que professionnelle de la personne aux fins d'atteindre l'objet recherché par cette Loi. De plus, le 3<sup>e</sup> alinéa confère expressément à la victime d'une lésion professionnelle le droit au retour au travail.

Quant aux dispositions relatives à la réadaptation et au droit de retour au travail<sup>76</sup>, elles convergent vers une réintégration de la personne victime d'une lésion professionnelle d'abord et avant tout chez son employeur, l'intention du législateur étant de faire disparaître ou d'atténuer au maximum les conséquences découlant de cette lésion<sup>77</sup>.

Toutefois, la FIQ constate que des lacunes juridiques importantes et préjudiciables pour la victime d'une lésion professionnelle entravent l'atteinte de cet objectif. Trop souvent, le processus de réadaptation constitue un prétexte pour mettre fin à l'indemnisation de la victime d'une lésion professionnelle, alors que le but en soi de ce processus, la

---

<sup>76</sup> Articles 234 à 264 et 145 à 178 LATMP.

<sup>77</sup> Article 1 de la LATMP et *Loi annotée sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, Québec, CSST, 1986, p.4.

réadaptation optimale de la victime, se trouve partiellement ou complètement escamoté.

Avant d'élaborer davantage sur cette problématique, la FIQ croit nécessaire, pour une meilleure compréhension des enjeux, de faire un rappel des événements marquants qui ont mené à l'adoption du régime québécois actuel de santé et de sécurité du travail en matière de réparation des lésions professionnelles

Préalablement à l'entrée en vigueur, en 1909, de la *Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail et la réparation des dommages qui en résultent*, un-e travailleur-euse qui voulait obtenir la réparation pleine et entière du préjudice subi en raison d'un accident du travail devait tenter une action en responsabilité civile contre son employeur devant les tribunaux civils. Ce recours étant toutefois long et onéreux, était peu accessible aux travailleur-euse-s.

Quant aux employeurs, le risque lié au dépôt d'un tel recours était loin d'être inexistant. En effet, dans la mesure où la responsabilité de l'employeur était reconnue à l'égard d'un accident du travail et qu'une condamnation à payer des dommages-intérêts était prononcée à son endroit, bon nombre d'employeurs se trouvaient alors confrontés à une situation financière précaire, voire même à la faillite de leur entreprise. Dans l'objectif d'éviter ces difficultés ainsi que le soulèvement des travailleur-euse-s contre les employeurs, le législateur québécois a décidé d'intervenir par l'adoption de cette législation.

Le fondement du régime actuel provient donc de cette époque alors qu'une première loi en matière d'indemnisation des victimes d'accidents du travail est adoptée. En 1931, cette loi est revue et remplacée par la *Loi des accidents du travail*. Le principe de base demeure le même. Le régime alors érigé par ces lois revêt un caractère de contrat social entre les employeurs et les travailleur-euse-s. Ainsi, les victimes obtiennent la garantie d'être compensées lors d'un accident du travail sans qu'elles aient à démontrer la

faute de l'employeur. En contrepartie, elles renoncent à une partie importante de dommages-intérêts auxquels elles auraient normalement droit devant une instance civile. Pour leur part, les employeurs obtiennent l'immunité à l'égard des poursuites civiles reliées à un accident du travail<sup>78</sup>.

C'est en 1985 qu'une véritable réforme du régime est effectuée alors que la LATMP remplace la *Loi des accidents du travail*. Cette nouvelle législation introduit, entre autres, des dispositions qui visent la réintégration au travail des victimes de lésions professionnelles en édictant le droit à la réadaptation ainsi que le droit de retour au travail chez l'employeur. Ces nouvelles mesures constituent indéniablement un gain majeur pour ces victimes. Toutefois, ce gain n'a pas été obtenu sans qu'il n'y ait eu de compromis de la part de celles-ci et sans qu'elles ne subissent des pertes financières lors de la survenance d'une éventuelle lésion professionnelle. En effet, l'indemnisation des victimes est alors revue à la baisse et les rentes viagères pour incapacité partielle permanente<sup>79</sup> sont remplacées par un montant forfaitaire beaucoup moins avantageux et fixé en fonction des séquelles résultant d'une lésion professionnelle<sup>80</sup>. Les détracteur-trices de l'actuel régime québécois SST qui invoquent une soi-disant « surindemnisation » des victimes de lésions professionnelles ont parfois tendance à occulter cette page de l'histoire.

---

<sup>78</sup> Jean-Pierre NÉRON, «Y a-t-il une limite en matière de Plan individualisé de réadaptation (PIR) dans la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles? », dans Service de la formation continue, Barreau du Québec, Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail (2003), Cowansville, Éditions Yvon Blais, p.159.

<sup>79</sup> Il faut savoir qu'à l'époque, ces rentes viagères n'étaient jamais remises en question, peu importe les revenus ultérieurs du travailleur.

<sup>80</sup> Guide de Formation SST : la réparation, la prévention, FIQ, octobre 2002, p.12.

Par ailleurs, avec l'introduction en 1985 de ces nouvelles dispositions, c'est toute la philosophie du régime qui est revue :

«Alors que l'ancien régime était axé sur l'indemnisation des incapacités physiques ou psychiques, temporaires ou permanentes, le nouveau régime se base sur la protection de la capacité de gain du travailleur. Il trace donc une nouvelle voie de traitement qui porte sur l'identification la plus complète des moyens servant à redonner au travailleur les capacités utiles à produire des gains financiers équivalents à ceux pré-accidentels.<sup>81</sup>» (Notre soulignement)

De façon concomitante, le législateur québécois met en place un système d'imputation qui consiste à faire payer aux employeurs une portion de plus en plus importante des coûts reliés aux lésions professionnelles qui surviennent dans leur entreprise<sup>82</sup>. Au point de départ, ce système élaboré en fonction du risque, devait inciter les employeurs, d'une part, à intervenir en prévention des lésions professionnelles et, d'autre part, à participer de façon proactive au processus de réadaptation des travailleur-euse-s avant même que la lésion ne soit consolidée<sup>83</sup>. Force est de constater aujourd'hui que cet incitatif n'est certes pas suffisant puisque l'implication des employeurs en matière de prévention et de réadaptation demeure plutôt modeste.

---

<sup>81</sup> Denis-Émile GILASSON, «Synopsis sur le nouveau régime », dans Rodrigue BLOUIN (dir.) et autres, *Les Lésions Professionnelles*, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 1987, p.15.

<sup>82</sup> En 1985, le législateur a d'abord élaboré un système qui visait à ajuster les cotisations des gros employeurs en fonction du coût réel des accidents leur étant attribuables. En 1990, ce système de cotisation au mérite prend de l'ampleur et s'étend aux petites et moyennes entreprises par le biais des taux personnalisés. Quant aux grandes entreprises c'est le régime rétrospectif qui s'applique.

<sup>83</sup> Jean-François GILBERT «Les objectifs convergents des Chartes et de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP), dans BARREAU DU QUÉBEC, Service de la formation permanente, Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail, 2006, volume 239, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 261-300, p.264

Ainsi, selon le régime SST actuel, la réparation des conséquences d'une lésion professionnelle pour la victime vise notamment à compenser la perte de sa capacité de gains par le versement d'une IRR. Quant à l'employeur qui finance ce régime, il va sans dire qu'il a un intérêt certain à sortir le plus rapidement possible du système cette personne qui reçoit une IRR, et ce, afin de réduire les coûts générés par les lésions professionnelles se produisant dans son entreprise<sup>84</sup>.

Cependant, pour la FIQ, le souci de l'employeur de réduire ses coûts financiers ne doit, en aucun temps et d'aucune façon, compromettre la réadaptation optimale de la victime d'une lésion professionnelle. Le processus de réadaptation étant enclenché lorsque la victime conserve des séquelles permanentes découlant de sa lésion, les conséquences résultant de celle-ci risquent en effet de perdurer bien au-delà de la fin de la période d'indemnisation, voire tout au long de la vie de cette personne. Il est donc de la plus haute importance que le processus de réadaptation ne soit pas bâclé et que toutes les mesures nécessaires soient prises, tant par la CSST que par l'employeur, pour optimiser la capacité du-de la travailleur-euse à gagner sa vie en dépit des séquelles découlant de sa lésion professionnelle. Comme cette lésion est survenue en raison du travail, l'employeur est inévitablement redevable envers la victime. Tout doit être mis en œuvre pour qu'elle puisse réintégrer le travail, d'abord et avant tout, chez cet employeur, lequel se doit de déployer des efforts réels et sérieux.

---

<sup>84</sup> Jean-Pierre Néron, *op. cit.*, note 78, p. 162

**Conséquemment, la FIQ prie instamment les membres du groupe de travail de soumettre au conseil d'administration de la CSST la recommandation suivante pour adoption :**

28. Que la CSST et les employeurs soient sensibilisés à l'importance primordiale du processus de réadaptation prévu à la LATMP pour la victime d'une lésion professionnelle et à la nécessité de déployer des efforts réels et sérieux et de prendre toutes les mesures nécessaires pour réintégrer celle-ci, d'abord et avant tout, chez son employeur.

- **Prise en considération par la CSST et la CLP de l'obligation d'accommodement de l'employeur en matière de réadaptation et de droit de retour au travail**

Dans l'état actuel du droit, il s'avère impossible de traiter de la réintégration au travail d'une personne porteuse d'un handicap sans tenir compte de l'obligation d'accommodement raisonnable de l'employeur, que ce handicap soit relié ou non à une lésion professionnelle. En vertu du droit à l'égalité dans l'emploi découlant des chartes<sup>85</sup>, l'employeur a en effet l'obligation de prendre les mesures raisonnables nécessaires, sans toutefois s'imposer une contrainte excessive, pour accommoder les personnes œuvrant dans son entreprise qui deviennent incapables d'exercer leur emploi en raison d'un handicap.

En fait, la jurisprudence en matière de droit à l'égalité dans l'emploi a connu un essor vertigineux au cours des vingt-cinq dernières années. L'étendue de l'obligation d'accommodement de l'employeur de même que ses limites se sont peu à peu précisées avec le temps, principalement depuis l'arrêt Meiorin<sup>86</sup> rendu par la Cour suprême du Canada en 1999. Cet arrêt constitue une avancée majeure en matière de protection contre la discrimination, sous toutes ses formes, en milieu de travail :

---

<sup>85</sup> Le droit à l'égalité est enchâssé dans la *Charte canadienne des droits et libertés*, partie I de la *Loi constitutionnelle de 1982*, dans la *Loi de 1982 sur le Canada*, annexe B, 1982, R.-U., c. 11 para. 15(1) et dans la *Charte des droits et libertés de la personne* (L.R.Q., c. C-12) notamment aux articles 10, 16 et 20.

<sup>86</sup> *Colombie-Britannique (Public Service Employee Relations Commission) c. B.C.G.S.E.U.*, [1999] 3 R.C.S. 3. (Appelé aussi l'arrêt *Meiorin*).

*On peut d'ores et déjà affirmer qu'il s'agit d'un arrêt phare en droit de l'égalité qui constitue une véritable réforme juridique dans l'articulation entre les droits de la personne et les relations du travail. Concrètement, les suites à donner à cet arrêt commandent une transformation du monde du travail, qui devra revoir ses normes d'emploi de manière à y intégrer dans leur formulation même, des adaptations permettant de composer avec les besoins de certains groupes et personnes<sup>87</sup>. (Notre soulignement)*

Ainsi, l'obligation d'accommodement dévolu à l'employeur est un aspect fondamentalement important des lois en matière de droits de la personne et une partie intégrante du droit à l'égalité en milieu de travail<sup>88</sup>. Elle s'impose désormais comme moyen d'instaurer l'égalité dans l'emploi. L'employeur ne peut mettre un terme au lien d'emploi d'un-e travailleur-euse porteuse d'un handicap, que celui-ci soit attribuable ou non à une lésion professionnelle, sans avoir préalablement fait des efforts réels et sérieux pour tenter de l'accommoder, sous réserve d'une contrainte excessive.

Selon l'analyse jurisprudentielle et doctrinale effectuée par la FIQ, il ne fait aucun doute que la CSST et la CLP disposent de la compétence nécessaire pour examiner les questions relatives à l'obligation d'accommodement aux fins de rendre leurs décisions sur la capacité du-de la travailleur-euse d'exercer son emploi prélésionnel, un emploi équivalent ou bien un emploi convenable chez son employeur. À ce propos, voici un extrait fort pertinent d'un article de Me Anne-Marie Laflamme avec lequel la FIQ est entièrement en accord :

---

<sup>87</sup> DRAPEAU, Maurice, « L'évolution de l'obligation d'accommodement à la lumière de l'arrêt *Meiorin* », [2001] R. du B. 299, 310-311.

<sup>88</sup> *Commission scolaire régionale de Chambly c. Bergevin*, [1994] 2. R.C.S. 525

*L'intégration de l'obligation d'accommodement dans le régime de la LATMP apparaît non seulement nécessaire pour donner effet au droit à l'égalité, mais elle est également souhaitable puisque les instances de la CSST possèdent l'expertise et les ressources permettant de faire cheminer l'employeur dans la recherche de solution fructueuse. De plus, à l'ère où le coût des régimes sociaux devient de plus en plus difficile à supporter et partant, à justifier, il nous semble difficile de reconnaître que les employeurs pourraient être autorisés par l'effet de la LATMP, à échapper à leurs responsabilités à l'égard de la réintégration de leurs employés en contrepartie d'un «dédommagement» monétaire. Nous estimons plus logique de considérer qu'il faut favoriser les efforts d'accommodement des employeurs, et que ces efforts doivent être au moins aussi grands envers les employés qui sont handicapés en raison d'une lésion professionnelle survenue au sein de leur entreprise qu'à l'égard de ceux dont le handicap résulte d'une maladie personnelle<sup>89</sup>. (Notre soulignement)*

Cependant, comme Me Laflamme le souligne à juste titre dans son article, les instances responsables de l'application du régime de réparation des lésions professionnelles ont plutôt tendance à demeurer en marge de cette évolution voire de cette révolution jurisprudentielle en matière d'obligation d'accommodement de l'employeur. Mais la FIQ croit que tôt ou tard, la CSST et la CLP devront s'ajuster à cette nouvelle réalité.

---

<sup>89</sup> Me Anne-Marie Laflamme, *Le droit de retour au travail et l'obligation d'accommodement : le régime de réparation des lésions professionnelles peut-il résister à l'envahisseur?*, (2007) 48 *Les Cahiers de Droit*, p.215-247, à la p.247.

En fait, la CLP a rendu quelques décisions à l'effet que le processus de réadaptation prévu à la LATMP, incluant le droit au retour au travail, serait en soi « une procédure d'accommodement légale »<sup>90</sup> et qu'il n'y aurait donc pas lieu d'importer au régime québécois de réparation la notion d'obligation d'accommodement telle que développée en matière de relations de travail. Si tel est le cas, il s'avère alors essentiel que les articles 170<sup>91</sup> et 171<sup>92</sup> de la LATMP reçoivent une interprétation large et libérale de la part du-de la conseiller-ère en réadaptation de la CSST afin de s'assurer que l'employeur s'acquitte adéquatement de son obligation d'accommodement à l'égard du-de la travailleur-euse concerné-e et tente véritablement de l'accommoder en vue d'une réintégration dans son entreprise. Bien que les articles 170 et 171 fassent référence à un « emploi convenable disponible » chez l'employeur, il n'en demeure pas moins que la CSST se doit de vérifier si l'employeur fait de réels efforts pour lui trouver un tel emploi convenable. La « disponibilité » de cet emploi n'a pas nécessairement à être immédiate, mais il peut le devenir dans un avenir raisonnablement prévisible, sans constituer pour l'employeur une contrainte excessive. Par exemple, la CSST peut décider de prendre plus de temps avant de rendre sa décision afin de laisser le temps aux parties – employeur,

---

<sup>90</sup> Voir notamment : *Estelle Lizotte et R.S.S.S MRC Maskinongé et CSST Mauricie-Centre du Québec*, [2003] C.L.P. 463; *Djamel Lahreche et Provigo (Division Montréal Détail) et CSST*, [2003] C.L.P. 1708 et *ministère des Ressources naturelles de la Faune et des Parcs c. Gagnon*, CLP 210674-01A-0306, 13 avril 2005 (Jean-François Clément).

<sup>91</sup> Article 170 de la LATMP : *Lorsqu'aucune mesure de réadaptation ne peut rendre le travailleur capable d'exercer son emploi ou un emploi équivalent, la Commission demande à l'employeur s'il a un emploi convenable « disponible » et, dans l'affirmative, elle informe le travailleur et son employeur de la possibilité, le cas échéant, qu'une mesure de réadaptation rende ce travailleur capable d'exercer cet emploi avant l'expiration du délai pour l'exercice de son droit au retour au travail. [...]*

<sup>92</sup> Article 171 de la LATMP : *Lorsqu'aucune mesure de réadaptation ne peut rendre le travailleur capable d'exercer son emploi ou un emploi équivalent et que son employeur n'a aucun emploi convenable disponible, ce travailleur peut bénéficier de services d'évaluation de ses possibilités professionnelles en vue de l'aider à déterminer un emploi convenable qu'il pourrait exercer. [...]*

travailleur-euse, syndicat - de trouver un emploi convenable à l'intérieur de l'entreprise.

Dans l'hypothèse où la LATMP contient une procédure d'accommodement légale, Il est néanmoins primordial que la CSST applique les articles 170 et 171 à la lumière des critères développés par la jurisprudence en matière d'obligation d'accommodement et de droit à l'égalité dans l'emploi. À ce propos, la FIQ croit nécessaire que les conseiller-ère-s en réadaptation de la CSST reçoivent une formation appropriée sur l'obligation d'accommodement raisonnable de l'employeur aux fins d'en tenir compte dans chacune de leurs décisions relatives à la capacité du-de la travailleur-euse d'exercer un emploi chez son employeur.

Selon son expérience relative à l'application du processus de réadaptation de la LATMP à l'égard de ses membres, la FIQ constate l'aberration suivante. Les travailleur-euse-s qui ont un handicap personnel bénéficient de droits, en matière de réintégration au travail, supérieurs à ceux attribués par la LATMP aux victimes de lésions professionnelles conservant des séquelles permanentes. Ce paradoxe inconcevable mérite que l'on s'y attarde pour trouver sans délai des solutions justes et équitables, voire égalitaires, pour l'ensemble des personnes porteuses d'un handicap personnel ou professionnel, particulièrement pour les victimes d'une lésion attribuable au travail.

Par conséquent, il est impératif que la CSST et la CLP tiennent compte de l'obligation d'accommodement de l'employeur dans leurs décisions. Le-la travailleur-euse porteur-euse d'un handicap découlant d'une lésion professionnelle a droit, selon la FIQ, aux mêmes égards qu'un-e travailleur-euse ayant un handicap d'origine personnelle. Il est exact qu'en matière de réadaptation, la LATMP innovait en 1985 lorsque le législateur a adopté les dispositions relatives au processus de réadaptation et au droit de retour au travail, ce que certain-e-s nomment un « processus d'accommodement légal ». Celui-ci répond probablement aux besoins physiques, sociaux et professionnels d'une bonne majorité des travailleur-euse-s accidenté-e-s ou

devenu-e-s malades à cause de leur travail. Cependant, ce processus, aussi bien structuré soit-il, doit pouvoir répondre aux besoins particuliers de chacun-e des travailleur-euse-s en fonction de leurs caractéristiques propres et doit pouvoir préserver, autant qu'il est raisonnablement possible de le faire, leur lien d'emploi. Pour ce faire, la FIQ est d'avis que seule une intégration de l'obligation d'accommodement raisonnable de l'employeur au processus de réadaptation prévu à la LATMP peut permettre d'atteindre les objectifs d'ordre public visés par les Chartes en matière de droit à l'égalité.

Enfin, la FIQ partage entièrement cette conclusion émise par Me Anne-Marie Laflamme dans son article précédemment mentionné :

*Il va de soi qu'une intervention législative serait souhaitable en vue de clarifier la situation, d'harmoniser la LATMP avec les obligations de la Charte québécoise et de bien indiquer aux employeurs l'étendue de leurs responsabilités en matière d'accommodement. Toutefois, en attendant une nouvelle actualisation du régime, nous croyons que la CSST et la CLP, à l'instar des autres organismes et tribunaux spécialisés, doivent interpréter les dispositions qu'elles sont chargées d'appliquer de façon à donner plein effet au droit quasi constitutionnel à l'égalité*<sup>93</sup>. (Notre soulignement)

---

<sup>93</sup> Anne-Marie LAFLAMME, *loc. cit.*, note 89, p.247.

**Conséquemment, la FIQ prie instamment les membres du groupe de travail de soumettre au conseil d'administration de la CSST les recommandations suivantes pour adoption :**

29. Que la CSST, son instance de révision, et la CLP soient sensibilisées à la nécessité de tenir compte, dans chacune de leurs décisions relatives à la capacité d'exercer l'emploi, de l'obligation d'accommodement de l'employeur à l'égard des personnes victimes de lésions professionnelles dans son entreprise;
30. Que la CSST, son instance de révision, et la CLP, disposent de tous les pouvoirs nécessaires pour s'assurer que l'employeur s'acquitte adéquatement de son obligation d'accommodement envers les personnes victimes de lésions professionnelles dans son entreprise;
31. Que la CSST recommande au gouvernement du Québec de légiférer afin d'harmoniser la LATMP avec les obligations de la Charte québécoise, incluant l'obligation d'accommodement de l'employeur en matière de réadaptation et de réintégration au travail des victimes de lésions professionnelles, et de préciser l'étendue des responsabilités de l'employeur en matière d'accommodement;
32. Qu'une formation appropriée sur l'obligation d'accommodement de l'employeur soit offerte aux conseiller-ère-s en réadaptation de la CSST afin qu'elle tienne compte de cette obligation dans leurs décisions relatives à la capacité de la victime d'exercer un emploi chez l'employeur.

- **Reconnaissance dans la LATMP de la compétence complémentaire de l'arbitre de griefs eu égard à la capacité de la victime de réintégrer un emploi chez l'employeur**

La personne qui conserve des séquelles permanentes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle n'est pas seulement victime de cette lésion professionnelle mais elle peut également être victime du processus de réparation actuellement prévu à la LATMP. De fait, cette personne peut se trouver dans une position s'apparentant à un déni de justice où elle ne pourra, en tant que personne porteuse d'un handicap professionnel, faire valoir son droit à l'égalité dans l'emploi, contrairement à celle qui présente un handicap personnel.

Au cours de la dernière décennie, une controverse jurisprudentielle s'est installée concernant l'identité de l'instance ayant compétence pour examiner la question de l'obligation d'accommodement de l'employeur aux fins de rendre une décision sur la capacité d'exercer l'emploi d'une personne victime d'une lésion professionnelle. Est-ce la CSST, et la CLP le cas échéant, ou bien est-ce l'arbitre de grief? Est-il plutôt question d'une compétence concurrente de ces instances ou bien d'une compétence complémentaire? Qu'en est-il au juste? La réponse n'est pas évidente à un point tel que la victime est parfois dans une impasse voire même dans un vide juridique.

En réalité, les opinions des tribunaux se partagent en deux camps distincts selon qu'ils considèrent que la CLP (incluant la CSST) a compétence ou non pour se prononcer sur l'obligation d'accommodement de l'employeur. Les litiges ayant mené à cette controverse se fondent soit sur le processus de réadaptation de la LATMP, soit sur le dépôt d'une plainte en vertu de l'article 32 de cette Loi, soit sur le dépôt d'un grief, pour en arriver finalement à la décision du tribunal de statuer – ou de refuser de statuer en raison d'une absence de compétence – sur la capacité de la victime de réintégrer son emploi en raison de l'existence de limitations fonctionnelles professionnelles.

L'un des premiers litiges à ouvrir le bal est celui de l'affaire Ouellette<sup>94</sup>. Dans cette histoire, M. Ouellette a été victime d'une lésion professionnelle diagnostiquée par son médecin traitant comme étant une entorse lombaire reconnue par la CSST. Dix jours plus tard, il est examiné par le médecin de l'employeur. Ce médecin lui reconnaît des limitations fonctionnelles en relation, non pas avec cette lésion professionnelle, mais avec une condition personnelle préexistante de spondylolyse. Quelques mois après son retour au travail, M. Ouellette présente une nouvelle réclamation à la CSST pour une récurrence de ses problèmes lombaires. Peu de temps après, l'employeur le congédie en invoquant l'incompatibilité de ses limitations fonctionnelles avec l'exercice de son emploi. Ayant contesté son congédiement par le dépôt d'une plainte à la CSST en vertu de l'article 32 de la LSST, M. Ouellette présente devant la CLP une preuve relative à des types d'équipement existants sur le marché qui auraient pu, s'ils avaient été installés par l'employeur, permettre sa réintégration dans son emploi.

La commissaire de la CLP en 1<sup>re</sup> instance a refusé de tenir compte de cette preuve ayant trait à l'obligation d'accommodement de l'employeur, étant d'avis que le rôle du tribunal « n'est pas de s'immiscer dans le pouvoir de gestion de l'employeur »<sup>95</sup>. Alléguant que ce dernier n'a aucunement essayé de l'accommoder et que son congédiement est contraire à la Charte québécoise, M. Ouellette présente une requête en révision de cette

---

<sup>94</sup> *Michel Ouellete et Mueller Canada inc.*, CLP 83787-64-9611, 87752-64-9704 et 100496-64-9804, commissaire Thérèse Giroux, 12 mai 1999, décision de la CLP rendue en 1<sup>re</sup> instance; *Michel Ouellete et Mueller Canada inc.*, CLP 83787-64-9611-R, 87752-64-9704R et 100496-64-9804-R, commissaire Neuville Lacroix, 5 juin 2000, décision de la CLP rendue en révision; *Michel Ouellete c. Mueller Canada inc. et al.*[2001] R.J.Q. 2953, décision de la Cour supérieure du Québec; *Mueller Canada inc. c. Michel Ouellette et al.*, C.A. 500-09-011672-011, 18 mai 2004, décision de la Cour d'appel du Québec, rapportée à [2004]R.J.Q. 1397; la demande d'autorisation d'appel à la Cour suprême du Canada logée par M. Ouellette a été rejetée le 18 novembre 2004 (30435). Aussi appelée **l'affaire Ouellette** ou **l'affaire Mueller**.

<sup>95</sup> *Id.*, décision rendue par la CLP en 1<sup>re</sup> instance.

décision. Sa requête est rejetée par le commissaire réviseur de la CLP mais accueillie par la Cour supérieure.

En effet, le juge Richard Mongeau de la Cour supérieure du Québec est d'avis qu'il est du devoir de la CLP d'examiner la question de l'accommodement puisque M. Ouellette a été congédié en raison de son handicap, en violation de ses droits fondamentaux protégés par la Charte québécoise. Pour sa part, la Cour d'appel accueille l'appel de l'employeur, casse le jugement rendu par la Cour supérieure et rejette la requête de M. Ouellette.

Dans son jugement, la Cour d'appel conclut que la CLP n'avait pas la compétence pour se prononcer sur la question de l'accommodement en raison du fait que le handicap (limitations fonctionnelles) de M. Ouellette découlait non pas de sa lésion professionnelle mais de sa condition personnelle préexistante de spondylose. En fait, M. Ouellette aurait dû prendre la voie du grief plutôt que celle de la plainte en vertu de l'article 32 de la LATMP. Or, cet article prohibe, entre autres, le congédiement effectué en raison du fait que le-la travailleur-euse a été victime d'une lésion professionnelle. En l'espèce, M. Ouellette n'a pas été congédié pour ce motif mais uniquement en raison de ses limitations fonctionnelles personnelles. En conséquence, la CLP ne pouvait, dans ce cas particulier, avoir compétence pour se prononcer sur la question de l'obligation d'accommodement de l'employeur. Cependant, la Cour d'appel souligne qu'un arbitre de grief aurait eu cette compétence. Elle mentionne en effet que M. Ouellette s'est « peut-être malheureusement » désisté de son grief alors que « la compétence d'un arbitre d'imposer à un employeur le fardeau d'établir, pour justifier sa décision, l'impossibilité de trouver des formules d'accommodement n'est ni contestée ni contestable en vertu de la jurisprudence<sup>96</sup>.»

---

<sup>96</sup> L'affaire Ouellette ou Mueller, précitée, note 94, décision de la Cour d'appel, paragraphes 39, 40 et 44.

D'autres décisions ont également été rendues sur la compétence des tribunaux administratifs eu égard à l'obligation d'accommodement de l'employeur en matière de limitations fonctionnelles découlant d'une lésion professionnelle. En 2003, deux décisions rendues par la CLP attirent particulièrement l'attention : l'affaire *Pruneau et Tuyaux Wolverine Canada Inc.*<sup>97</sup> et l'affaire *Estelle Lizotte et RSSS MRC Maskinongé et CSST Mauricie-Centre du Québec*<sup>98</sup>. Ces décisions, rendues à une semaine d'intervalle par deux commissaires différentes, prennent des positions diamétralement opposées. La commissaire Francine Juteau dans l'affaire *Pruneau*, accueillant la plainte du travailleur portée en vertu de l'article 32 de la LATMP, décide dans le sens proposé par le juge Mongeau de la Cour supérieure dans l'affaire *Ouellette* ci-avant mentionnée. Ainsi, la CLP a compétence pour statuer sur l'obligation d'accommodement de l'employeur. Par contre, la commissaire Sophie Sénéchal, saisie d'un litige sur la détermination d'un emploi convenable dans l'affaire *Lizotte*, estime difficile, voire impossible, d'intégrer l'obligation d'accommodement au processus de réadaptation de la LATMP. Elle est plutôt d'avis que ce processus est en soi une procédure d'accommodement légale prévue par le législateur dans cette Loi.

---

<sup>97</sup> *Pruneau et Tuyaux Wolverine Canada Inc* [2003] CLP 392, cette décision a été annulée par la Cour supérieure du Québec le 5 octobre 2004, laquelle adhère à la position de la Cour d'appel dans l'affaire *Ouellette*.

<sup>98</sup> *Estelle Lizotte et RSSS MRC Maskinongé et CSST Mauricie-Centre du Québec*, précitée, note 90.

Récemment, un jugement rendu par la Cour d'appel dans l'affaire *Société des établissements de plein air du Québec c. Syndicat de la fonction publique du Québec et Francine Beaulieu*<sup>99</sup> est venu alimenter davantage cette controverse. La Cour devait décider si l'arbitre de griefs est compétent pour entendre le grief visant la réintégration du travailleur dans son emploi prélésionnel en invoquant l'obligation d'accommodement de l'employeur. Dans cette affaire, le travailleur a subi une lésion professionnelle, soit une aggravation d'une hernie discale. La CSST a rendu une décision à l'effet qu'il est incapable d'exercer son emploi prélésionnel ni aucun autre emploi chez son employeur, bien qu'il soit toutefois capable d'effectuer certaines tâches telles que des travaux légers. La Cour conclut que la CSST «s'est ainsi prononcée sur la possibilité d'accommodement de l'employeur». Concernant le grief, l'arbitre a conclu que la question de l'accommodement relevait plutôt de l'examen et de l'évaluation du dossier du travailleur par la CSST et qu'il n'avait donc pas compétence. La Cour a confirmé le raisonnement de l'arbitre ainsi que sa décision.

Des arbitres de grief ont également décliné compétence dans d'autres affaires<sup>100</sup> relatives à l'obligation d'accommodement de l'employeur à

---

<sup>99</sup> *Société des établissements de plein air du Québec c. Syndicat de la fonction publique du Québec et Francine Beaulieu*, appelé aussi l'affaire *SEPAQ*, [2009] QCCA 329, 19 février 2009.

<sup>100</sup> Voici trois exemples où l'arbitre de grief a décliné compétence sur cette question : 1. *Syndicat des travailleuses et travailleurs de la Station Mont-Tremblant (CSN) et Station Mont-Tremblant*, Tribunal d'arbitrage (Me Louise Viau), 3 décembre 2004, SOQUIJ AZ-50283876, DTE 2005T-81; requête en révision judiciaire rejetée par la Cour supérieure le 25 mai 2005, SOQUIJ AZ-50315339, DTE 2005T-541;

2. *Syndicat des employées et employés du Centre d'accueil de Gatineau et CLSC / CHSLD de Gatineau*, Tribunal d'arbitrage (Me Gilles Corbeil), 23 mai 2003, SOQUIJ AZ-03145130, DTE 2003T-791;

3. *Provigo Distribution Inc. et Travailleurs et Travailleuses unis de l'alimentation et du commerce, TUAC, local 500 et Madame Rita Michaud*, Tribunal d'arbitrage (Me François Blais), 20 juin 2008, SOQUIJ AZ-50498090, DTE 2008T-586.

l'égard d'un-e travailleur-euse victime d'une lésion professionnelle ayant entraîné des limitations fonctionnelles.

Ainsi, le-la travailleur-euse porteur-euse de limitations fonctionnelles se trouve au cœur de cette controverse inextricable dont il-elle fait actuellement les frais. D'une part, la CSST et la CLP se déclarent, pour la plupart, sans compétence pour statuer sur l'obligation d'accommodement de l'employeur et prétendent que le processus de réadaptation de la LATMP est en soi une procédure d'accommodement légale. D'autre part, les arbitres de grief invoquent la compétence exclusive de la CSST et de la CLP pour décliner compétence. Le-la travailleur-euse se trouve donc dans un vide juridique puisqu'aucune instance, en matière de lésions professionnelles, ne se considère compétente pour vérifier si l'employeur s'est bel et bien acquitté de son obligation d'accommodement à son égard.

Même en considérant que le processus de réadaptation prévu à la Loi peut être considéré comme une procédure d'accommodement légale, la FIQ est d'avis que cela ne dispense pas l'employeur de démontrer qu'il a tenté d'accommoder de façon réelle et sérieuse le-la travailleur-euse.

Par ailleurs, bien que la CSST et la CLP détiennent une compétence exclusive pour rendre une décision sur la capacité d'exercer l'emploi pré-lésionnel ou un emploi convenable chez l'employeur, la FIQ considère que l'arbitre de grief possède une compétence « complémentaire » en présence d'une convention collective contenant des dispositions plus avantageuses en matière de droit au retour au travail chez l'employeur. C'est le cas du Décret tenant lieu de convention collective FIQ qui prévoit une période de trois (3) ans du début de la lésion professionnelle pour exercer le droit de retour au travail. De plus, il est prévu qu'un-e travailleur-euse incapable de reprendre ses fonctions en raison de ses limitations

fonctionnelles est alors inscrit-e sur une équipe spéciale « si ses capacités résiduelles lui permettent d'accomplir certaines tâches<sup>101</sup>.»

Dans ce contexte, le fait que la CSST ait rendu une décision sur la capacité du-de la travailleur-euse d'exercer son emploi prélesionnel ou un emploi convenable conformément au processus de réadaptation de la LATMP, ne peut faire obstacle à l'obtention éventuelle d'un emploi compatible avec ses limitations fonctionnelles chez son employeur, à la condition que ses capacités résiduelles lui permettent d'accomplir certaines tâches. Dans le cas du dépôt d'un grief réclamant sa réintégration dans cet emploi, l'arbitre aura certes compétence pour en disposer, pourvu qu'il ne remette pas en question les décisions rendues préalablement par la CSST. Quant au fait que l'employeur n'a pas d'emploi convenable « disponible » à offrir lors de la demande formulée par la CSST en vertu de l'article 170 de la LATMP, cet emploi peut très bien devenir disponible à un moment donné et correspondre aux capacités résiduelles du-de la travailleur-euse. Dans ce cas, l'arbitre est alors l'instance appropriée et peut donc se prononcer sur la question de l'obligation d'accommodement de l'employeur eu égard à cet emploi convenable devenu disponible dans son entreprise.

---

<sup>101</sup> Article 30.14 et 30.15 du Décret tenant lieu de convention collective 2006-2010.

**Conséquemment, la FIQ prie instamment les membres du groupe de travail de soumettre au conseil d'administration de la CSST les recommandations suivantes pour adoption :**

33. Dans la mesure où les capacités résiduelles du-de la travailleur-euse lui permettent d'accomplir certaines tâches chez son employeur et qu'il-elle est assujetti-e à une convention collective qui prévoit des dispositions plus avantageuses en matière de droit de retour au travail, la FIQ demande qu'il soit expressément prévu dans la LATMP que l'arbitre de griefs possède une compétence complémentaire à celle de la CSST et de la CLP pour toutes questions relatives à la réintégration de ce-cette travailleur-euse.

- **Intégration explicite de la notion de retour au travail progressif dans la LATMP**

Comme nous l'avons vu précédemment, le-la travailleur-euse a droit à la réadaptation que requiert son état lorsqu'il-elle conserve une atteinte permanente consécutive à sa lésion professionnelle. Toutefois, il serait judicieux de prévoir une certaine forme de réadaptation, même en l'absence d'atteinte permanente, lorsqu'une lésion professionnelle a eu pour conséquence d'entraîner une période d'absence prolongée du travail.

Par exemple, il est connu qu'à la suite d'un avis du Bureau d'évaluation médicale (BEM) dont les conclusions sont à l'effet de consolider la lésion du-de la travailleur-euse sans atteinte permanente et sans limitation fonctionnelle, la CSST rend une décision qui impose un retour au travail immédiat. Dans la majorité des cas, ce retour s'effectue à temps complet, sans aménagement possible. La Fédération considère que cette façon de procéder va non seulement à l'encontre des principes d'équité, mais aussi ne favorise aucunement la réussite d'un retour au travail.

Il est utile de se rappeler que lorsqu'un avis du BEM est demandé sur la date de consolidation d'une lésion, cela signifie que le médecin traitant est d'opinion que la lésion n'est pas encore consolidée et que des soins et des traitements sont toujours requis pour permettre au-à la travailleur-euse de stabiliser son état. Il n'est pas rare non plus que le-la travailleur soit en arrêt de travail depuis un certain temps. Dans de telles circonstances, la décision de la CSST risque fort de créer de l'anxiété chez le-la travailleur-euse et de contribuer à augmenter les risques d'une rechute, d'une récurrence ou d'une aggravation de sa lésion professionnelle. En somme, ce manque de flexibilité peut grandement nuire à un rétablissement adéquat et durable de ce travailleur-euse.

Ainsi, lorsque le-la travailleur-euse doit s'absenter de son travail pour une longue période de temps en raison de sa lésion professionnelle, la FIQ estime qu'une période d'adaptation est absolument nécessaire. Dans un même ordre d'idées, la FIQ est d'avis qu'en matière de retour au travail, il est important de tenir compte des conséquences à la fois physiques et psychosociales découlant d'une longue période d'inactivité professionnelle. Aussi, lorsqu'une situation semblable se présente, la possibilité de réintégrer le travail de façon progressive s'avère grandement bénéfique pour le rétablissement du-de la travailleur-euse.

Le retour progressif au travail s'est révélé en effet être une «mesure de réadaptation» efficace puisqu'il peut faciliter l'intégration du-de la travailleur-euse après une période d'absence prolongée pour invalidité. Cette mesure donne l'opportunité au-à la travailleur-euse de se réhabituer aux exigences de son emploi et de reprendre confiance dans l'exécution de ses tâches. Cette façon de procéder améliore beaucoup les chances de succès du retour au travail et minimise les risques de rechute, de récidence ou d'aggravation de sa lésion. D'ailleurs, il est facile de constater que les médecins recommandent de plus en plus le retour progressif au travail après une période plus ou moins longue d'absence, et ce avant même de procéder à la consolidation de la lésion.

À ce propos, il est intéressant de noter que la majorité des compagnies d'assurance accepte aujourd'hui de maintenir les prestations d'assurance salaire pendant un retour progressif au travail, et ce, même dans le cas où un tel retour n'est pas prévu par le contrat d'assurance<sup>102</sup>. Lorsque cette

---

<sup>102</sup> En effet, puisque le-la travailleur-euse accomplit son travail lorsqu'il-elle effectue un retour progressif, il-elle ne répond plus à la définition d'invalidité. Il est donc nécessaire d'obtenir au préalable l'autorisation de l'assureur afin que les prestations d'assurance salaire soient maintenues proportionnellement à la durée du retour au travail progressif. Dans ce cas, la politique interne de l'assureur s'applique à l'égard de la période autorisée de retour progressif au travail. Généralement, on constate que cette période est de l'ordre d'une semaine par mois d'absence pour invalidité. Pour optimiser les chances de réussite du retour, l'assureur demande

solution est envisageable, une entente prévoyant les modalités intervient entre l'assureur, l'assuré-e et l'employeur.

Cette méthode ayant fait ses preuves, la FIQ demande donc que la notion de retour progressif au travail soit intégrée explicitement dans la LATMP.

**Conséquemment, la FIQ prie instamment les membres du groupe de travail de soumettre au conseil d'administration de la CSST les recommandations suivantes pour adoption :**

34. Qu'une période de retour au travail progressif soit explicitement prévue dans la LATMP pour le-la travailleur-euse victime d'une lésion professionnelle s'étant absenté-e pour une période prolongée et devant réintégrer son travail à la suite de la consolidation de sa lésion sans atteinte permanente et sans limitation fonctionnelle.

---

à ce qu'il y ait, idéalement, une progression du nombre de jours au travail à chaque semaine et que les jours de travail soient espacés dans la semaine.

- **Détermination par la CSST d'un réel emploi convenable pour la victime**

Lorsqu'il n'existe aucune possibilité d'emploi convenable chez l'employeur, la détermination d'un emploi convenable ailleurs sur le marché du travail peut se révéler périlleuse pour le-la travailleur-euse. En effet, les possibilités réelles qu'à la fin du processus celui-ci ou celle-ci se trouve effectivement ledit emploi convenable sont plutôt minimes. La principale raison en étant que trop souvent, le processus de réadaptation professionnelle se trouve escamoté et, par conséquent, le-la travailleur-euse est mal préparé-e pour faire face aux exigences du marché du travail.

Cette réalité s'explique en grande partie par la contrainte de la «solution appropriée la plus économique» qu'impose le deuxième alinéa de l'article 181 de la LATMP<sup>103</sup>. Dans la pratique, l'importance des coûts de la réadaptation pèse plus lourd dans la balance que l'atteinte de l'objectif principal qui est de déterminer un emploi réellement convenable pour le-la travailleur-euse.

L'économie de temps et d'argent s'avère le principal moteur des décisions prises par le-la conseiller-ère en réadaptation, ce qui pervertit l'ensemble du processus. Il conviendrait plutôt de se recentrer sur l'objectif initial qui est de maintenir la capacité de gains futurs du-de la travailleur-euse. Pour atteindre cet objectif, il est essentiel qu'au terme du processus de réadaptation, «la personne soit employable, c'est-à-dire nonobstant les séquelles de sa lésion professionnelle, qu'elle soit compétitive sur le marché du travail face aux autres personnes pour trouver un emploi<sup>104</sup>.»

---

<sup>103</sup> Article 181 de la LATMP : Le coût de la réadaptation est assumé par la Commission.

Dans la mise en œuvre d'un plan individualisé de réadaptation, la Commission assume le coût de la solution appropriée la plus économique parmi celles qui permettent d'atteindre l'objectif recherché.

<sup>104</sup> Jean-Pierre Néron, *op. cit.*, note 78, p. 167

En 1994, une étude concernant la réinsertion sociale et professionnelle à la suite du processus de réadaptation de la CSST a été réalisée<sup>105</sup>. Cette étude démontre que les facteurs reliés au contexte dans lequel le processus de réadaptation se déroule sont prépondérants par rapport aux caractéristiques individuelles des travailleur-euse-s sur l'issue de la réinsertion professionnelle. En outre, il est indiqué que la possibilité d'avoir accès à une formation professionnelle complète et adéquate est un facteur qui favorise la réinsertion du-de la travailleur-euse puisqu'elle lui permet de se revaloriser et de se façonner une nouvelle identité professionnelle. Par contre, si une telle formation se réalise dans de mauvaises conditions, ce facteur peut s'avérer défavorable.

Il est donc fort à propos que la CSST autorise la formation lorsqu'elle est nécessaire pour permettre au-à la travailleur-euse d'obtenir un nouvel emploi. Toutefois, en raison du critère de la solution appropriée la plus économique, la CSST aura tendance à choisir des programmes de formation accélérés. Pour ce faire, les cours sont fréquemment dispensés par des écoles privées qui ne sont pas nécessairement reconnues par le ministère de l'Éducation du Québec. Aussi, le contenu de leur formation ne répond pas toujours aux standards de qualité exigés par le marché du travail<sup>106</sup>. Dans ce cas, la mesure de réadaptation s'avère stérile et les chances du-de la travailleur-euse d'être compétitif-ive sur le marché du travail s'en trouvent considérablement réduites.

---

<sup>105</sup> Raymond BARIL et al, *Étude exploratrice des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*, I.R.S.S.T., Études et recherche, R082, 1994; (section 5.3.2.) accessible en ligne à l'adresse suivante : [www.irsst.qc.ca/fr/projet\\_2414.html](http://www.irsst.qc.ca/fr/projet_2414.html)

<sup>106</sup> Cette situation a d'ailleurs donné lieu à quelques décisions de la CLP sur cette question. Voir notamment : *Belley c. Multi-Démolition S.D.*, [1998] C.L.P. 447 et *Savard et Olymel St-Hyacinthe*, C.L.P. 19 septembre 2006, Éric Ouellete, commissaire.

Par ailleurs, l'étude de Raymond Baril<sup>107</sup> a également permis d'identifier d'autres facteurs administratifs défavorables à la réinsertion professionnelle du-de la travailleur-euse. Parmi ceux identifiés, le court laps de temps accordé au-à la travailleur-euse pour décider de sa réorientation professionnelle et l'absence d'analyse des exigences fonctionnelles de l'emploi convenable sont tout à fait d'actualité.

En effet, le-la conseiller-ère en réadaptation est souvent mal informé-e et mal outillé-e pour prendre en compte les exigences et les perspectives d'emploi associées à l'emploi convenable qu'il-elle détermine. L'exemple de l'emploi convenable d'«infirmière hors du milieu hospitalier », lequel a été déterminé pour quelques-unes des professionnelles en soins représentées par la FIQ, illustre bien ce propos.

En fait, le-la conseiller-ère en réadaptation de la CSST devrait savoir que la profession d'infirmière comprend une multitude de spécialisations<sup>108</sup> et que chacune d'elles génère un « emploi » distinct et des conditions de travail distinctes<sup>109</sup>. Ces «emplois» ou postes requièrent des aptitudes, des connaissances ainsi que des exigences physiques différentes. De plus, l'éventail des postes disponibles chez un employeur est variable en fonction de la taille et de la mission de l'établissement de santé.

Pour arriver à déterminer le soi-disant emploi convenable d'« infirmière hors du milieu hospitalier », dans l'exemple préalablement mentionné, le-la conseiller-ère en réadaptation a suivi les étapes habituelles du processus de

---

<sup>107</sup> Raymond BARIL et als, précitée, note 105

<sup>108</sup> Notamment : les soins intensifs, l'urgence, la gériatrie, la chirurgie, la psychiatrie, l'obstétrique, la périnatalité, la médecine, les cliniques externes, l'orthopédie, l'urologie, la néphrologie, la gastroentérologie, l'unité des grands brûlés, la neurochirurgie, l'ophtalmologie, etc....

<sup>109</sup> Par exemple, les exigences d'un emploi d'infirmière aux soins intensifs sont fort différentes de celles liées à un emploi d'infirmière en psychiatrie ou encore à un emploi d'infirmière en obstétrique.

réadaptation. D'abord, il-elle a procédé à l'évaluation de l'emploi pré-lésionnel chez l'employeur. Par la suite, il-elle a vérifié s'il y avait un emploi convenable **disponible** chez l'employeur. Selon le cas, il-elle évalue quelques-uns des «emplois» disponibles chez l'employeur concerné. Toutefois, dans aucun des dossiers pour lesquels cet emploi «convenable» d'infirmière hors du milieu hospitalier a été déterminé, l'exercice du-de la conseiller-ère de la CSST ne s'est étendu au-delà de ces quelques vérifications usuelles. Dans de telles circonstances et compte tenu des nombreux postes de travail n'ayant pas été évalués, comment le-la conseiller-ère de la CSST a-t-il-elle pu en arriver à la conclusion que la travailleuse n'était plus en mesure d'occuper aucun emploi dans un milieu hospitalier. En rendant cette décision, le conseiller-ère en réadaptation n'a fait qu'éliminer une grande partie des employeurs potentiels et, par le fait même, réduire les possibilités de réinsertion professionnelle du-de la travailleur-euse. Ainsi, la détermination d'un tel emploi dit «convenable» dénote une flagrante méconnaissance de la profession d'infirmière et de ses perspectives d'emploi.

Au surplus, la FIQ ne peut passer sous silence le fait que les opportunités d'emploi hors du milieu hospitalier ne sont pas infinies et que les candidatures pour de tels emplois sont nombreuses et dépassent largement la demande. Le critère selon lequel l'emploi convenable doit présenter une possibilité raisonnable d'embauche n'est certes pas atteint dans la présente illustration.

Enfin, il est prévisible que cette professionnelle en soins aura beaucoup de difficulté à réintégrer le marché du travail par rapport à l'emploi convenable déterminé. Dans un tel contexte, la FIQ en vient à la conclusion que le processus de réadaptation a été bâclé et que la travailleuse a perdu le droit à la réadaptation que requiert son état. En revanche, pour la CSST, cet emploi convenable présente de nombreux avantages économiques. Il ne nécessite aucune formation additionnelle et le salaire que la travailleuse pourrait tirer de cet «emploi convenable» est équivalent à celui qu'elle tirait de son emploi pré-lésionnel. De sorte, qu'au plus tard à la fin de l'«année de

recherche d'emploi<sup>110</sup>», la CSST pourra fermer le dossier, sans aucune autre obligation à l'égard de cette travailleuse, et ce, indépendamment du fait qu'elle ait ou non réintégré le marché du travail.

Le souci d'économie prive donc les travailleur-euse-s du droit à la réadaptation que requiert leur état, c'est-à-dire une réadaptation «sur mesure» dont l'issue leur permettra de préserver leur capacité de gains. Pour toutes ces raisons, la FIQ considère que le critère de «la solution appropriée la plus économique» entache les décisions des conseiller-ère-s en réadaptation de la CSST. La FIQ estime donc qu'il est nécessaire d'intervenir afin de ne pas priver les travailleur-euse-s de leur droit à la détermination d'un emploi réellement convenable.

**Conséquemment, la FIQ prie instamment les membres du groupe de travail de soumettre au conseil d'administration de la CSST les recommandations suivantes pour adoption :**

35. Que le critère devant être considéré par la CSST dans la mise en œuvre du programme individualisé de réadaptation (PIR) selon l'article 181 de la LATMP soit la «solution appropriée la plus juste et équitable» parmi celles qui permettent d'atteindre l'objectif recherché, plutôt que «la solution appropriée la plus économique».

---

<sup>110</sup> Article 49 al 2 L.A.T.M.P.

## **PROCESSUS D'ÉVALUATION MÉDICALE ET LE B.E.M. : respect des droits, de la condition médicale et de la dignité des victimes**

Institué en juin 1992<sup>111</sup>, soit près de sept (7) ans après l'adoption de la LATMP, le BEM a fait l'objet de nombreuses critiques au cours des 18 dernières années sans qu'aucune amélioration significative n'ait été constatée. Au contraire, les problèmes toujours présents semblent s'être cristallisés au point où un solide coup de barre doit être donné pour pouvoir justifier son maintien, comme le démontre la rétrospection qui suit.

À peine cinq (5) ans après la création du BEM, la *Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives*<sup>112</sup>, sanctionnée le 12 juin 1997, énonçait, à son article 68, l'obligation pour le ministre du Travail de faire au gouvernement un rapport d'évaluation du BEM. Ce rapport devait faire état, entre autres, des résultats obtenus par le BEM à la suite de la mise en application des mesures devant être prises pour améliorer son fonctionnement. De fait, lors des travaux parlementaires tenus préalablement à l'adoption de cette Loi, le BEM avait été vertement critiqué. Ce dernier avait alors proposé huit (8) mesures administratives visant l'amélioration de son fonctionnement.

Les audiences publiques sur le projet de cette Loi, portant le n° 79, ont permis d'entendre 37 groupes pendant plus de 36 heures. À la lumière des mémoires déposés et des commentaires émis, trois (3) éléments majeurs ont fait l'objet d'une réflexion et d'amendements. Outre le paritarisme, les deux autres éléments étaient, d'une part, le processus d'évaluation médicale et, d'autre part, le BEM. Il est utile de rappeler, aux fins du présent mémoire, les propos de l'ex-ministre du Travail, Matthias Rioux, tenus le 1<sup>er</sup>

---

<sup>111</sup> Article 216 de la LATMP.

<sup>112</sup> La *Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives* était également connue sous l'appellation « **Projet de loi n° 79** » (1997, chapitre 27).

mai 1997 lors de l'étude détaillée de ce projet de loi au sujet de ces deux éléments majeurs<sup>113</sup> :

*Maintenant, revenons au processus d'évaluation médicale qui a fait couler pas mal d'encre pendant la commission – ça a fait jaser, ça, c'est sûr – une question de toute première importance qui a retenu l'attention de la majorité des députés et des intervenants. D'abord, comme je l'ai dit, j'admets que le processus d'évaluation médicale n'est pas simple pour nos travailleurs accidentés. Il y a une raison à cela, une raison fondamentale – je reviens là-dessus parce que c'est d'une importance capitale dans notre débat – ce n'est pas simple parce que, au Québec, on a décidé d'attribuer un rôle unique au médecin choisi par le travailleur accidenté. Ça, il faut garder ça bien en tête.*

*Cette reconnaissance de la primauté du médecin traitant résulte d'une entente longuement discutée entre les employeurs et les travailleurs au Québec. La Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles, adoptée en 1985, reflète cette entente. Je me rappelle que ça faisait suite, d'ailleurs, à une des plus longues... de la commission parlementaire dans notre histoire. C'est assez intéressant. Donc, la CSST est liée par les conclusions du médecin traitant. On ne peut retrouver ce phénomène nulle part ailleurs en Amérique du Nord. Si ça comporte des avantages pour les travailleurs, ça représente aussi des contraintes, entre autres tous les mécanismes de gestion des questions médicales, car, s'il est vrai que le diagnostic et le choix des traitements appartiennent au médecin, la gestion du régime, elle, revient à la CSST.*

*[...] Nous pensons que la réforme va améliorer le processus d'évaluation médicale, qu'elle va donner un pouvoir accru au médecin traitant et cela, dans le but de donner des chances égales aux travailleurs.*

*En tant que ministre du Travail, je suis responsable du Bureau d'évaluation médicale. J'ai prévu des mesures administratives*

---

<sup>113</sup> Étude détaillée du projet de loi no 79, Commission permanente de l'économie et du travail, Journal des débats, travaux parlementaires, 35<sup>e</sup> législature, 2<sup>e</sup> session, jeudi 1<sup>er</sup> mai 1997, lesquels travaux sont accessibles en ligne à l'adresse suivante : [www.assnat.qc.ca/archives-35leg2se/fra/Publications/debats/journal/cet/970501.htm](http://www.assnat.qc.ca/archives-35leg2se/fra/Publications/debats/journal/cet/970501.htm)

majeures qui permettront d'améliorer le fonctionnement de ce bureau, autant sur le plan administratif qu'en ce qui concerne les rapports humains. (Notre soulignement)

À la suite de ces audiences publiques, le ministère du Travail remettait son *Rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale*<sup>114</sup> daté du 2 avril 2001, lequel devait être produit trois ans après l'entrée en vigueur du projet de loi n° 79 et des modifications législatives concernant le BEM. Ce rapport, complété et actualisé par un autre document du ministère, a fait l'objet d'un examen par les membres de la Commission parlementaire de l'économie et du travail le 19 octobre 2005. Après avoir entendu les représentants du BEM, dont son ex-président, Dr Michel Dupont, faire état du contenu de ce rapport devant un auditoire bondé de victimes de lésions professionnelles et d'associations, il a été décidé de tenir des consultations particulières sur cette question les 22 et 23 février 2006.

Les principaux éléments qui ressortent de ces travaux<sup>115</sup> et de ce rapport sont peu édifiants, particulièrement l'attitude des membres du BEM à l'endroit des personnes évaluées. Or, l'une des huit mesures proposées en 1997 visait justement l'amélioration des rapports humains entre les médecins évaluateurs et les travailleuses et les travailleurs accidentés.

---

<sup>114</sup>*Rapport d'évaluation du Bureau d'évaluation médicale*, ministère du Travail, 2 avril 2001, lequel rapport de 42 pages (sans le document actualisé d'octobre 2005) est accessible en ligne sur le site internet du ministère du Travail à l'adresse suivante : [www.travail.gouv.qc.ca/publications/rapports/bem/rapport2001.pdf](http://www.travail.gouv.qc.ca/publications/rapports/bem/rapport2001.pdf)

<sup>115</sup>Les travaux parlementaires des 19 octobre 2005, 22 et 23 février 2006, 37<sup>e</sup> législature, 1<sup>er</sup> session, Journal des débats, Commission permanente de l'économie et du travail, accessible en ligne sur le site de l'Assemblée nationale du Québec : [www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature1/DEBATS/journal/cet/051019.htm](http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature1/DEBATS/journal/cet/051019.htm)  
[www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature1/DEBATS/journal/cet/060222.htm](http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature1/DEBATS/journal/cet/060222.htm)  
[www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature1/DEBATS/journal/cet/060223.htm](http://www.assnat.qc.ca/fra/37Legislature1/DEBATS/journal/cet/060223.htm)

### **Attitude et comportement des membres du BEM**

Au nombre des plaintes figurent les douleurs causées par les manœuvres effectuées par les membres du BEM pour évaluer la condition médicale des travailleur-euse-s. Les réponses obtenues à la suite d'un questionnaire distribué par le BEM en 2001 indiquent que 6 % des répondant-e-s ont rapporté un examen médical fait un peu brusquement et 1 % brusquement. Un climat de confrontation est également déploré, le médecin expert mettant en doute les douleurs alléguées par le-la travailleur-euse, forçant celle-ci ou celui-ci à aller au-delà de ses capacités, occasionnant même parfois des douleurs et une détérioration de son état.

De plus, le manque d'écoute, de considération, de respect, d'empathie, de professionnalisme et d'objectivité de certains membres du BEM font partie des nombreux reproches formulés par les travailleur-euse-s. Ils-elles ont l'impression d'être questionné-e-s dans l'objectif de miner leur crédibilité, laquelle est d'ailleurs fréquemment mise en doute tout au long de l'évaluation médicale. Une telle attitude de la part du médecin évaluateur renforce l'idée ou la perception que le BEM n'est pas là nécessairement pour respecter les droits des personnes mais, bien au contraire, pour leur faire perdre des droits. Le parti pris en faveur du médecin désigné par l'employeur ou par la CSST est perçu par plusieurs comme évident. En fait, l'évaluation faite par le médecin évaluateur du BEM constitue une véritable épreuve pour leur dignité.

### **Durée de l'examen médical**

Quant à la durée de l'examen médical, plusieurs travailleur-euse-s accidenté-e-s se plaignent d'avoir été examiné-e-s de façon sommaire, pendant une dizaine de minutes, ou parfois même pas du tout. L'exemple relatif au travailleur Jean-Guy Smyth relaté, lors de la commission

parlementaire du 22 février 2006, par l'un des représentants de la FTQ, M. Jean Dussault, est assez éloquent :

*[...] M. Smyth s'est présenté au BEM, à la journée prévue. Avant de descendre de sa voiture, il note l'heure à son agenda : 11 h 45. Son rendez-vous est à midi. Au moment où il entre dans le bureau du médecin, celui-ci a déjà son dossier en main. Plusieurs pages sont marquées. Le médecin, tout en feuilletant le dossier, lui pose des questions pour finalement l'aviser, après quelques minutes et sans l'avoir examiné, que l'entretien est terminé. M. Smyth retourne à son véhicule, inscrit l'heure : il est 12 h 15. À la lecture du rapport du médecin du BEM, on nous parle de données qui n'ont pas été mesurées, puisqu'il n'y a pas eu d'examen. On nous dit qu'il n'y a pas d'atrophie au niveau des biceps, qu'il n'y a pas d'atrophie au niveau de la ceinture scapulaire, que les amplitudes articulaires sont de tant de degrés, on nous parle de palpation du trapèze. M. Smyth n'a jamais été examiné. On comprend que le médecin, un de ceux qui en font dans son cas plus de 600 par année, depuis de nombreuses années, on comprend qu'il soit pressé<sup>116</sup>. (Notre soulignement)*

Selon le Collège des médecins du Québec, la façon d'accueillir la personne évaluée et le temps passé avec elle influent sur sa perception de l'expertise. « Une expertise trop courte peut donner l'impression d'être bâclée<sup>117</sup>. »

---

<sup>116</sup> *Ibid.*, voir les travaux parlementaires de la journée du 22 février 2006.

<sup>117</sup> *La médecine d'expertise – Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec*, septembre 2006, document de 18 pages, p.9, accessible en ligne sur le site Internet du Collège des médecins du Québec à l'adresse suivante : [www.cmq.org/Public/profil/commun/AProposOrdre/Publications/-/media/7F4CF1CD3D854ADFAA8636E06CE1042E.ashx?110925](http://www.cmq.org/Public/profil/commun/AProposOrdre/Publications/-/media/7F4CF1CD3D854ADFAA8636E06CE1042E.ashx?110925)

## **Déplacements hors région vers le BEM de Québec ou de Montréal**

Par ailleurs, les déplacements devant être effectués par les victimes de lésions professionnelles habitant en région lorsqu'elles sont appelées à se présenter devant le BEM à Montréal ou à Québec sont aussi une grande source d'insatisfaction. Par exemple, il est illogique qu'une personne habitant à Rimouski, souffrant d'une hernie discale en raison d'un accident du travail, doivent se déplacer à Québec pour se faire évaluer par le BEM.

Compte tenu que les travailleur-euse-s doivent se faire évaluer par le BEM en raison de leur condition médicale, la FIQ estime plus approprié que ce soit le médecin évaluateur du BEM qui se déplace en région pour procéder à l'évaluation médicale du-de la travailleur-euse concerné-e.

## **Accompagnement lors de l'évaluation médicale**

Au nombre des doléances soumisees, il y a aussi le fait que les travailleur-euse-s évalué-e-s au BEM ne peuvent se faire accompagner par une personne de leur choix lors de l'évaluation médicale. À ce sujet, il est intéressant de noter que le *Guide d'exercice sur la médecine d'expertise* produit par le Collège des médecins du Québec en septembre 2006, énonce que « *le médecin n'a pas l'obligation d'accepter la présence d'un tiers à la demande de la personne soumise à l'expertise, sauf si cette présence est prévue légalement. Toutefois, un tiers peut être présent au cours de l'entrevue lorsqu'un interprète est requis ou que la personne soumise à l'expertise est vulnérable et a besoin d'être représentée*<sup>118</sup>.» (Notre soulignement)

## **Avis du BEM infirmés**

---

<sup>118</sup> *Ibid.*, p.9.

Les consultations particulières des 22 et 23 février 2006 ont révélé qu'un pourcentage important d'avis du BEM contestés sont infirmés par la CLP. Selon l'ex-président du BEM, il est question de 40 % alors que selon les associations représentant les travailleur-euse-s, ce pourcentage est supérieur à 50 %. Par exemple, les données de la Fondation pour l'aide aux travailleuses et aux travailleurs accidentés (FATA) démontrent que 63,2 % des avis contestés sont renversés par la CLP à la suite d'une audition ou dans le cadre de la conciliation.

### **Judiciarisation des aspects médicaux à outrance**

Le rapport d'évaluation du BEM discuté en commission parlementaire démontre non seulement un accroissement important et constant des demandes d'évaluation transmises au BEM au cours des années, mais également un délai de traitement qui est passé de 18 jours en 1999 à plus de 31 jours cinq ans plus tard. Environ 70 % de ces demandes proviennent des employeurs et 30 % de la CSST. En fait, le BEM est l'une des causes majeures de judiciarisation et de complexification du régime d'indemnisation du Québec, car il est utilisé avant tout pour réduire les coûts de réparation des lésions professionnelles et pour dissuader les personnes de poursuivre leurs démarches. Plus la lésion est importante, plus les probabilités sont grandes que le BEM en soit saisi, à un point tel que le BEM est devenu le mode privilégié pour évaluer les lésions professionnelles qui entraînent des séquelles permanentes. Cet état de fait va totalement à l'encontre de l'objectif visé par le législateur lors de l'adoption de la LATMP en 1985, lequel avait sciemment choisi d'accorder prépondérance à l'opinion du médecin traitant.

Selon une étude<sup>119</sup> dirigée par Me Katherine Lippel, certaines caractéristiques du régime québécois d'indemnisation peuvent, en effet,

---

<sup>119</sup> Katherine LIPPEL, «*L'expérience du processus d'appel en matière de lésions professionnelles telle que vécue par les travailleuses et les travailleurs*», dans BARREAU DU QUÉBEC, Service de la formation permanente, Développements récents en droit de la santé et sécurité au

expliquer cette judiciarisation importante, notamment en ce qui a trait aux aspects médicaux d'un dossier. Au nombre de ces caractéristiques, il y a le système de tarification qui impute aux dossiers des employeurs une part très importante des coûts des lésions professionnelles survenues dans l'entreprise. Il y a également la possibilité quasi illimitée de contestations dans chaque dossier, chaque rapport médical, entre autres, pouvant être contesté à la fois par l'employeur et par la CSST, ce qui peut devenir carrément abusif. Par surcroît, le régime actuel, loin de faire obstacle à de telles pratiques, encourage l'employeur en le récompensant lorsqu'il réussit à réduire les coûts afférents aux réclamations dans son entreprise.

De plus, cette étude a permis d'identifier trois phénomènes reliés au processus de réclamation à la CSST susceptibles de porter atteinte à la santé mentale des victimes de lésions professionnelles. Premièrement, le phénomène de stigmatisation de ces victimes entraîne la dévalorisation, la perte d'estime de soi et la culpabilité. Deuxièmement, l'inégalité ou le déséquilibre des forces en présence (le-la travailleur-euse d'un côté et de l'autre côté, l'employeur et la CSST avec leurs moyens respectifs) engendre des sentiments d'injustice, de frustration, de vulnérabilité et d'impuissance. Enfin, l'absence de relation de confiance et le manque de soutien de la part de l'employeur et de la CSST entraînent l'isolement de la personne. Or, le processus d'évaluation médicale de la LATMP, incluant le BEM, peut être tenu responsable du développement de chacun de ces phénomènes. Dans le cas des professionnelles en soins qu'elle représente, la FIQ a constaté en effet que les employeurs ont tendance à utiliser à outrance le processus d'évaluation médicale de la LATMP.

---

*travail*, 2006, volume 239, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 119-180, accessible en ligne sur le site CAIJ-Juribistro à l'adresse suivante :

[www.caij.qc.ca/doctrine/developpements\\_recents/239/655/655.pdf](http://www.caij.qc.ca/doctrine/developpements_recents/239/655/655.pdf)

Bien que la FIQ ne demande pas pour l'instant d'abolir le BEM, elle considère essentiel qu'il y ait un changement fondamental d'attitude et de comportement de la part des membres et des représentants du BEM. En effet, ces derniers ont tendance à banaliser les nombreuses plaintes émises par les personnes évaluées. Pour ce faire, un contrôle plus étroit des normes d'éthique et de discipline devrait être exercé au sein du BEM afin de s'assurer que les rapports entre les victimes et les médecins experts soient plus humains et plus respectueux des droits et de la condition médicale des travailleuses et des travailleurs du Québec. Pour contrer la judiciarisation à outrance du régime québécois d'indemnisation et le déséquilibre des forces en présence, des modifications législatives devraient être apportées aux fins de consolider le principe consacré dans la LATMP sur la prépondérance devant être accordée à l'opinion du médecin traitant.

**Conséquemment, la FIQ prie instamment les membres du groupe de travail de soumettre au conseil d'administration de la CSST les recommandations suivantes pour adoption :**

36. Que les médecins évaluateurs du BEM soient régis par un code de déontologie devant être édicté par le président de cet organisme, de la même façon que les assesseurs médicaux de la CLP sont soumis à un code de déontologie édicté par le président de la CLP en vertu de l'article 426 de la LATMP, et que le président du BEM s'inspire, pour ce faire, du Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec - La médecine d'expertise<sup>120</sup>;
37. Qu'un mécanisme de traitement des plaintes, incluant la mise en œuvre d'un comité des plaintes objectif et impartial, soit implanté par le président du BEM pour recevoir et traiter adéquatement les

---

<sup>120</sup> Précitée, note 117

plaintes déposées par les personnes qui sont évaluées par les médecins évaluateurs de cet organisme;

38. Que le président du BEM ait tous les pouvoirs nécessaires pour intervenir auprès d'un médecin évaluateur qui ne se conforme pas au code de déontologie précédemment mentionné et pour le retirer, le cas échéant, de la liste des membres de cet organisme;
39. Que le principe relatif à la prépondérance devant être accordée à l'opinion du médecin traitant soit réitéré et consolidé dans la LATMP;
40. Que le droit de contestation de l'employeur relatif aux conclusions médicales énumérées à l'article 212 de la LATMP soit davantage délimité à l'article 209 de cette Loi, de sorte qu'il ne puisse exiger, à chaque fois que le médecin traitant fournit à la CSST un rapport médical, que le-la travailleur-euse se soumette à une évaluation médicale;
41. Qu'il soit expressément prévu dans la LATMP que le-la travailleur-euse, si tel est son désir, puisse être accompagnée par la personne de son choix lors de l'évaluation médicale effectuée par le médecin évaluateur du BEM;
42. Qu'il soit expressément prévu dans la LATMP que les médecins évaluateurs du BEM sont tenus de se déplacer en région aux fins d'effectuer une évaluation médicale en raison de la condition médicale du-de la travailleur-euse victime d'une lésion professionnelle;
43. Qu'il soit expressément prévu dans la LATMP et dans leur code de déontologie que les médecins évaluateurs du BEM sont tenus d'agir avec neutralité et impartialité, de présumer la bonne foi des personnes qu'ils-elles évaluent et de se comporter de façon respectueuse et courtoise envers elles;

44. Que les médecins évaluateurs du BEM puissent bénéficier d'une formation appropriée sur l'approche devant être adoptée à l'égard d'un-e travailleur-euse victime d'une lésion professionnelle, sur le contenu de leur rapport d'expertise ainsi que sur le degré de preuve nécessaire devant servir à émettre leur opinion, à savoir une preuve fondée sur les probabilités et non sur une certitude scientifique.

## Conclusion

Un tour d'horizon du régime de santé et de sécurité du travail actuellement en vigueur au Québec a permis à la FIQ d'en arriver à certaines constatations en relation avec l'expérience vécue par les professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires en tant que travailleuses concernées par l'application de ce régime. Les constatations insérées dans le mémoire de la FIQ sont accompagnées de recommandations visant essentiellement l'amélioration du régime, la protection optimale de ses membres ainsi que la réparation juste et équitable des lésions professionnelles et de leurs conséquences en conformité avec l'objet inscrit dans la LSST et dans la LATMP.

Concernant la LSST et ses règlements, la FIQ constate que leurs dispositions, pour la plupart, permettent d'atteindre l'objet recherché par le législateur, à savoir l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité des travailleur-euse-s. Cependant, certaines ne sont malheureusement pas applicables à la vaste majorité des travailleur-euse-s du Québec, notamment dans le secteur SSS. Les travailleur-euse-s de ce secteur sont en effet privé-e-s des facteurs de protection liés à l'implantation obligatoire dans les établissements de santé des mécanismes paritaires de prévention, soit les comités paritaires de santé et de sécurité du travail, les représentant-e-s à la prévention, les programmes de prévention et les services de santé au travail

D'autres dispositions de la LSST sont difficilement applicables pour certaines catégories de travailleur-euse-s comme les professionnelles en soins. Bien qu'elles ne soient pas exclues de l'application du droit de refuser d'exécuter un travail dangereux, l'exercice par elles de ce droit paraît périlleux en raison de leurs obligations déontologiques. Par ailleurs, les dispositions relatives au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, incluant la réaffectation, ne sont pas appliquées de façon à optimiser leur plein effet protecteur à l'égard des professionnelles en soins enceintes.

Quant aux notions de santé mentale ou psychologique, de sécurité psychologique et d'intégrité psychologique, leur mention expresse dans la Loi s'avère nécessaire en raison de la transformation majeure subie par le monde du travail depuis son adoption et de l'augmentation significative des problèmes de santé mentale, de stress, de violence et de harcèlement au travail.

Concernant la LATMP, les constatations faites par la FIQ diffèrent de celles émises à l'égard de la LSST. En effet, certaines dispositions importantes de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* ne permettent plus d'atteindre l'objet visé par le législateur, à savoir la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les personnes qui en sont victimes. De fait, les dispositions relatives au processus de réadaptation et au droit de retour au travail, lesquelles étaient avant-gardistes lors de leur adoption en 1985, sont devenues désuètes avec le temps. Le concept du droit à l'égalité dans l'emploi pour les personnes porteuses d'un handicap a en effet connu un essor vertigineux au cours des vingt-cinq dernières années, en ce qui a trait particulièrement à l'obligation d'accommodement raisonnable de l'employeur. Ce concept a évolué à un point tel que les travailleurs ayant un handicap personnel se voient reconnaître des droits relatifs à la réadaptation et au retour au travail supérieurs à ceux prévus dans le régime actuel de réparation des lésions professionnelles.

De plus, l'utilisation abusive par les employeurs des dispositions relatives au processus d'évaluation médicale et au BEM génère une judiciarisation à outrance des aspects médicaux ayant trait aux lésions professionnelles, contrairement à l'intention du législateur d'accorder prépondérance à l'opinion du médecin traitant. Quant à l'organisme en soi du BEM, un sérieux coup de barre doit être donné sans délai pour améliorer son fonctionnement, mettre fin aux évaluations bâclées des médecins-experts et rétablir des rapports plus humains et respectueux des droits, de la condition médicale et de la dignité des personnes victimes de lésions professionnelles.

Selon la FIQ, l'amélioration du régime québécois de santé et de sécurité du travail passe inéluctablement par une actualisation de ses législations préventive et réparatrice ainsi que par des actions concrètes axées principalement sur la prévention des lésions professionnelles. Il est temps que les milieux de travail du Québec convergent leurs énergies et leurs efforts vers le développement d'une culture de prévention de la santé, de la sécurité et de l'intégrité des travailleur-euse-s, tant sur le plan physique que psychologique. Les employeurs, obnubilés par la réduction absolue des coûts engendrés par les lésions professionnelles, doivent enfin réaliser que la prévention paie davantage. Quant à leurs doléances relatives à la soi-disant surindemnisation des victimes de lésions professionnelles, ils doivent se rappeler que celles-ci ont fait des compromis pécuniaires importants lors de l'adoption en 1985 de la LATMP. À ce chapitre, les préjudices financiers subis depuis nombre d'années par les victimes ayant reçu des indemnités de remplacement du revenu de la CSST doivent cesser immédiatement en ce qui a trait au régime de rentes du Québec, lequel les pénalise lourdement lors d'une demande de rente de retraite ou d'invalidité. De même, la mesure fiscale de redressement des indemnités en vigueur depuis l'année d'imposition 2004, mesure adoptée sur une fausse prémisse, n'a pas lieu d'être et doit être abolie sans plus tarder par le gouvernement.

Au nombre des actions concrètes devant être implantées, selon la FIQ, figurent entre autres l'adoption d'une approche moderne et paritaire de gestion participative intégrée en matière de prévention, l'implantation obligatoire de mécanismes paritaires de prévention dans tous les établissements, la mise en œuvre d'une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail et l'obligation pour les employeurs d'identifier les risques psycho-sociaux pouvant être présents dans leur entreprise afin de voir à leur élimination.

Quant à l'adoption d'amendements législatifs, la FIQ recommande notamment l'intégration de l'obligation d'accommodement raisonnable de l'employeur dans le processus de réadaptation de la LATMP, la reconnaissance expresse de la compétence complémentaire de l'arbitre de grief en matière de décisions relatives à la capacité d'exercer un emploi chez l'employeur, l'inclusion de la notion de retour au travail progressif, l'utilisation du critère de la solution appropriée la plus juste et équitable relativement au coût de la réadaptation, la limitation du pouvoir de contestation de l'employeur à l'égard des rapports médicaux émis par le médecin traitant et l'implantation d'un mécanisme particulier de protection pour les professionnelles en soins exposées à l'exécution d'un travail dangereux.

Force est de reconnaître que plusieurs des recommandations préalablement mentionnées seraient dûment appliquées si le secteur SSS était reconnu, par décret gouvernemental, comme étant un groupe prioritaire assujéti à l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires de la LSST. La FIQ prie donc le présent groupe de travail et la CSST d'en faire une recommandation formelle au gouvernement du Québec, et ce, en dépit de la position patronale orientée vers une réglementation minimale et une réduction maximale des coûts aux dépens de l'optimisation de la santé et de la sécurité des travailleuses et des travailleurs de ce secteur.

Somme toute, la FIQ est d'avis qu'il est grandement temps d'agir pour remédier aux lacunes importantes du régime québécois de santé et de sécurité du travail, spécialement dans le secteur où œuvrent les professionnelles en soins.

# Liste des recommandations de la FIQ

101

❖ **Reconnaissance, par décret gouvernemental, du secteur de la santé et des services sociaux comme groupe prioritaire : il est grandement temps d'agir!**

1. Qu'il soit reconnu qu'il y a nécessité d'agir sans délai dans le secteur de la santé et des services sociaux pour prévenir et réduire la fréquence, la gravité et les coûts des lésions professionnelles;
2. Que les employeurs du secteur de la santé et des services sociaux privilégient la voie de la prévention en matière de santé et de sécurité du travail plutôt que de miser principalement sur une approche axée sur les résultats, la performance et la diminution des coûts, ainsi que sur le processus de contestation systématique des aspects légaux et médicaux des dossiers de lésions professionnelles;
3. Que les approches de prévention en SST devant être adoptées dans le secteur de la santé et des services sociaux tiennent compte des spécificités des femmes compte tenu de la forte concentration de main-d'œuvre féminine (85 %) dans ce secteur;
4. Que le dossier des groupes prioritaires mis en veilleuse depuis 25 ans à la CSST soit réglé une fois pour toutes à la lumière des données actuellement disponibles eu égard aux différents secteurs;

5. Que le secteur de la santé et des services sociaux soit reconnu, par décret gouvernemental, comme un groupe prioritaire devant être assujéti à l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires de la LSST, dont celles relatives aux mécanismes paritaires de prévention;
6. Subsidairement, à défaut de reconnaître le caractère prioritaire de l'ensemble du secteur SSS, que le groupe des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires soit reconnu, par décret gouvernemental, comme un groupe prioritaire devant être assujéti à l'ensemble des dispositions législatives et réglementaires de la LSST, dont celles relatives aux mécanismes paritaires de prévention;
7. Subsidairement, à défaut de reconnaître le caractère prioritaire du groupe des professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires conformément au paragraphe précédent, la FIQ insiste pour que ce groupe et leurs employeurs soient néanmoins assujétis aux règlements de la LSST relatifs aux comités de santé et de sécurité du travail et aux représentant-e-s à la prévention, incluant les modalités relatives aux libérations nécessaires à l'exercice de ces fonctions.

❖ **Maintien dans son intégralité du programme *Pour une maternité sans danger* de la CSST et adoption d'une approche de gestion participative intégrée**

8. Maintenir dans son intégralité le programme *Pour une maternité sans danger* de la CSST ainsi que les dispositions législatives de la LSST concernant le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite;

9. Reconnaître que le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite est une mesure de prévention efficace et indispensable pour les travailleuses enceintes du Québec, notamment pour les professionnelles en soins infirmiers et cardiorespiratoires;
10. Sensibiliser, informer et former les employeurs du secteur de la santé et des services sociaux afin qu'ils privilégient et appliquent une approche moderne et paritaire de gestion participative intégrée, telle que préalablement proposée, en matière de retrait préventif et de réaffectation sans danger des travailleuses enceintes ou qui allaitent;
11. Utiliser le cadre légal et les outils déjà existants de la LSST et de ses règlements (comités paritaires SST, programme de prévention, représentant-e à la prévention, services de santé au travail) pour faciliter la mise en œuvre par les employeurs d'une approche moderne et paritaire de gestion participative intégrée en matière de retrait préventif et de réaffectation sans danger des travailleuses enceintes ou qui allaitent;
12. Prendre acte de l'engagement pris par la CSST, lors de discussions entreprises avec la FIQ, à l'effet de modifier, dès le printemps 2010, sa politique et son formulaire de demande de remboursement devant être rempli par l'employeur concernant la rémunération, pendant les cinq premiers jours ouvrables de cessation de travail, d'une travailleuse en retrait préventif (article 36 LSST) de façon à tenir compte des diverses réalités liées au nombre de jours par semaine durant lesquels l'établissement de son employeur est en activité (5, 6 ou 7 jours).

❖ **Intégration explicite de la notion de santé mentale ou psychologique dans la LSST et identification des risques psychosociaux au travail**

13. Actualiser la LSST et ses règlements de façon à y inclure la notion de « santé mentale ou psychologique » des travailleur-euse-s, en faisant les adaptations nécessaires;
14. Actualiser la LSST et ses règlements de façon à y inclure la notion de « sécurité psychologique » des travailleur-euse-s, en faisant les adaptations nécessaires;
15. Actualiser la LSST et ses règlements de façon à y inclure la notion d'« intégrité psychologique » des travailleur-euse-s, en faisant les adaptations nécessaires;
16. Reconnaître qu'il y a nécessité d'agir sans délai, notamment dans le secteur de la santé et des services sociaux, relativement aux problèmes de santé psychologique au travail;
17. Reconnaître qu'une approche moderne et paritaire de gestion participative intégrée doit être privilégiée et adoptée en matière de prévention des problèmes de santé psychologique au travail;
18. Utiliser le cadre légal et les outils déjà existants de la LSST et de ses règlements (comités paritaires SST, programme de prévention, représentant-e à la prévention, services de santé au travail) pour faciliter la mise en œuvre par les employeurs d'une approche moderne et paritaire de gestion participative intégrée en matière de prévention des problèmes de santé psychologique au travail;

19. Inclure dans la LSST des dispositions relativement à l'obligation des employeurs, incluant ceux du secteur SSS, de procéder à une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail, incluant l'obligation d'identifier les risques psychosociaux présents dans le milieu de travail ainsi que les mesures préventives et le plan d'action nécessaires à la réussite de la démarche.

❖ **Amélioration de l'accessibilité au service d'inspection de la CSST pour les professionnelles en soins exposées à un danger : inclusion dans la Loi d'un mécanisme particulier de prévention**

20. Reconnaître que les professionnelles en soins ont droit à la pleine protection de leur santé, de leur sécurité et de leur intégrité conformément aux principes énoncés dans la LSST et qu'en aucune circonstance, leur code de déontologie ne devrait et ne doit faire obstacle à l'exercice, par elles, du droit de refus d'exécuter un travail dangereux;

21. Inclure un mécanisme particulier de prévention dans la LSST afin d'assurer la sécurité des professionnelles en soins et de leur faciliter l'accessibilité au service d'inspection de la CSST, lorsqu'elles ont des motifs raisonnables de croire que l'exécution de leur travail les expose à un danger pour leur santé, leur sécurité ou leur intégrité;

22. Compte tenu de l'importance et de l'incidence des problèmes de violence et de harcèlement au travail dans le secteur SSS, la FIQ recommande, d'une part, que les inspecteur-trice-s reçoivent une formation spécialisée dans ce domaine afin d'optimiser leurs interventions et que, d'autre part, ces ressources soient en nombre suffisant pour répondre aux besoins criants dans ce secteur, quitte à augmenter leurs effectifs le cas échéant.

❖ **Abolition de la mesure fiscale de redressement des indemnités de remplacement du revenu - IRR**

23. Que la CSST fasse les représentations nécessaires auprès du gouvernement du Québec pour que celui-ci mette fin à cette injustice qui prive les travailleur-euse-s des montants d'argent auxquels ils ont droit et abolisse la mesure fiscale de redressement des IRR, appliquée depuis 2004, et ce, en abrogeant les articles 752.0.0.3 à 752.0.0.6 de la Loi québécoise sur les impôts;

❖ **Cessation du préjudice subi quant au régime de rentes du Québec**

24. Que la CSST fasse les représentations nécessaires auprès du gouvernement du Québec afin que les bénéficiaires d'une IRR versée en vertu de la LATMP ne soient pas pénalisé-e-s aux fins d'une demande de rente de retraite ou d'invalidité à la Régie des rentes du Québec, et ce, indépendamment de la durée de la période au cours de laquelle ils-elles reçoivent une telle IRR;

25. Que ces représentations faites par la CSST auprès du gouvernement du Québec visent notamment la modification des dispositions pertinentes de la Loi sur le régime de rentes du Québec afin que les mêmes droits soient accordés aux victimes d'une lésion professionnelle et que la période cotisable au RRQ soit réduite de la période au cours de laquelle une IRR non réduite a été versée en vertu de la LATMP, et ce, sans tenir compte de la durée de celle-ci.

❖ **Obtention d'une décision détaillée sur le calcul de l'IRR**

26. Que la CSST soit tenue, outre l'avis de paiement, de rendre une décision écrite formelle et détaillée sur le calcul de l'IRR devant être versée à la victime d'une lésion professionnelle, laquelle décision devra indiquer qu'elle est contestable ainsi que le délai de contestation imparti;

27. Que cette décision devant être rendue par la CSST sur le calcul de l'IRR contienne notamment les informations suivantes : le montant du revenu annuel brut retenu par la CSST pour établir l'IRR de même que le calcul détaillé ayant conduit à la détermination du montant de l'IRR à verser au-à la travailleur-euse.

❖ **Le processus de réadaptation et le droit au retour au travail : d'abord et avant tout chez l'employeur**

28. Que la CSST et les employeurs soient sensibilisés à l'importance primordiale du processus de réadaptation prévu à la LATMP pour la victime d'une lésion professionnelle et à la nécessité de déployer des efforts réels et sérieux et de prendre toutes les mesures nécessaires pour réintégrer celle-ci, d'abord et avant tout, chez son employeur.

❖ **Prise en considération par la CSST et la CLP de l'obligation d'accommodement de l'employeur en matière de réadaptation et de droit de retour au travail**

29. Que la CSST, son instance de révision, et la CLP soient sensibilisées à la nécessité de tenir compte, dans chacune de leurs décisions relatives à la capacité d'exercer l'emploi, de l'obligation d'accommodement de l'employeur à l'égard des personnes victimes de lésions professionnelles dans son entreprise;
30. Que la CSST, son instance de révision, et la CLP, disposent de tous les pouvoirs nécessaires pour s'assurer que l'employeur s'acquitte adéquatement de son obligation d'accommodement envers les personnes victimes de lésions professionnelles dans son entreprise;
31. Que la CSST recommande au gouvernement du Québec de légiférer afin d'harmoniser la LATMP avec les obligations de la Charte québécoise, incluant l'obligation d'accommodement de l'employeur en matière de réadaptation et de réintégration au travail des victimes de lésions professionnelles, et de préciser l'étendue des responsabilités de l'employeur en matière d'accommodement;
32. Qu'une formation appropriée sur l'obligation d'accommodement de l'employeur soit offerte aux conseiller-ère-s en réadaptation de la CSST afin qu'elle tienne compte de cette obligation dans leurs décisions relatives à la capacité de la victime d'exercer un emploi chez l'employeur.

❖ **Reconnaissance dans la LATMP de la compétence complémentaire de l'arbitre de griefs eu égard à la capacité de la victime de réintégrer un emploi chez l'employeur**

33. Dans la mesure où les capacités résiduelles du-de la travailleur-euse lui permettent d'accomplir certaines tâches chez son employeur et qu'il-elle est assujetti-e à une convention collective qui prévoit des dispositions plus avantageuses en matière de droit de retour au travail, la FIQ demande qu'il soit expressément prévu dans la LATMP que l'arbitre de griefs possède une compétence complémentaire à celle de la CSST et de la CLP pour toutes questions relatives à la réintégration de ce-cette travailleur-euse.

❖ **Intégration explicite de la notion de retour au travail progressif dans la LATMP**

34. Qu'une période de retour au travail progressif soit explicitement prévue dans la LATMP pour le-la travailleur-euse victime d'une lésion professionnelle s'étant absenté-e pour une période prolongée et devant réintégrer son travail à la suite de la consolidation de sa lésion sans atteinte permanente et sans limitation fonctionnelle.

❖ **Détermination par la CSST d'un réel emploi convenable pour la victime**

35. Que le critère devant être considéré par la CSST dans la mise en œuvre du programme individualisé de réadaptation (PIR) selon l'article 181 de la LATMP soit la «solution appropriée la plus juste et équitable» parmi celles qui permettent d'atteindre l'objectif recherché, plutôt que «la solution appropriée la plus économique».

❖ **PROCESSUS D'ÉVALUATION MÉDICALE ET LE B.E.M. : respect des droits, de la condition médicale et de la dignité des victimes**

36. Que les médecins évaluateurs du BEM soient régis par un code de déontologie devant être édicté par le président de cet organisme, de la même façon que les assesseurs médicaux de la CLP sont soumis à un code de déontologie édicté par le président de la CLP en vertu de l'article 426 de la LATMP, et que le président du BEM s'inspire, pour ce faire, du Guide d'exercice du Collège des médecins du Québec - La médecine d'expertise<sup>121</sup>;
37. Qu'un mécanisme de traitement des plaintes, incluant la mise en œuvre d'un comité des plaintes objectif et impartial, soit implanté par le président du BEM pour recevoir et traiter adéquatement les plaintes déposées par les personnes qui sont évaluées par les médecins évaluateurs de cet organisme;
38. Que le président du BEM ait tous les pouvoirs nécessaires pour intervenir auprès d'un médecin évaluateur qui ne se conforme pas au code de déontologie précédemment mentionné et pour le retirer, le cas échéant, de la liste des membres de cet organisme;
39. Que le principe relatif à la prépondérance devant être accordée à l'opinion du médecin traitant soit réitéré et consolidé dans la LATMP;
40. Que le droit de contestation de l'employeur relatif aux conclusions médicales énumérées à l'article 212 de la LATMP soit davantage délimité à l'article 209 de cette Loi, de sorte qu'il ne puisse exiger, à chaque fois que le médecin traitant fournit à la CSST un rapport médical, que le-la travailleur-euse se soumette à une évaluation médicale;
41. Qu'il soit expressément prévu dans la LATMP que le-la travailleur-euse, si tel est son désir, puisse être accompagné-e par la personne

---

<sup>121</sup> Précitée, note 117

de son choix lors de l'évaluation médicale effectuée par le médecin évaluateur du BEM;

42. Qu'il soit expressément prévu dans la LATMP que les médecins évaluateurs du BEM sont tenus de se déplacer en région aux fins d'effectuer une évaluation médicale en raison de la condition médicale du-de la travailleur-euse victime d'une lésion professionnelle;
43. Qu'il soit expressément prévu dans la LATMP et dans leur code de déontologie que les médecins évaluateurs du BEM sont tenus d'agir avec neutralité et impartialité, de présumer la bonne foi des personnes qu'ils-elles évaluent et de se comporter de façon respectueuse et courtoise envers elles;
44. Que les médecins évaluateurs du BEM puissent bénéficier d'une formation appropriée sur l'approche devant être adoptée à l'égard d'un-e travailleur-euse victime d'une lésion professionnelle, sur le contenu de leur rapport d'expertise ainsi que sur le degré de preuve nécessaire devant servir à émettre leur opinion, à savoir une preuve fondée sur les probabilités et non sur une certitude scientifique.