

LE DEUXIÈME SEXE AU TRAVAIL : REGARD SCIENTIFIQUE SUR LA SANTÉ AU TRAVAIL DES FEMMES

Mémoire sur le Projet de loi 59
Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail

RÉALISÉ PAR

Équipe de recherche interdisciplinaire sur le travail
Santé-Genre-Égalité (SAGE)



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

JANVIER 2021

Recherche et rédaction (en ordre alphabétique) :

Geneviève Baril-Gingras	Professeure au Département de relations industrielles, Université Laval
Stéphanie Bernstein	Professeure au Département des sciences juridiques, UQAM
Rachel Cox	Membre du Barreau du Québec et professeure au Département des sciences juridiques, UQAM
Dalia Gesualdi-Fecteau	Membre du Barreau du Québec et professeure au Département des sciences juridiques, UQAM
Anne Renée Gravel	Professeure à l'École des sciences de l'administration de la TÉLUQ
Marie Laberge	Professeure à l'École de réadaptation, Université de Montréal
Valérie Lederer	Professeure au Département de relations industrielles, UQO
Mélanie Lefrançois	Professeure au Département d'organisation et ressources humaines, École des sciences de la gestion de l'UQAM (ESG-UQAM)
Marie-Eve Major	Professeure à la Faculté des sciences de l'activité physique, Université de Sherbrooke
Karen Messing	Professeure émérite au Département des sciences biologiques à l'UQAM et officière de l'Ordre du Canada (2019)
Jessica Riel	Professeure au Département de relations industrielles et responsable de l'équipe SAGE, UQO
Johanne Saint-Charles	Professeure au Département de communication sociale et publique et directrice de l'Institut Santé et société, UQAM
Hélène Sultan-Taïeb	Professeure au Département d'organisation et ressources humaines, École des sciences de la gestion de l'UQAM (ESG-UQAM)
Nicole Vézina	Professeure au Département des sciences de l'activité physique, UQAM

Remerciements :

Les autrices souhaitent remercier la professeure Katherine Lippel, Dre Susan Stock et les chercheur.ses retraité.es Patrice Duguay, Romaine Malenfant et Maria De Koninck pour leurs relectures et commentaires d'une ou plusieurs parties de ce mémoire. Les autrices remercient également le Fonds de recherche québécois – Société et Culture (FRQ-SC) qui soutient financièrement les travaux de l'équipe SAGE.

Les autrices demeurent les seules responsables du contenu de ce mémoire.

Ce document est disponible sur le site internet de SAGE : <http://sage.uqo.ca/>

© Équipe de recherche interdisciplinaire sur le travail SAGE, 2021

La traduction et la reproduction totale ou partielle de la présente publication à des fins non commerciales sont autorisées à la condition expresse d'en mentionner la source.

Présentation de l'équipe de recherche SAGE¹

L'[Équipe de recherche interdisciplinaire sur le travail Santé-Genre-Égalité \(SAGE\)](#), financée par le Fonds de recherche du Québec – Société et Culture (FRQ-SC), est une **leader en recherche sur la santé au travail et les inégalités sociales et de genre au Québec**. Ses travaux se caractérisent par l'analyse écosystémique des problématiques de santé au travail qui s'appuient sur des collaborations interdisciplinaires originales et sur une approche de recherche partenariale. Les membres de l'équipe rayonnent sur les scènes locales, nationale et internationale. Outre les nombreuses contributions à l'avancement de la science, les travaux des membres de SAGE ont eu des effets déterminants sur les milieux de travail et les politiques publiques. Par ailleurs, certaines des membres, déjà professeures et chercheuses établies en 2010, étaient signataires du [mémoire Baril-Gingras et al \(2010\)](#)² déposé au Groupe Camiré.

L'Équipe SAGE est composée de 16 chercheuses féministes issues de disciplines diverses (ergonomie, droit, économie, communication organisationnelle, administration, relations industrielles épidémiologie et psychologie organisationnelle) et provenant de sept universités canadiennes (UQO, UQAM, TÉLUQ, Université de Montréal, Université Laval, Université de Sherbrooke, Université d'Ottawa). Plusieurs des chercheuses de SAGE sont également membres du Centre de recherche interdisciplinaire sur le bien-être, la santé, la société et l'environnement ([CINBIOSE](#)).



¹ Pour toutes demandes d'entrevue, veuillez contacter : sage@uqo.ca.

² Baril-Gingras, G., Montreuil, S., Fournier, P.-S., Laflamme, A.-M., Lamonde, F., Bourbonnais, R., Malenfant, R., Messing, K., Trudel, L., Dionne, C., Laroche, E., Bellemare, M., Brisson, C., (2010), Organiser la prévention de manière systématique, dans tous les lieux de travail, la redynamiser et prendre en compte les changements du travail et de l'emploi. Mémoire présenté au Groupe de travail de la CSST sur la révision de la LSST (Groupe de travail Camiré), 92 p. et annexes.

Les membres SAGE autrices de ce mémoire

Les 14 signataires de ce mémoire sont présentées ci-dessous en ordre alphabétique.

Geneviève Baril-Gingras est professeure au Département des relations industrielles de l'Université Laval, où elle enseigne dans les domaines de la santé et de la sécurité du travail et de l'ergonomie. Elle a dirigé la rédaction d'un mémoire portant sur la modernisation du régime québécois de santé et sécurité du travail en 2010. Elle est autrice et coautrice d'ouvrages et d'articles scientifiques sur les interventions en santé et en santé du travail, dont les risques psychosociaux, et sur l'action de l'inspectorat.

Stéphanie Bernstein est professeure au Département des sciences juridiques à l'Université du Québec à Montréal (UQAM) depuis 2003 et avocate émérite membre du Barreau du Québec. Elle participe depuis plus de 20 ans à la recherche multidisciplinaire et partenariale portant sur la précarisation du travail, l'articulation travail-famille, le travail du *care* et le travail migrant temporaire. Ses axes de recherche permettent d'approfondir l'analyse des liens entre les politiques publiques, la ségrégation basée sur le sexe/genre et sur le fait d'appartenir à un groupe racisé, et la situation des différentes catégories de travailleur.ses en situation de précarité.

Rachel Cox est membre du Barreau du Québec et professeure au Département des sciences juridiques (UQAM). Elle prononce régulièrement des conférences scientifiques au sujet de la santé et de la sécurité et du droit à l'égalité au travail, notamment sur le harcèlement, et ce, tant à l'échelle nationale qu'internationale. Elle est l'autrice de plusieurs publications dans le domaine du droit de la santé et la sécurité du travail et des droits de la personne.

Dalia Gesualdi-Fecteau est membre du Barreau du Québec, professeure à la Faculté de science politique et de droit de l'Université du Québec à Montréal (UQAM) et chercheure au Centre de recherche interuniversitaire sur la mondialisation et le travail (CRIMT). Elle s'intéresse à l'effectivité du droit du travail et ses recherches notamment portent sur la réalité des travailleurs et de travailleuses à statut précaire, sur le rôle de l'inspectorat du travail ainsi que sur l'encadrement du temps de travail. Dalia Gesualdi-Fecteau a siégé sur le Comité d'experts sur les normes du travail fédérales modernes, mis en place par la ministre de l'Emploi, du Développement de la main-d'œuvre et du Travail et dont le rapport a été rendu public en décembre 2019.

Anne Renée Gravel est professeure en santé et sécurité du travail et en gestion des ressources humaines à l'École des sciences de l'administration de la TÉLUQ et présidente du syndicat des professeures et professeurs de la TÉLUQ. Elle adopte une perspective analytique féministe dans ses recherches et porte un intérêt particulier au travail des femmes. Elle a également développé une expertise sur droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite au Québec.

Marie Laberge est ergonomiste et professeure à l'École de réadaptation (Université de Montréal) et chercheuse régulière au Centre de recherche du CHU Ste-Justine. Elle est chercheuse principale désignée de l'équipe Genre-Équité-Santé-Travail-Environnement (GESTE-pour le partage des connaissances) (IRSC #153454). Ses recherches portent sur le développement d'interventions de prévention de l'incapacité de travail auprès des adolescent.es qui éprouvent des difficultés d'apprentissage et qui sont en transition vers le monde du travail. Elle s'intéresse également à la prise en compte du sexe et du genre dans les recherches-intervention en santé au travail. Elle est

présidente du comité technique « Gender & Work » de l'*International Ergonomics Association* (IEA) depuis 2018. Elle est également experte de la prise en compte du sexe et du genre au sein de nombreuses équipes de recherche de grande envergure au Québec et au Canada.

Valérie Lederer est professeure en santé au travail au Département de relations industrielles à l'Université du Québec en Outaouais (UQO). Ses recherches portent sur les déterminants de l'incapacité prolongée au travail, l'influence du sexe/genre sur le processus d'incapacité et les enjeux liés au retour/maintien en emploi de populations vulnérables (populations vieillissantes et/ou issues de l'immigration récente) et l'évaluation de programme de réadaptation au travail.

Mélanie Lefrançois est professeure au Département d'organisation et ressources humaines à l'École des sciences de la gestion de l'UQAM (ESG-UQAM). S'appuyant sur un cadre intégrant la communication organisationnelle et l'ergonomie, ses récents travaux en santé au travail portent sur la charge de travail, l'articulation travail-famille en contexte d'horaires atypiques contraints, l'analyse des réseaux dans les interventions de SST, et la prise en compte du sexe/genre dans les recherches interventions partenariales.

Marie-Eve Major est ergonome et professeure à la Faculté des sciences de l'activité physique de l'Université de Sherbrooke. Ses travaux et ses intérêts de recherche portent sur les déterminants de la santé au travail, sur le développement et l'évaluation d'interventions en milieux de travail en accordant une importance à l'élaboration d'outils méthodologiques sensibles au genre et aux inégalités sociales.

Karen Messing est ergonome et professeure émérite au Département des sciences biologiques à l'UQAM et officière de l'Ordre du Canada (2019) Elle a reçu plusieurs prix, entre autres, le Prix du Gouverneur général du Canada (2009) pour sa contribution au bien-être des femmes et le William P. Yant Award (2014) de la American Industrial Hygiene Association. Elle est l'auteur de plusieurs ouvrages sur la santé des femmes au travail, reconnus au plan international et publiés en diverses langues dont le français, l'anglais, l'allemand et le coréen.

Jessica Riel est co-fondatrice et responsable de SAGE. Elle est ergonome et professeure en santé et sécurité du travail au Département de relations industrielles à l'UQO. S'appuyant sur un cadre d'analyse holistique inspiré du modèle ergonomique de l'activité de travail, ses recherches-action sont réalisées avec la collaboration des employeurs, syndicats et organismes communautaires et visent à améliorer les conditions de travail et à réduire les inégalités sociales, particulièrement de genre, dans les milieux de travail. Son expertise porte sur la dimension collective du travail, les dynamiques de genre en son sein et son impact sur la santé au travail. Elle est l'auteur et coauteur de plusieurs articles en santé au travail et en éducation.

Johanne Saint-Charles est professeure en communication sociale et publique à l'UQAM et directrice de l'Institut Santé et société. Ses recherches se déroulent en contexte interdisciplinaire et en partenariat dans une perspective écosystémique de la santé (écosanté) en santé environnementale et en santé au travail. Son expertise se situe dans l'étude des dynamiques relationnelles dans les groupes et les réseaux humains.

Hélène Sultan-Taïeb est professeure au Département d'organisation et ressources humaines de l'ESG-UQAM. Économiste de la santé au travail, elle dirige actuellement plusieurs projets de

recherche financés par les organismes subventionnaires (IRSC, IRSST) sur les évaluations des interventions de prévention en milieu de travail : analyse du processus d'implantation et évaluations coût-bénéfice. Ses travaux de recherche portent également sur les coûts des maladies imputables aux expositions professionnelles (contraintes psychosociales comme le stress au travail, cancérogènes).

Nicole Vézina est professeure au Département des sciences de l'activité physique à l'UQAM. Elle enseigne à la maîtrise professionnelle en ergonomie dont elle a été responsable de l'élaboration. Ses recherches portent surtout sur la pratique de l'intervention ergonomique en s'intéressant en particulier à son développement, à son évaluation et à la considération du sexe/genre dans le déroulement de l'intervention en milieu de travail.

Table des matières

Présentation de l'équipe de recherche SAGE.....	i
Résumé.....	x
Faits saillants et recommandations.....	xi
1. Introduction.....	1
2. Les modifications à la LSST.....	2
2.1 L'application des mécanismes de prévention et de participation-représentation en fonction du « niveau de risque »	2
2.1.1 Rappel historique.....	2
2.1.2 La ségrégation du travail selon le sexe	3
2.1.3 La priorisation des interventions en prévention	7
2.1.4 Les données omises dans le calcul	10
2.1.5 La priorisation proposée par le PL 59	15
2.1.6 Conclusion.....	18
2.1.7 Recommandations.....	19
2.2 Le programme de prévention	20
2.2.1 Le risque de conformité de papier associé au programme de prévention multi-établissement	21
2.2.2 La nécessité d'une veille continue sur l'implantation de l'ensemble des mécanismes et sur la qualité des programmes de prévention	24
2.2.3 La nécessité de mesures visant l'intégration de la prévention, sensibles au sexe/genre et inclusives dès la conception	25
2.2.4 L'intégration des facteurs de risque organisationnels et psychosociaux pour améliorer l'efficacité des interventions de prévention.....	26
2.2.4.1 L'utilisation de l'expression « facteurs de risques organisationnels et psychosociaux » pour rendre compte d'une réalité complexe ayant des effets sur la santé physique comme psychologique.	27
2.2.4.2 Des interactions complexes : les « RPS » ne causent pas que des problèmes de santé mentale et tous les types d'emplois peuvent être touchés	28
2.2.4.3 Facteurs déterminants pour l'efficacité des interventions de prévention des risques de TMS et des facteurs de risques organisationnels et psychosociaux.....	30
2.2.4.4 Conclusion	31
2.2.5 Recommandations.....	32
2.3 Le maintien des programmes de santé au travail spécifiques à chaque établissement: une question d'efficacité des actions de prévention et d'équité pour les travailleur.ses	33

2.3.1	La pertinence du maintien et de l'extension du PSSE pour le développement de la prévention dans les milieux de travail.....	34
2.3.2	La prise en charge de la prévention par le milieu de travail	35
2.3.3	Le savoir-faire développé par les intervenants des équipes de santé au travail et l'apport des ergonomes dans ces équipes	36
2.3.4	Le respect de l'équité par la considération du sexe/genre et des caractéristiques des travailleur.ses.....	37
2.3.5	Recommandations.....	38
2.4	Les mécanismes de participation-représentation.....	39
2.4.1	Des travailleur.ses ne sont couverts par aucun mécanisme de représentation en SST	40
2.4.2	Les mécanismes multi-établissements qui affaiblissent la représentation des travailleur.ses	42
2.4.3	Le comité de SST.....	42
2.4.4	Les représentant.es en santé et sécurité	43
2.4.5	Recommandations.....	45
2.5	Le programme <i>Pour une maternité sans danger</i>	46
2.5.1	Les protocoles proposés dans le PL 59 pour identifier les dangers et les conditions d'emploi durant la grossesse et l'allaitement	47
2.5.2	Les acteur.trices clés impliqués dans l'exercice du droit de retrait préventif.....	48
2.5.3	La gestion du retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite.....	50
2.5.4	Recommandations.....	51
2.6	Les travailleur.ses d'agences de placement de personnel.....	52
2.6.1	Recommandations.....	53
2.7	L'accès aux données de la CNESST aux fins de recherche	56
2.7.1	Recommandations.....	56
2.8	Des conditions pour que le régime de prévention soit efficace : soutien et contrôle.....	56
2.8.1	Le soutien externe	57
2.8.2	Le nombre d'inspecteur.trices.....	59
2.8.2.1	La priorisation des catégories de travailleur.ses plus vulnérables et des risques qui touchent aussi les femmes.....	60
2.8.3	Recommandations.....	61
3.	Les modifications à la LATMP	62
3.1	Le problème de l'accès à la représentation pour les victimes	68
3.1.1	Recommandation	70

3.2	Les travailleuses domestiques	71
3.2.1	La définition du « travailleur domestique » et l'exclusion de la loi.....	71
3.2.2	La solution de la souscription à une protection personnelle sur une base volontaire	74
3.2.3	Le cas particulier des travailleur.ses embauchés dans le cadre du programme « chèque emploi-service ».....	75
3.2.4	L'information sur les lésions professionnelles subies par les travailleur.ses domestiques	76
3.2.5	La notion d'établissement	76
3.2.6	Recommandations.....	76
3.3	La modification des critères de reconnaissance des TMS comme maladie professionnelle..	77
3.3.1	Recommandations.....	79
3.4	La reconnaissance des lésions psychologiques associées aux stressseurs traumatiques	80
3.4.1	Recommandation	80
4.	Conclusion	81
	ANNEXE 1 - Note méthodologique concernant l'analyse de la répartition des femmes et des hommes dans les « Groupes d'activité » (Codes SCIAN) selon le « niveau de risque » défini par le Projet de loi 59.....	82

Liste des abréviations

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
ASP	Association sectorielle paritaire
CDPDJ	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse
CISSS	Centre intégré de santé et services sociaux
CES	Chèque emploi-service
CALP	Commission d'appel en matière de lésions professionnelles
CLP	Commission des lésions professionnelles du Québec
CSS	Comité de santé et sécurité
CSST	Commission de la santé et sécurité du travail
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
DRSP	Direction régionale de la santé publique
EERH	Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures travaillées
EQSP	Enquête québécoise sur la santé des populations
ESENER	Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents
EU-OSHA	Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail
FPO	Fair Practice Office
INRS	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail
LATMP	Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
LNT	Loi sur les normes du travail
LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTESS	Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale
OHCOV	Occupational Health Clinics for Ontario Workers
OIT	Organisation internationale du travail
OMS	Organisation mondiale de la santé
OWA	Office of the Worker Adviser
PAMT	Personne accidentée ou malade du travail

PL 59	Projet de loi 59
PP	Programme de prévention
PMSD	Programme pour une maternité sans danger
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
RPS	Risques psychosociaux
RSPSAT	Réseau de la santé publique en santé au travail
RSS	Représentant en santé et sécurité
RTSST	Représentant des travailleurs en santé et sécurité du travail
SAGE	Équipe de recherche interdisciplinaire sur le travail Santé-Genre-Égalité
SCIANS	Système de classification des industries de l'Amérique du Nord
SST	Santé et sécurité du travail
TAT	Tribunal administratif du travail
TMS	Troubles musculo-squelettiques
TSPT	Trouble de stress post-traumatique
WCB	Workers' Compensation Board
WSIB	Workplace Safety & Insurance Board

Résumé

Cumulant plus de 30 ans d'études sur des questions liées à la santé au travail des femmes, les membres de l'Équipe de recherche interdisciplinaire sur le travail Santé-Genre-Égalité ([SAGE](#)) ont décidé de déposer un mémoire au sujet de la modernisation du régime québécois de santé et sécurité du travail (SST) avec, comme objectif de s'assurer que la réforme annoncée ne perpétue pas les inégalités sociales et de genre de l'ancien régime.

Notre objectif a donc été d'analyser, en suivant les principes de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS), les effets potentiels que les modifications proposées dans le Projet de loi 59 (PL 59) pourraient avoir sur la santé au travail des femmes et celle de travailleur.ses en situation de vulnérabilité, et ce, tant sur le plan de la prévention que de la réparation.

À partir d'une approche interdisciplinaire et écosystémique de la santé au travail, faisant appel à l'analyse de l'activité réelle de travail par l'ergonomie, et à celle du cadre légal et réglementaire par le droit, notre analyse s'est appuyée sur (1) les recherches des membres de l'équipe et l'état des connaissances scientifiques; (2) l'analyse de la jurisprudence et de l'effectivité des dispositions légales et (3) les nombreuses expériences d'intervention en milieu de travail des membres de l'équipe.

D'abord, nous souhaitons souligner que certaines dispositions du projet de loi comportent des améliorations pour les travailleuses, telles que l'inclusion d'une obligation de prévention de la violence physique et psychologique, y compris la violence conjugale et familiale se manifestant au travail; l'inclusion explicite des risques dits « ergonomiques » et des « risques psychosociaux »; et l'extension de l'application du *programme de prévention* et des mécanismes de participation-représentation. Cependant, nous constatons que le texte actuel du PL59 ne constitue pas une véritable modernisation du régime de prévention, du point de vue des risques auxquels sont exposées les femmes au travail. Nous sommes aussi forcées de constater que l'essentiel des modifications proposées à la LATMP constitue des reculs pour les droits à la réparation en cas de lésions professionnelles et nuit aux efforts de prévention; plusieurs auraient des effets particulièrement négatifs pour les travailleuses.

Le ministre du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Monsieur Jean Boulet, a exprimé sa volonté de prendre en compte la situation des femmes au travail en intégrant au PL 59 des dispositions les touchant plus particulièrement. Pour que la réforme du régime SST constitue une véritable modernisation, pour les travailleuses comme pour tous les travailleurs, cette préoccupation pour la santé au travail des femmes doit transparaître dans l'ensemble du projet.

Nous émettons donc 49 recommandations au PL 59 afin que la modernisation du régime de SST réduise les inégalités sociales et de genre en santé au travail et n'en crée pas de nouvelles. Celles-ci sont listées dans la prochaine section. Nous vous invitons, par ailleurs, à consulter l'ensemble du mémoire afin de saisir l'ensemble des arguments soutenant nos recommandations.

Faits saillants et recommandations

Les modifications à la Loi sur la santé et la sécurité du travail

Le critère de niveau de risque

Une majorité de travailleur.ses et plus particulièrement de travailleuses se trouvent actuellement dans des secteurs où il n’y a aucune obligation de mettre en place les mécanismes de prévention et de participation-représentation prévus à la LSST.

Le PL59 propose de moduler l’application des mécanismes de prévention et de participation-représentation des travailleur.ses en fonction de la taille des établissements et d’une estimation du « niveau de risque » (faible, moyen, élevé). Ce critère se base sur les débours, par code SCIAN-4 adapté, pour les lésions professionnelles déclarées, reconnues et indemnisées.

Cependant, notre analyse révèle que :

1. Certains problèmes de santé reliés au travail affectant particulièrement les travailleuses [troubles musculo-squelettiques (TMS) et problèmes de santé mentale] font l’objet d’une sous-déclaration et d’une sous-reconnaissance et sont donc sous-estimés par le critère du PL 59.
2. 69,3% de femmes contre 50,2% d’hommes (incluant les SCIAN-4 avec les effectifs estimés – voir section 2.1.5) se retrouvent ainsi dans les secteurs considérés à « risque faible » dans le PL 59 et seront donc moins bien protégés.
72,9% de femmes contre 53,3% d’hommes (en excluant les SCIAN-4 sans effectifs estimés – voir section 2.1.5) se retrouvent ainsi dans les secteurs considérés à « risque faible » dans le PL 59 et seront donc moins bien protégés.

Considérant ces constats, nous recommandons de :

RECOMMANDATION 1

Retirer la notion de « niveau de risque » et rendre accessibles les mécanismes de prévention et de participation-représentation pour tous et toutes. En effet, l’objectif même de la LSST est que les risques soient identifiés dans les milieux de travail.

RECOMMANDATION 2

Si une répartition par « niveau de risque » était maintenue et que, faute d’alternatives, le législateur voulait se baser sur l’expérience québécoise pour déterminer l’accès à la prévention, ajouter des correctifs pour que soient accordés des moyens de prévention adéquats aux femmes.

Inclure dans les considérations quant au niveau de priorité, les conclusions issues des analyses fines des professions et secteurs concernant les expositions aux risques de TMS et de santé mentale.

RECOMMANDATION 3

Réaliser les enquêtes québécoises de santé, à un rythme suffisamment régulier, afin d'obtenir suffisamment de données pertinentes sur les risques courants et émergents pour toute la population active (comprenant travailleuses domestiques, travailleur.ses d'agences, à statut précaire, etc.).

Allouer des ressources (humaines et financières) suffisantes pour l'analyse de ces données afin que le système de prévention devienne plus agile.

RECOMMANDATION 4

Exiger de la CNESST la publication de données ventilées selon le sexe. Ce faisant, elle aura à exiger que les établissements tiennent compte du sexe/genre dans leurs rapports, comme c'est le cas actuellement en France.³

Le programme de prévention

Actuellement, les secteurs d'emploi occupés majoritairement par des femmes ont été couverts par un programme de prévention dans une proportion nettement plus faible que ceux des hommes.

Nous saluons que le PL 59 prévoit l'extension de la couverture du *programme de prévention* et d'y intégrer explicitement la prévention des risques dits « psychosociaux » (RPS) et des risques dits « ergonomiques » et de prévoir une obligation de prévention de la violence physique et psychologique se manifestant sur les lieux de travail, y compris la violence familiale et conjugale⁴.

Cependant, notre analyse révèle :

1. Une perte d'efficacité préventive associée au recours à un *programme de prévention multi-établissement*.
2. Des mesures insuffisantes pour assurer la protection des travailleur.ses des petits établissements, généralement plus à risque.
3. L'importance d'anticiper de manière inclusive les risques reliés à des changements notamment organisationnels, technologiques, architecturaux dans le programme de prévention afin de prévenir adéquatement les risques dits « ergonomiques » et « psychosociaux » et ce, dès la conception.
4. L'importance de considérer les RPS comme des facteurs de risque organisationnels et psychosociaux pour en assurer une prévention effective.

³ Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes

⁴ Nous souscrivons aux constats et recommandations formulés par une membre de SAGE également signataire du présent mémoire, et ce, au nom d'un projet de recherche partenariale du Service aux Collectivités de l'UQAM dans lequel elle est chercheuse principale : Rachel Cox (2021). Mémoire présenté au sujet des dispositions du Projet de loi 59 sur l'obligation de protection de l'employeur en matière de violence conjugale présenté à la Commission de l'économie et du travail du Québec. Assemblée nationale du Québec.

Considérant ces constats, nous recommandons de :

RECOMMANDATION 5

Retirer la possibilité de mettre en place un programme de prévention multi-établissement du PL 59.

RECOMMANDATION 6

Réaliser, sur une base régulière, des études à l'IRSST (ou subventionnées par celle-ci) afin de dresser un portrait de l'organisation de la prévention (PP, PSSE, CSS, RP) dans les milieux de travail, de manière à mesurer l'implantation de ces mécanismes, et les facteurs contextuels qui influencent le degré d'implantation.

RECOMMANDATION 7

Réaliser une étude indépendante examinant l'activité des mutuelles de prévention et instaurer un programme d'évaluation cyclique de la prise en charge de la prévention dans les mutuelles à la CNESST.

RECOMMANDATION 8

Inclure à la LSST les moyens légaux et réglementaires appropriés pour assurer une intégration réelle et inclusive de la prévention dès la conception, pour réaliser l'objectif visé par les articles 54, 63, 190 et 223 (14) de la LSST.

RECOMMANDATION 9

Ajouter la notion de l'intégrité psychologique des travailleur.ses à l'article 2 de la LSST.

RECOMMANDATION 10

Étendre le contenu du programme de prévention (art. 59, LSST), les fonctions du CSS (art. 78, LSST) et du RSS (art. 90, LSST) à l'examen des projets de conception et des projets de changements dans le milieu de travail (construction, agrandissement, déménagement, révision de l'organisation du travail, croissance ou décroissance de la main-d'œuvre, ajout ou retrait d'activités de production/services, etc.) à la manière des dispositions prévues par le Règlement canadien sur la santé et la sécurité du travail (19.5(4)).

RECOMMANDATION 11

Modifier le premier paragraphe de l'article 59 concernant le *programme de prévention*, l'*alinéa 2 de l'article 90* ainsi que le *4^e paragraphe de l'article 210* concernant les responsabilités du RSS pour remplacer le terme « *risques psychosociaux* » par « *facteurs de risque organisationnels et psychosociaux* ».

RECOMMANDATION 12

Ajouter un critère d'évaluation de l'admissibilité du *programme de prévention* soumis par l'établissement afin qu'il comporte une section sur l'identification et des moyens de contrôle des *facteurs de risque organisationnels et psychosociaux* et ce, peu importe le secteur d'emploi et le type de poste.

RECOMMANDATION 13

Intégrer l'identification et la correction/contrôle des *facteurs de risque organisationnels et psychosociaux*, en cohérence avec l'approche d'intervention en ergonomie, dans les contenus déterminés par règlement du programme de formation obligatoire pour le RSS de même que dans les programmes de formation destinés aux CSS et aux comités de chantier.

RECOMMANDATION 14

Intégrer le développement de programmes de formation et d'information sur les *facteurs de risque organisationnels et psychosociaux* aux priorités identifiées par la Commission pour le développement de programmation d'activités des associations sectorielles paritaires (ASP).

Le programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE)

Le PL 59 abolit les dispositions de la LSST qui concernent le PSSE, élaboré par le *médecin responsable des services de santé de l'établissement*, rattaché au Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT) et soutenu par une équipe multidisciplinaire.

Cependant, notre analyse révèle que :

1. Le PSSE permet une identification, sur le terrain, des risques pour la santé, dont ceux causant des troubles musculo-squelettiques (TMS).
2. Le PSSE assure aux entreprises et aux travailleur.ses une expertise indépendante et compétente en SST, ce que peu de petites et moyennes entreprises peuvent assumer.
3. L'expertise d'ergonomes des équipes du RSPSAT y contribue.

Considérant ces constats, nous recommandons de :

RECOMMANDATION 15

Maintenir les dispositions concernant le PSSE dans la LSST et étendre leur application à tous les établissements devant disposer d'un *programme de prévention* (voir les recommandations, section 2.2.5).

RECOMMANDATION 16

Reconnaître les équipes du RSPSAT comme les intervenant.es prioritaires et essentiels à l'élaboration des *programmes de santé au travail* afin d'assurer aux milieux de travail des ressources compétentes et indépendantes.

RECOMMANDATION 17

Élargir les moyens d'action en prévention du RSPSAT à tous les secteurs d'activité et renforcer les capacités des équipes de santé au travail de ce réseau par l'ajout de ressources supplémentaires, notamment en ergonomie pour les milieux de travail.

Les mécanismes de participation-représentation

Les risques auxquels font face les femmes sont souvent invisibilisés. Le succès d'une réforme reposera en grande partie sur la capacité du régime à leur donner une voix.

Le PL 59 étend la couverture des mécanismes que sont les *comités de santé et de sécurité* (CSS) et le *représentant en santé et en sécurité* (RSS) et les rend obligatoires, ce qui crée une opportunité pour redonner à la prévention l'élan nécessaire.

Cependant, notre analyse révèle que certaines dispositions actuellement inscrites au PL 59 risquent de limiter les effets attendus, notamment parce que :

1. Il y a une contradiction entre, d'une part, l'intention affirmée de renforcer la prévention, et, d'autre part, le faible niveau de ressources alloué aux RSS, en termes de nombre d'heures de libération.
2. Les difficultés rencontrées par les travailleur.ses des petits établissements et par les travailleur.ses non syndiqués comme c'est le cas de la majorité des femmes dans le secteur privé) ne sont pas suffisamment prises en compte.

Considérant ces constats, nous recommandons de :

RECOMMANDATION 18

Réaliser des consultations visant la mise en place d'un dispositif afin de soutenir la participation et la représentation des travailleur.ses des petits établissements et des établissements non syndiqués; ce dispositif devrait être encadré légalement et doté d'un conseil d'administration composé de représentants d'associations de travailleur.ses non syndiqués. La conception de ce dispositif pourrait être inspirée des réseaux de représentant.es itinérants existants dans d'autres juridictions et devrait tenir compte de l'état des connaissances au plan international.

RECOMMANDATION 19

Demander à la CNESST de mettre en place un service d'information et d'accompagnement destiné aux travailleur.ses non syndiqués, tant en matière de prévention que d'indemnisation. Cette proposition fait écho à la recommandation 40 (voir section 3.1).

RECOMMANDATION 20

Ne pas lier la décision d'établir un CSS multi-établissement à l'existence d'un programme de prévention multi-établissement; que cette possibilité puisse être retenue pour les établissements syndiqués uniquement, après accord entre les parties sur les établissements couverts par le comité multi-établissement.

RECOMMANDATION 21

Prévoir, dans le *Règlement sur les mécanismes de prévention*, la fréquence minimale des rencontres des CSS, et la possibilité pour les parties de convenir d'une fréquence plus élevée.

Intégrer des connaissances sur les risques, leur identification, les mesures de prévention et les manières d'en assurer l'implantation et le maintien dans la formation destinée aux membres des CSS. L'analyse de l'activité réelle de travail proposée par l'ergonomie doit être intégrée à cette formation, de même qu'une sensibilisation aux risques présents dans les emplois à prédominance féminine.

Doter les membres ainsi formés de pouvoirs étendus, s'inspirant des dispositions existant en Ontario et en Suède (droit de faire cesser un travail dangereux) et dans l'État de Victoria en Australie (droit d'émettre un « avis d'amélioration provisoire » à l'employeur et aux collègues).

RECOMMANDATION 22

Rehausser le nombre d'heures de libération minimales prévues pour le RSS au niveau actuellement établi par le *Règlement sur le représentant à la prévention*, pour tous les établissements où doit être désigné un RSS.

Le programme Pour une maternité sans danger

Le *droit de retrait préventif* est en application depuis plus d'une quarantaine d'années dans les milieux de travail. Cette longue expérience a contribué à prévenir des dommages à la santé des femmes et des enfants et à améliorer les connaissances sur les risques liés au travail durant la grossesse. Dans certains cas, les mesures ont permis d'améliorer les pratiques de prévention.

S'inspirant des travaux de la professeure Anne-Renée Gravel⁵, notre analyse révèle que les modifications proposées par le PL 59 :

1. attribuent une place prépondérante aux protocoles permettant d'identifier les dangers et les conditions d'emploi des travailleuses enceintes ou qui allaitent (modification proposée à l'article 40 et 48);
2. réduisent le rôle et l'autonomie du médecin traitant (modifications proposées aux 37, 40, 42, et 51 de la LSST);
3. limitent le recours à la consultation auprès des médecins et de tout autre expert.e du RSPSAT (modification proposée à l'article 48 de la LSST).
4. pourraient réduire la capacité des travailleuses enceintes ou qui allaitent à faire en sorte que soient éliminés les dangers que comporte leur travail pour elle, leur grossesse et l'enfant qu'elles allaitent.

Considérant ces constats, nous recommandons de :

RECOMMANDATION 23

Retirer la prise de décision basée sur les protocoles, car ils ne pourront prendre en compte la situation de travail réelle de la travailleuse en lien avec son état de grossesse ou de son allaitement.

RECOMMANDATION 24

Accorder un financement adéquat à la recherche indépendante, ainsi qu'aux équipes du RSPSAT, sur la relation travail-grossesse-santé.

RECOMMANDATION 25

Assurer la multidisciplinarité des équipes du RSPSAT afin qu'elles puissent jouer un rôle efficace pour assurer la santé et la sécurité des travailleuses enceintes ou qui allaitent.

⁵ Gravel, Anne Renée (2020). *Mémoire sur le projet de loi n° 59. Droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite*. Présenté à la Commission de l'économie et du travail de l'Assemblée nationale. Vous trouverez ce mémoire sur le site de l'Équipe SAGE : <http://sage.ugo.ca/>.

RECOMMANDATION 26

Assurer l'autonomie décisionnelle des médecins traitants dans la détermination des dangers et des conditions d'emploi durant la grossesse et l'allaitement puisqu'ils ont l'expertise en cette matière et puisque leur rôle assure la parité et la participation des travailleuses comme le recommande la LSST.

RECOMMANDATION 27

Conserver le rôle central des directions de santé publique dans la détermination des risques et des dangers. Précisons que les équipes de santé au travail possèdent déjà l'expertise pour faire ce travail d'évaluation des risques pour la grossesse et l'allaitement.

RECOMMANDATION 28

Intégrer le droit de retrait préventif dans un plan d'intervention global en santé au travail.

RECOMMANDATION 29

Inclure dans le *programme de prévention* : (1) les risques pour la travailleuse enceinte ou qui allaite et de son enfant à naître ou allaité; et (2) les réaménagements de tâches ou des postes de réaffectation de manière à aller au-delà du traitement au cas par cas.

RECOMMANDATION 30

Offrir des incitatifs financiers permettant d'implanter en milieu de travail une approche préventive et proactive de la gestion de la SST durant la grossesse.

Les travailleur.ses d'agences de placement de personnel

Les travailleur.ses d'agences de location de personnel sont actuellement mal protégés par la LSST en raison notamment des effets de l'encadrement flou des relations de travail multipartites impliquant une entreprise cliente et une agence. En vertu du principe d'égalité de traitement sans égard au statut d'emploi, les entreprises clientes devraient être soumises aux mêmes obligations envers les travailleur.ses d'agences qu'envers leurs propres travailleur.ses.

Le PL 59 propose d'inclure de ces travailleur.ses dans le calcul de la taille de l'établissement, ce que nous saluons. Cependant, notre analyse révèle que cette mesure est insuffisante pour protéger ces travailleur.ses et que pour ce faire, le législateur doit :

- S'assurer d'une responsabilisation plus soutenue de l'entreprise cliente en matière de prévention des risques.
- S'assurer de sanctionner les agences qui ne s'acquittent pas de leurs obligations en tant qu'employeur : ici, compte tenu du *Règlement sur les agences de placement de personnel et les agences de recrutement de travailleurs étrangers temporaires*, il s'agirait pour la CNESST de ne pas renouveler leur permis d'exploitation.

Considérant ces constats, nous recommandons de⁶ :

RECOMMANDATION 31

Rendre explicite l'interdiction d'un transfert contractuel de responsabilité entre l'entreprise cliente et l'agence quant aux obligations prévues par la LSST.

RECOMMANDATION 32

Reconnaître une obligation pour l'entreprise cliente d'aviser la CNESST lorsqu'un.e travailleur.se d'agences subit une lésion professionnelle alors que l'entreprise cliente louait ses services.

Les entreprises clientes devraient avoir une obligation d'aviser la CNESST de toute lésion professionnelle survenue à un.e travailleur.se dont elles louent les services, et ce, tel que préconisé par la littérature scientifique à ce sujet.⁷

Une telle obligation permettrait l'arrimage avec un *programme de prévention* ciblé pour les travailleur.ses d'agences et faciliterait grandement la mise en œuvre du *Règlement sur les agences* que la CNESST est chargée d'appliquer.

RECOMMANDATION 33

Prévoir une extension de certaines obligations de l'employeur prévues à la LSST à toutes les personnes qui exécutent des travaux sur un lieu de travail et à qui un employeur permet l'accès.

RECOMMANDATION 34

Mandater la CNESST d'identifier les travailleur.ses d'agences comme étant une « clientèle spécifique » à prioriser dans sa planification pluriannuelle en prévention et inspection.

RECOMMANDATION 35

Imputer la responsabilité pénale à l'agence de placement en cas d'infraction de « mise en péril » (art. 239, LSST) (arrimage avec le *Règlement sur les agences*) en ajoutant une disposition à cet effet.

RECOMMANDATION 36

Modifier le *Règlement sur les agences* afin d'assurer que les agences soient imputables en cas de violation à la LSST ou à la LATMP.

⁶ Se référer à la section 2.6.1 pour les formulations précises quant aux modifications à apporter à la LSST et au *Règlement sur les agences de placement de personnel et les agences de recrutement de travailleurs étrangers temporaires*)

Règlement sur les agences de placement de personnel et les agences de recrutement de travailleurs étrangers temporaires, RLRQ, chapitre N-1.1, r. 0.1

⁷ Gravel, S. et al., « Adapter les mesures préventives de santé et de sécurité pour les travailleurs qui cumulent des précarités : les obligations d'équité » (2017) 19(2) PISTES. En ligne : <https://journals.openedition.org/pistes>.

L'accès aux données de la CNESST pour fins de recherche

Considérant l'importance de l'accès aux données de la CNESST pour la recherche en santé et sécurité du travail, nous recommandons :

RECOMMANDATION 37

Que l'article 175 de la LSST soit bonifié en ajoutant que l'obtention des données pour fin d'étude, d'enseignement ou de recherche est sans frais et que, selon l'ampleur et la complexité de la demande, la Commission a un délai d'un à six mois pour transmettre l'information ou les renseignements.

Des conditions pour que le régime de prévention soit efficace : soutien et contrôle

Notre analyse révèle que :

1. La seule adoption d'une loi ne suffit pas à son application ou à générer les effets attendus, alors que, par contre, certaines pratiques de l'inspectorat produisent, elles, des effets significatifs.
2. Les recherches établissent clairement le rôle de la présence effective des inspecteur.trices, dans les milieux de travail, et celui des sanctions, le cas échéant.
3. De même, les milieux de travail doivent être soutenus par des ressources externes compétentes.

Considérant ces constats, nous recommandons de :

RECOMMANDATION 38

Reconnaître, dans le texte de la loi, la capacité des ASP à définir leurs priorités d'action en fonction des besoins qu'elles observent dans les secteurs qu'elles couvrent, tout en tenant compte, sans y être restreintes, des priorités établies par la CNESST.

Reconnaître, dans le texte de la loi, les ASP comme des actrices privilégiées pour dispenser la formation aux membres des CSS, étant donné leur connaissance des risques du secteur, leur caractère paritaire et l'absence d'implication dans la gestion de l'indemnisation.

RECOMMANDATION 39

Revoir à la hausse le nombre d'inspecteur.trices de manière à assurer un contrôle soutenu de la mise en œuvre des mécanismes de participation-représentation, de la qualité de l'identification des risques et de la sélection des mesures de prévention, dans le respect de la hiérarchie des mesures de prévention inscrite à l'article 8 du projet de *Règlement sur les mécanismes de prévention*, inclus au PL 59.

RECOMMANDATION 40

Assurer la formation des inspecteur.trices de manière à ce qu'ils puissent examiner les problèmes liés à l'ergonomie des situations de travail, aux facteurs de risques organisationnels et psychosociaux, et à l'intégration inclusive de la prévention à la conception et aux changements (technologiques, architecturaux, organisationnels).

Les modifications à la LATMP

Nous constatons que de nombreuses modifications à la LATMP proposées par le PL 59 engendreraient des reculs très importants pour les personnes accidentées et malades du travail (PAMT), accentuant davantage les inégalités observées dans l'indemnisation et la réintégration de certains groupes de travailleuses accidentées ou atteintes de maladie du travail, entre autres en restreignant la réparation et les soins. Nous souscrivons donc aux constats et recommandations formulés par la professeure Katherine Lippel⁸. Nous nous sommes concentrées sur les modifications qui posent particulièrement problème du point de vue du droit des travailleuses à la réparation.

L'accès à la représentation pour les victimes d'accident ou de maladie du travail

Notre analyse révèle que :

1. Le Québec fait piètre figure quant à l'assistance fournie aux PAMT en particulier les personnes non syndiquées.
2. Plusieurs autres juridictions canadiennes ont mis en place des dispositifs destinés aux PAMT afin de réduire les iniquités d'accès à une représentation neutre dans le cas de litiges liés à des lésions professionnelles.

Considérant ces constats, nous recommandons de :

RECOMMANDATION 41

Mettre en place, à l'instar de ce qui est proposé dans le rapport de l'IRIS⁹, des Bureaux de conseiller.ères des travailleur.ses et des employeurs comme il en existe en Ontario et en Colombie-Britannique.

L'accès au régime d'indemnisation pour les travailleuses domestiques

L'exclusion actuelle des travailleuses domestiques d'une couverture automatique par le régime d'indemnisation a été qualifiée de discriminatoire. Les travailleur.ses domestiques sont en fait en majorité des femmes, dont celles qui sont rémunérées via le programme chèque emploi-service (CES) du Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSS).

Le PL 59 prévoit des modifications concernant les travailleur.ses domestiques. Cependant, notre analyse révèle que :

1. Bien qu'elles élargissent la couverture du régime, les modifications proposées créent deux catégories de travailleuses et travailleurs domestiques, l'une étant assujettie à la LATMP et l'autre non, fondées sur le nombre d'heures travaillées sur une année pour un même

⁸ Lippel, K. (2021) Mémoire soumis à la Commission de l'économie et du travail de l'Assemblée nationale concernant le Projet de loi n° 59 proposant la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail, janvier 2021.

⁹ Charbonneau, M., Hébert, G. (2020) La judiciarisation du régime d'indemnisation des lésions professionnelles au Québec, Rapport de recherche, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques (IRIS).

particulier : les travailleur.ses domestiques seraient ainsi la seule catégorie de travailleur.ses visée par une telle exclusion de la LATMP.

Considérant ces constats, nous recommandons de :

RECOMMANDATION 42

Supprimer du PL 59 la définition de « travailleur domestique » et considérer sans distinction ces travailleur.ses comme des « travailleurs » au sens de la loi.

Supprimer l'exclusion concernant le « travailleur domestique » basée sur le nombre d'heures travaillées pour un même particulier proposée dans la définition de « travailleur » à l'article de 2 de la LATMP.

Supprimer toute exclusion totale ou partielle et tout traitement différencié de ces travailleur.ses dans la LATMP.

RECOMMANDATION 43

Maintenir dans le cas des travailleur.ses embauchés par l'entremise du programme CES, la présomption que le MSS est leur employeur aux fins de l'application de la LATMP.

Étendre la portée de cette présomption au-delà des heures visées par le CES afin de garantir plus efficacement et à moindre coût pour les particuliers la protection de travailleur.ses qui soutiennent des milliers de personnes à domicile.

RECOMMANDATION 44

Prévoir rapidement les moyens pour que les particuliers à faible revenu ne subissent pas un fardeau indu en raison de l'obligation de payer des cotisations à la CNESST.

RECOMMANDATION 45

Demander aux employeurs des travailleur.ses domestiques de tenir un registre des informations concernant les lésions professionnelles subies par les travailleur.ses domestiques, conformément à l'article 280 de la LATMP.

La modification des critères de reconnaissance des TMS comme maladie professionnelle

Les travailleuses sont particulièrement affectées par les TMS non traumatiques en raison des emplois qu'elles occupent.

Le PL 59 modifie les critères selon lesquels un TMS est présumé être une maladie professionnelle. Selon ce qui est proposé, la CNESST aurait le pouvoir d'adopter des règlements pour définir non seulement les critères d'application de la présomption (art. 29, LATMP), mais aussi les critères à considérer lorsque la présomption ne s'applique pas (art. 30, LATMP).

Or, notre analyse révèle que les critères proposés dans le PL59 :

1. apparaissent restrictifs en comparaison à l'interprétation donnée par les tribunaux aux critères actuellement inscrits à la LATMP.

- alourdissent le fardeau des victimes de TMS qui, comme d'autres maladies professionnelles, auraient moins de possibilités qu'elles n'en ont actuellement de se faire entendre au Tribunal administratif du travail (TAT).

Considérant ces constats, nous recommandons de :

RECOMMANDATION 46

Retirer les modifications proposées aux critères selon lesquels un TMS est présumé être une maladie professionnelle.

RECOMMANDATION 47

Ajouter d'autres diagnostics de TMS à la liste de celles pour lesquelles s'applique la présomption de maladie professionnelle, selon l'article 29 de la LATMP.

RECOMMANDATION 48

Retirer du PL 59 la possibilité pour la CNESST, d'adopter des règlements concernant les critères de présomption de maladies professionnelles (art. 29, LATMP) et les critères de reconnaissance d'une maladie professionnelle ne rencontrant pas la présomption (art. 30, LATMP).

Les modifications qui concernent le trouble de stress post-traumatique

Nous saluons l'inclusion du « trouble de stress post-traumatique » (TSPT) dans la liste des maladies professionnelles reconnues par l'application d'une présomption proposé dans le PL 59.

Cependant, notre analyse révèle que :

- L'exclusion de l'exposition à la « mort de causes naturelles » pourrait être interprétée comme ne couvrant pas des situations de stress aigu vécues par des femmes au travail, comme les infirmières et autres soignantes

Considérant ce constat, nous recommandons de :

RECOMMANDATION 49

Rédiger la description des conditions de travail donnant accès à la présomption de TSPT de manière plus large pour inclure l'ensemble des personnes premières répondantes y compris le personnel de la santé, dont les infirmières et autres soignant.es.

1. Introduction

En tant que chercheuses universitaires spécialisées dans le domaine de la prévention en santé et en sécurité du travail, nous avons examiné le Projet de loi 59 (PL 59) avec une préoccupation pour la protection de la santé au travail des femmes. L'expertise scientifique des chercheuses membres de SAGE permet de poser un regard critique sur les conditions nécessaires pour que les objectifs visés en matière de prévention soient réellement atteints, y compris pour les femmes, pour éviter que l'espoir d'un régime de santé et de sécurité assurant une véritable prévention ne soit déçu.

Trois angles d'examen structurent ce mémoire et permettent de comprendre tant les sources des risques que les conditions d'efficacité et d'effectivité des mesures préventives :

- La prise en compte des inégalités sociales et de genre, comme déterminant de la santé des femmes et plus largement, des personnes rendues vulnérables par leur statut (genre, statut d'emploi, par exemple le fait de travailler pour une agence de placement de personnel, statut migratoire, etc.);
- Une approche interdisciplinaire et écosystémique de la santé au travail, faisant appel à l'analyse de l'activité réelle de travail par l'ergonomie, et à celle du cadre légal et réglementaire, par le droit;
- L'articulation entre les contextes économique, social, politique et juridique de la société, les dimensions physiques et organisationnelles du milieu de travail ainsi que les pratiques, stratégies et dynamiques relationnelles entre les personnes dans les milieux de travail.

Dans ce mémoire, nous examinons successivement les modifications proposées par le PL 59 à la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), puis certains des changements qui seraient apportés à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP). Dans les deux cas, nous formulons des recommandations également quant à des éléments qui ne sont pas couverts par le PL 59.

2. Les modifications à la LSST

La politique gouvernementale *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait* a été dévoilée le 17 décembre 2006. L'analyse différenciée selon les sexes (ADS) est l'un des instruments de la gouvernance et elle est présentée comme une approche transversale, par la volonté d'intégrer progressivement le principe d'égalité entre les femmes et les hommes à l'ensemble des décisions gouvernementales ainsi que dans celles des instances locales et régionales.¹⁰ Selon le Secrétariat à la condition féminine, « l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) est un processus d'analyse favorisant l'atteinte de l'égalité entre les femmes et les hommes par l'entremise des orientations et des actions d'instances décisionnelles de la société sur les plans local, régional et national. L'ADS s'effectue au cours des différentes étapes d'un projet...¹¹ et la définition de « projet » précise, en exemple, qu'il peut s'agir d'« une loi, un règlement... ».

Le présent mémoire applique donc l'ADS au PL 59. Dans cette section, nous nous concentrons sur la proposition concernant l'application des mécanismes de prévention et de participation-représentation en fonction du niveau de risque estimé. Notre démarche est forcément incomplète, puisque la CNESST ne rend pas visible le sexe des travailleur.ses dans ses différents rapports et documents.¹²

2.1 L'application des mécanismes de prévention et de participation-représentation en fonction du « niveau de risque »¹³

2.1.1 Rappel historique

Dans les secteurs désignés comme prioritaires en 1979, et pour lesquels on appliquait l'ensemble des mesures de prévention prévues à la LSST, il y avait moins de 15% de femmes.¹⁴ Ces secteurs bénéficiaient (et bénéficient encore) de plus d'activités de prévention. Encore en 2019, le groupe prioritaire I s'accaparait 47% des dossiers de prévention (CNESST rapport annuel 2019, tableau 9,5) et de 44% des visites d'inspection (tableau 9,6).

En ce sens, nous nous réjouissons de l'intention du projet de loi à l'effet de réformer cette situation.

Malheureusement, le projet de loi substitue au modèle de priorisation de 1979 un autre système qui désavantage les femmes. L'attribution de niveaux de risque (élevé, moyen et faible) basés sur

¹⁰ http://www.scf.gouv.qc.ca/fileadmin/Documents/ADS/ADS_Guide-2007.pdf

¹¹ <http://www.scf.gouv.qc.ca/ads/definition/>

¹² Lacune qu'il faudrait combler.

¹³ Nous abordons l'application des mécanismes de prévention selon la taille des établissements dans les sections 2.2 et 2.4.

¹⁴ Messing, K., Boutin, S. (1997). La reconnaissance des conditions difficiles dans les emplois des femmes et les instances gouvernementales en santé et en sécurité du travail. *Relations industrielles/ Industrial Relations* 52(2): 333-362.

les indemnités accordées par l'ancien système en reproduit les iniquités dans une certaine mesure. La raison réside surtout dans la ségrégation selon le sexe, passée et actuelle, des professions et des secteurs que nous expliquons à la section suivante.

2.1.2 La ségrégation du travail selon le sexe

Au Québec comme ailleurs en Amérique du Nord, les femmes et les hommes se retrouvent dans des industries différentes, des professions différentes, avec des assignations de tâches différentes, et une activité de travail différente.¹⁵ Au Canada, pour que les femmes et les hommes soient distribués de manière égale à travers le marché du travail, il faudrait que la moitié change d'emploi.¹⁶ Les Québécois et Québécoises se sont rendu compte de ces divisions pendant la pandémie de COVID-19, quand on a vu que les femmes (et parmi elles, très souvent, les femmes racisées) tenaient environ 76% des emplois les plus exposés au virus, on a qu'à penser aux soignantes ou aux caissières.¹⁷

En 1941, les femmes constituaient 22% de la population active.¹⁸ Leur présence sur le marché de l'emploi représente 47% en novembre 2020.¹⁹ Mais leurs professions diffèrent de celles des hommes; il n'y a que deux des dix professions les plus communes des femmes qui se retrouvent dans la liste des dix professions principales des hommes (voir Tableau 1). Notons aussi que les femmes sont concentrées dans relativement peu de professions; alors que 19,9% des hommes occupent les dix professions les plus communes à l'intérieur de leur groupe, c'est le cas de 28,7% des femmes.²⁰

Même à l'intérieur de la même profession, les femmes et les hommes sont assignés à des tâches différentes. Par exemple, les serveurs et les serveuses ne sont pas exposés aux mêmes risques et ne souffrent pas des mêmes douleurs.²¹ Ce type de différence selon le sexe a aussi été constaté pour différentes expositions au travail dans plusieurs entreprises.²² Par exemple, au Québec, on

¹⁵ Messing K. 2015. Ce genre qui cache les risques qu'on ne saurait voir. *Les risques du travail* (dir. Thébaud-Mony A, Davezies P, Vogel L). Éditions la Découverte, pp.106-115.

¹⁶ Michael Baker and Kirsten Cornelson, "Gender Based Occupational Segregation and Sex Differences in Sensory, Motor and Spatial Aptitudes" (Toronto:University of Toronto, 2016), <https://econ.sites.olt.ubc.ca>.

¹⁷ Alexis Riopel, Guillaume Levasseur, Cédric Gagnon, and Antoine Béland, "Les professions à risque sont-elles plus occupées par des femmes?," *Le Devoir*, May 8, 2020, www.ledevoir.com.

¹⁸ Calculé à partir de Frank D. Denton and Sylvia Ostry, *Relevés chronologiques de la main-d'œuvre canadienne* (Ottawa: Statistics Canada, 1967), 26, <http://publications.gc.ca>.

¹⁹ Calculé à partir de Statistique Canada

<https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410028703&pickMembers%5B0%5D=3.3&pickMembers%5B1%5D=4.1&cubeTimeFrame.startMonth=11&cubeTimeFrame.startYear=2020&referencePeriods=20201101%2C20201101>

²⁰ [The Daily — Labour in Canada: Key results from the 2016 Census \(statcan.gc.ca\)](https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/26-264-x/2017001/article/00001-eng.htm)

²¹ Laperrière E., Messing K., Bourbonnais R. (2017) Work activity in food service: The significance of customer relations, tipping practices and gender for preventing musculoskeletal disorders. *Applied Ergonomics* 58 (2017) 89-101.

²² Amanda Eng, Andrea 't Mannetje, Dave McLean, et al., "Gender Differences in Occupational Exposure Patterns," *Occupational and Environmental Medicine* 68,12 (2011), 888–94.

a vu que les femmes et les hommes ne sont pas exposés aux mêmes agents cancérigènes, même à l'intérieur du même titre d'emploi.²³

Tableau 1 : Les dix professions les plus communes pour les femmes et les hommes, Canada, 2016.²⁴ Note : les professions indiquées en gras sont celles communes aux hommes et aux femmes

	Travailleuses	Travailleurs
1	Vendeuses au détail	Conducteurs de camions de transport
2	Infirmières	Vendeurs au détail
3	Caissières	Directeurs dans le commerce de détail et de gros
4	Enseignantes au primaire	Concierges et surintendants d'immeubles
5	Adjointes administratives	Aides de soutien des métiers et manœuvres en construction
6	Serveuses au comptoir, aides de cuisine	Mécaniciens et réparateurs de véhicules
7	Agentes d'administration	Manutentionnaires
8	Aides-infirmières, aides-soignantes, préposées aux bénéficiaires	Charpentiers
9	Employées de soutien de bureau générales	Serveurs au comptoir, aides de cuisine
10	Éducatrices, aides-éducatrices de la petite enfance	Cuisiniers

Aussi, les exigences physiques des emplois des femmes sont moins impressionnantes que celles des hommes, mais elles peuvent être considérables. Par exemple, des ergonomes ont évalué la charge physique manipulée par les membres supérieurs des manœuvres dans une usine de plastique à 2 612 kg de rouleaux de plastiques par jour. Les mêmes ergonomes ont évalué la charge physique de couturières qui levaient des morceaux de tissu à un total de 3 486 kg avec les bras et plus de 16 000 kg avec les membres inférieurs.²⁵ Bien sûr, le poids levé *en même temps* était supérieur chez les hommes, et les effets sur la santé se manifestent de façon différente. Mais les deux sexes risquent des troubles musculo-squelettiques (TMS) à cause des exigences de leurs emplois.

²³ Aude Lacourt, France Labrèche, Mark S. Goldberg, et al., "[Agreement in Occupational Exposures between Men and Women Using Retrospective Assessments by Expert Coders](#)," *Annals of Work Exposure and Health* 62,9 (2018), 1159–70.

²⁴ Statistics Canada, 2016. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171129/cg-b008-fra.htm> et <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171129/cg-b009-fra.htm>

²⁵ Nicole Vézina and Julie Courville, "Integration of Women into Traditionally Masculine Jobs," *Women and Health* 18,3 (1992), 97–118.

2.1.2.1 Les emplois des hommes comportent les risques les plus visibles et ceux des femmes les moins visibles

Règle générale, les emplois masculins sont plus souvent exposés à des dangers visibles et impressionnants que les emplois des femmes. En effet, les hommes prédominent dans les rapports d'accidents de travail, qui s'accaparent l'attention des instances gouvernementales.²⁶ Mais le travail peut aussi affecter la santé par l'usure, de manière moins dramatique, mais pas moins pénible.²⁷ À partir de nos analyses du travail, les ergonomes peuvent affirmer qu'un obstacle important rencontré par les travailleuses est le manque de reconnaissance de la charge physique et mentale de leur travail. La nature des contraintes diffère selon le genre, différences habituellement résumées au Québec par les expressions « travail léger » (des femmes) et « travail lourd » (des hommes).²⁸



Image 1 : Travail « lourd » d'un travailleur dans une biscuiterie © Nicole Vézina

Souvent, les contraintes « lourdes » (lever des charges lourdes et inertes, courir le risque de perdre sa vie, travailler la nuit) impressionnent les personnes responsables de la santé au travail (Image 1). Les contraintes « légères » (répétition, posture statique, levée des personnes, subir des insultes et des menaces) impressionnent moins (Image 2).

²⁶ Sjoström J, Frick, K. 2017. Worker participation in the management of OSH – ESENER 2 – Country report – Sweden. : Xabier Irastorza, European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). <https://osha.europa.eu/en/publications/country-report-sweden-worker-participation-management-occupational-safety-and-health>

²⁷ Hämäläinen, P., Saarela, K.L., and Takala, J. (2009) Global trend according to estimated number of occupational accidents and fatal work-related diseases at regional and country level. *Journal of Safety Research*, 40: 125-139.

²⁸ Calvet, B., Riel J., Couture V., Messing K. 2012. Work organization and gender among hospital cleaners in Quebec after the merger of “light” and “heavy” work classifications. *Ergonomics* 55(2): 160-172.

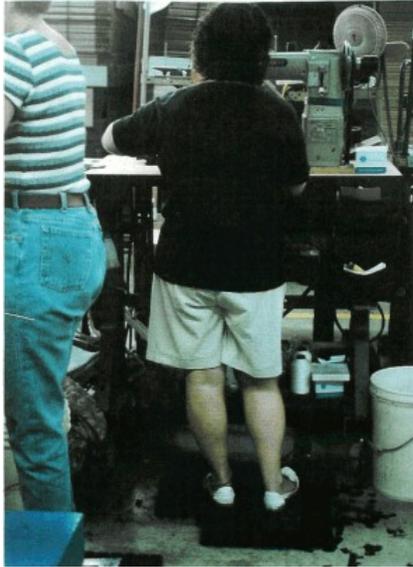


Image 2 : Travail « léger » d'une couturière © Nicole Vézina

Nos recherches ont décrit des contraintes ayant des conséquences importantes pour la santé, pourtant appelées « légères », telles que : 1) la posture debout statique prolongée des caissières et de travailleuses d'usine, qui ont très mal au dos et aux jambes et qui risquent des problèmes cardiovasculaires;^{29,30,31} 2) le travail extrêmement répétitif qui affecte entre autres les articulations;³² 3) le déplacement des personnes impotentes ou d'objets lourds³³ qui entraînent entre autres des maux de dos. Ces dernières constituent quelques exemples parmi tant d'autres.³⁴

²⁹ Messing, K., Tissot, F., Stock, S. 2008. Distal Lower-Extremity Pain and Work Postures in the Quebec Population. *Am J Public Health*, Vol. 98, No. 4, 705-713.

³⁰ Messing K., Stock S., Côté J, Tissot F. 2015. Is sitting worse than static standing? How a gender analysis can move us toward understanding determinants and effects of occupational standing and walking. *Journal of Occupational and Environmental Hygiene* 12(3): D11-D17.

³¹ Ngomo, S., Messing, K., Perreault, H., Comtois, A. 2008. Orthostatic symptoms, blood pressure and working postures of factory and service workers over an observed work day. *Applied Ergonomics* 39(6): 729-736 DOI information: 10.1016/j.apergo.2007.11.004

³² Lippel, K., Messing, K., Stock, S., Vézina, N. (1999). La preuve de la causalité et l'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif: rencontre des sciences de la santé et du droit. *Windsor Yearbook of Access to Justice*, volume XVII:35-86.

³³ Bédard, S. (2016). L'importance des TMS chez les soignants en quelques chiffres. *Objectif prévention*, 39, 2, 31-32.

³⁴ Voir aussi Messing, K. 2016. *Souffrances invisibles : pour une science du travail qui écoute les gens*. Écosociété, Montréal.

À cause de la relative invisibilité des risques encourus par les femmes, les recherches en santé au travail ont tardé à inclure les femmes et leur travail,^{35,36,37} rendant plus difficile la reconnaissance de leurs maladies professionnelles, et, par le fait même, l'indemnisation de celles-ci. Cette lacune a été remarquée entre autres dans les recherches menées à l'Institut de recherche Robert-Sauvé sur la santé et la sécurité du travail (IRSST) jusqu'aux années 2000.³⁸ Malgré certains progrès, les recherches ne s'adressent pas encore assez aux problèmes de santé au travail vécus par les femmes.^{39,40,41,42} Ainsi, l'accès aux diagnostics, aux traitements et à la réadaptation, et donc à un retour à la santé, est entravé à son tour.⁴³

2.1.3 La priorisation des interventions en prévention

Le système de priorisation des interventions prévus à la LSST (c'est-à-dire ici, l'application des mécanismes de prévention et de participation-représentation), basé en partie sur des indemnisations et en partie sur la littérature scientifique, résultait en moins d'efforts de prévention dans les emplois occupés par des femmes.⁴⁴ Dans la proposition actuelle d'attribution de cotes de priorité (les « niveaux de risque ») aux secteurs économiques, bien que la méthodologie utilisée n'ait pas été présentée, il semble que le gouvernement s'est basé sur un numérateur qui correspond aux débours pour les lésions professionnelles indemnisées dans le secteur en question, divisé par un dénominateur qui correspond à la masse salariale des établissements du secteur.

³⁵ Messing, K. 2000. *La santé des travailleuses*. Éditions du remue-ménage, Montréal.

³⁶ Niedhammer I, Saurel-Cubizolles MJ, Piciotti M, Bonenfant S. How is sex considered in recent epidemiological publications on occupational risks? *Occup Environ Med*. 2000 Aug;57(8):521-7. doi: 10.1136/oem.57.8.521. PMID: 10896958; PMCID: PMC1740002.

³⁷ Mergler D. Neurotoxic exposures and effects: gender and sex matter! Hänninen Lecture 2011. *Neurotoxicology*. 2012 Aug;33(4):644-51. doi: 10.1016/j.neuro.2012.05.009. Epub 2012 Jun 1. PMID: 22664101

³⁸ Messing K. (2002) La place des femmes dans les priorités de recherche en santé au travail au Québec. *Industrial Relations/Relations industrielles* 57(4): 660-686.

³⁹ Hohenadel K, Raj P, Demers PA, Zahm SH, Blair A. The inclusion of women in studies of occupational cancer: a review of the epidemiologic literature from 1991-2009. *Am J Ind Med*. 2015 Mar;58(3):276-81. doi: 10.1002/ajim.22424. PMID: 25678456.

⁴⁰ Gochfeld M. Sex Differences in Human and Animal Toxicology. *Toxicol Pathol*. 2017 Jan;45(1):172-189. doi: 10.1177/0192623316677327. Epub 2016 Nov 28. PMID: 27895264; PMCID: PMC5371029.

⁴¹ Betansedi CO, Vaca Vasquez P, Counil E. A comprehensive approach of the gender bias in occupational cancer epidemiology: A systematic review of lung cancer studies (2003-2014). *Am J Ind Med*. 2018 May;61(5):372-382. doi: 10.1002/ajim.22823. Epub 2018 Mar 6. PMID: 29508431.

⁴² Messing, Karen. 2020. La santé des travailleuses : la science est-elle toujours « borgne » ? In *Genre, conditions de travail et santé : qu'est-ce qui a changé ?* dir. Christelle Casse, Marianne De Troyer. Bruxelles : European Trade Union Institute. Rapport 143, pp. 164-175. <https://www.etui.org/sites/default/files/2020-09/Genre%2C%20conditions%20de%20travail%20et%20sante%CC%81-2020-web.pdf>

⁴³ McGeary DD, Mayer TG, Gatchel RJ, Anagnostis C, Proctor TJ. Gender-related differences in treatment outcomes for patients with musculoskeletal disorders. *Spine J*. 2003 May-Jun;3(3):197-203. doi: 10.1016/s1529-9430(02)00599-5. PMID: 14589200.

⁴⁴ Messing et Boutin, 1995, op. cit.

Discutons des principaux problèmes que nous avons identifiés au sujet du numérateur et du dénominateur dans le calcul des nouvelles priorités de prévention.

2.1.3.1 Des problèmes avec le numérateur

La proposition actuelle repose sur l'indemnisation passée donc perpétue un cercle vicieux (voir la Figure 1). Quand il y a peu d'intérêt pour un secteur, il y a peu de recherches sur la santé et sécurité du travail dans ce secteur. Quand il y a peu de recherches sur un secteur, on n'en connaît pas tous les dangers. Quand un problème survient, les personnes autour peuvent avoir tendance à être sceptiques, et à attribuer le problème aux caractéristiques de la personne et à des stéréotypes genrés (ex. la faiblesse des femmes, leur prétendue propension à dramatiser ou à exagérer). En minimisant les risques, la tendance est alors de ne pas prêter beaucoup de crédibilité aux rapports concernant le danger à ce poste, les lésions risquent de ne pas être reconnues et on refuse alors d'indemniser les victimes. On ne voit pas non plus la nécessité de faire de la prévention. Ainsi, les exigences physiques et mentales de nombreux emplois où les femmes sont majoritaires sont souvent moins apparentes ou moins considérées que celles d'emplois à prédominance masculine, ce qui nuit à la reconnaissance des exigences de leurs emplois et des lésions qui en résultent. Le problème reste invisible, et la recherche ne progresse pas.

Bien que toutes les femmes n'occupent pas des emplois qui se retrouvent dans la situation décrite ci-haut, plusieurs études rapportent l'existence de telles situations, et ce, dans de plusieurs secteurs (voir section 2.1.2). Dans le cas présent, baser la priorité sur le nombre d'indemnisations passées donne nécessairement une priorité plus faible aux secteurs où se retrouvent les femmes en grande proportion.

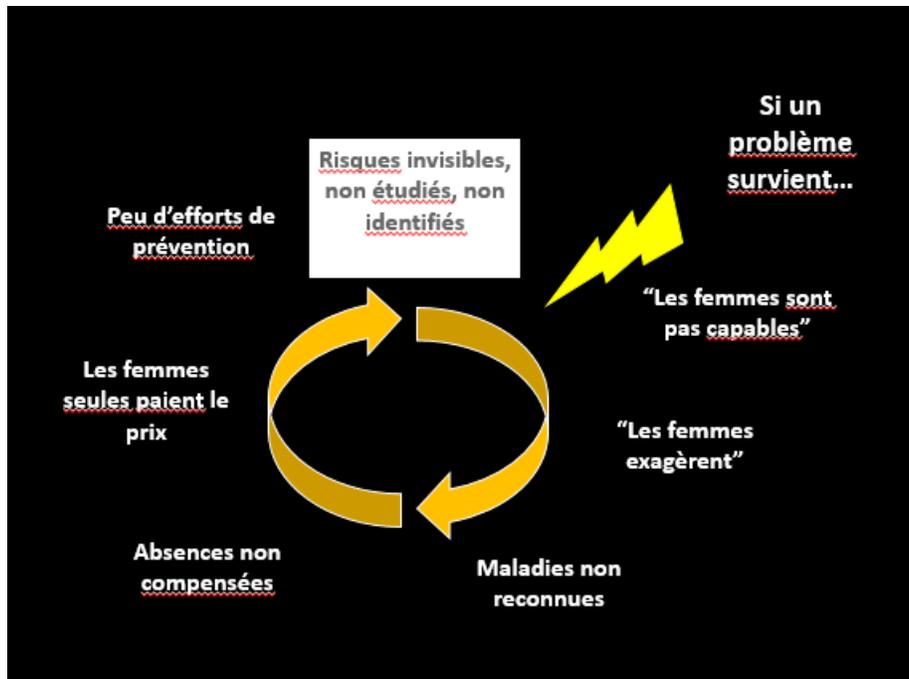


Figure 1 : Adaptation d'une figure de Messing 2000⁴⁵.

Donc, en ce qui concerne le numérateur utilisé dans le calcul du « niveau de risque », nous souhaitons attirer l'attention sur des aspects préoccupants quant à sa pertinence soit : la sous-déclaration et la sous-indemnisation des lésions – en général, et pour les femmes en particulier. D'abord, la sous-déclaration des lésions professionnelles varie selon le groupe social : les femmes⁴⁶ et les minorités ethniques⁴⁷ ont tendance à rapporter une plus petite proportion de leurs lésions. Cox et Lippel⁴⁸ ont énuméré les raisons pour lesquelles il y a sous-déclaration des lésions professionnelles des femmes, dont l'exclusion de leur emploi de la couverture par les organismes d'indemnisation (ex. : travailleuses domestiques œuvrant en résidence privée au Québec); non-indemnisation de certaines maladies retrouvées plus souvent chez les travailleuses (ex. : maladies associées au stress chronique). Ensuite, même quand le problème est rapporté, ces auteures ont aussi repéré des causes de sous-indemnisation : sous-indemnisation en raison du lien d'emploi précaire (travailleuses sur appel) ; refus plus fréquent de reconnaître les maladies dont les femmes souffrent ; accès moindre des femmes à des ressources syndicales d'appui à la

⁴⁵ Messing, K. 2000. *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle?* Éditions du remue-ménage, Montréal.

⁴⁶ McGeary DD, Mayer TG, Gatchel RJ, Anagnostis C, Proctor TJ. Gender-related differences in treatment outcomes for patients with musculoskeletal disorders. *Spine J.* 2003 May-Jun;3(3):197-203. doi: 10.1016/s1529-9430(02)00599-5. PMID: 14589200.

⁴⁷ SCHERZER, T., RUGULIES, R., KRAUSE, N. 2005. Work-Related Pain and Injury and Barriers to Workers' Compensation among Las Vegas Hotel Room Cleaners. *Am J Public Health*, Vol. 95, No. 3, 483-488.

⁴⁸ Rachel Cox & Katherine Lippel (2008) Falling through the Legal Cracks: The Pitfalls of Using Workers Compensation Data as Indicators of Work-Related Injuries and Illnesses, *Policy and Practice in Health and Safety*, 6:2, 9-30, DOI: [10.1080/14774003.2008.11667721](https://doi.org/10.1080/14774003.2008.11667721)

réclamation ; discrimination systémique contre les femmes dans des décisions des tribunaux d'appel des lésions professionnelles portant sur l'indemnisation pour certains types de maladies.

2.1.3.2 Des problèmes avec le dénominateur

L'évaluation de la taille des groupes à risque pour calculer les dénominateurs des taux peut aussi poser problème parce que la CNESST ne recueille pas de données sur le nombre d'employés.es couverts dans chaque entreprise ou secteur d'activité économique ; elle se fie à la masse salariale. Dans ce cas les femmes pourraient être désavantagées ou avantagées par leur plus faible salaire et le nombre moindre d'heures travaillées par semaine, mais on ne pourrait pas chiffrer ce désavantage, puisque la CNESST ne ventile pas ses données selon le sexe.

2.1.4 Les données omises dans le calcul

Deux types de lésions professionnelles en particulier (TMS et problèmes de santé mentale) exigent une attention plus particulière au genre en raison de leur sous-estimation dans les secteurs d'emploi où se trouvent majoritairement les femmes.

2.1.4.1 La sous-estimation des TMS

Les TMS représentent près d'1/3 des lésions professionnelles indemnisées par la CNESST, soit 38% des lésions chez les femmes et 30% chez les hommes.⁴⁹ Pourtant, ce n'est qu'une partie des TMS reliés au travail qui figure dans les données d'indemnisation de la CNESST si l'on compare au nombre considérable de TMS recensés lors des enquêtes périodiques sur la santé des Québécois⁵⁰.

Les TMS affectent plus les femmes que les hommes, selon les données de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP), 2014-2015 :

« L'enquête permet d'estimer, pour la population québécoise, que près de 575 800 travailleuses et 418 200 travailleurs, soit 31 % des travailleuses et 20 % des travailleurs de 15 ans ou plus travaillant 15 heures ou plus par semaine pour l'ensemble de leurs emplois, déclarent souffrir de TMS d'origine non traumatique liés à leur emploi principal à au moins une région corporelle au cours des 12 mois précédant l'enquête (...) Pour chacune des régions corporelles étudiées, une proportion plus importante de femmes que

⁴⁹ Stock S, Nicolakakis N (premieres autrices), Tissot F, Turcot A, Vezina N, Vezina M, Baril-Gingras G, Nastasia I, Messing K, Gilbert L, Laberge M, Major ME. 2020. *Inégalités de santé au travail entre les salariés visés et ceux non visés par les mesures préventives prévues par la Loi sur la santé et la sécurité du travail*. Institut national de sante publique du Quebec.

⁵⁰ Stock S, Nicolakakis N, Raïq H, Messing K, Lippel K, Turcot A. Underreporting work absences for nontraumatic work related musculoskeletal disorders to workers' compensation : results of a 2007-2008 survey of the Quebec working population. *American Journal of Public Health* 2014; 104 : e94-101.

d'hommes rapporte des TMS (...) Cet écart selon le sexe est particulièrement important pour les TMS au cou. »⁵¹

Cette différence hommes-femmes et cette sous-déclaration sont constantes depuis plusieurs années et elle a aussi été remarquée antérieurement, en 2007-2008 :

« Une très faible proportion des salariés s'étant absents du travail en raison de douleurs musculo-squelettiques liées à leur emploi principal ont fait une demande d'indemnisation à la CSST [ancien nom de la division pertinente de la CNESST]. Ainsi, on estime que moins de 20 % des salariés visés par l'enquête qui se sont absents du travail à cause de douleurs musculo-squelettiques perçues comme étant complètement liées à leur emploi ont fait une telle demande. En d'autres termes, parmi près de 114 000 salariés québécois qui se sont absents du travail en raison de douleurs musculo-squelettiques complètement reliées au travail, d'origine non-traumatique, seulement 22 000 ont fait une demande d'indemnisation à la CSST. Les femmes ont des prévalences de TMS liés au travail significativement supérieures à celles que l'on observe chez les hommes, et ce, pour chacune des régions corporelles étudiées. »⁵²

Les auteurs du rapport ont souligné l'incompatibilité entre les données de cette enquête et les pratiques de la CNESST en matière de prévention (voir Tableau 2). Des cinq industries et type de profession où on a observé les taux les plus élevés de TMS, aucune industrie ne faisait partie des trois premiers groupes auxquels la CNESST accorde actuellement une priorité en prévention.

Tableau 2 : Importance du risque de TMS lié au travail contrasté à l'ordre de priorité pour la prévention attribué par la CNESST selon les critères en vigueur actuellement.⁵³

Rang selon la nécessité de prévention	Moyenne annuelle du taux d'incidence de TMS (% ETC ⁵⁴)	Industrie	Catégorie professionnelle	Appartenance à un secteur désigné prioritaire par la CNESST
1	79,5	Hôpitaux	Manuelle	Non
2	75,7	Établissements de soins infirmiers	Manuelle	Non

⁵¹ Tissot, F., Stock S, Nicolakakis N. 2020. *Portrait des troubles musculo-squelettiques d'origine non traumatique liés au travail: résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015*. Institut national de sante publique du Québec. P. 6.

⁵² Vézina, M., E. Cloutier, S. Stock, K. Lippel, É. Fortin et autres (2011). *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail - Institut national de santé publique du Québec et Institut de la statistique du Québec. P. 494.

⁵³ Nicolakakis, N., Stock, S. (contribution égale), Tissot, F., Lippel, K., Vézina, M., Major, M.-E., Dionne, C.E., Messing, K., Turcot, A., Gilbert, L. (sous-presse) *Les troubles musculo-squelettiques reconnus par la CNESST de 2010 à 2012 : qui est à risque?* Institut national de santé publique du Québec. 43 p.

⁵⁴ ETC = nombre de travailleurs en équivalence temps-complet

Rang selon la nécessité de prévention	Moyenne annuelle du taux d'incidence de TMS (% ETC ⁵⁴)	Industrie	Catégorie professionnelle	Appartenance à un secteur désigné prioritaire par la CNESST
3	52,9	Services de soins de santé ambulatoires	Manuelle	Non
4	34,8	Établissements de soins infirmiers	Mixte	Non
5	37,8	Services d'hébergement et de restauration	Manuelle	Non

La sous-estimation de ces lésions est l'un des facteurs qui nous amènent à conclure que le critère de « niveau de risque » ne devrait pas être retenu pour l'application des différents mécanismes de prévention et de participation-représentation: seule une évaluation à l'échelle de chaque établissement répondrait à l'objectif de la LSST. Considérant le nombre de TMS indemnisés et l'impact de leur sous-déclaration sur le portrait réel de la situation, si un critère devait toutefois être retenu, il devrait tenir compte de l'incidence de TMS rapportés lors d'enquêtes périodiques portant sur la santé au travail, de même que prendre en considération le type de profession, en plus de l'industrie. La prise en compte simultanément de l'industrie et du type de profession permet de mieux cerner les sous-groupes de travailleuses et de travailleurs les plus à risque à l'intérieur même des industries. L'ajout du sexe est tout aussi important pour connaître les différences de risque par industrie et type de profession qui existent entre les hommes et les femmes.

2.1.4.2 La sous-estimation des problèmes de santé mentale

Dans une étude portant sur des cols blancs canadiens, une équipe québécoise a trouvé en 2020 que les femmes avaient deux fois plus d'absences au travail comparativement aux hommes, absences associées aux stressseurs psychologiques.⁵⁵ Or, les absences qui découlent d'un problème de santé mentale lié au travail sont difficilement reconnues comme accident du travail ou maladie professionnelle, particulièrement chez les femmes, comme le soulignent plusieurs travaux de la professeure Katherine Lippel, titulaire de la Chaire de recherche du Canada en droit de la santé et de la sécurité du travail. Étant moins reconnus, ils sont donc moins indemnisés. En plus d'être moins reconnus, les problèmes de santé mentale associés à l'exposition aux RPS⁵⁶, y

⁵⁵ Gilbert-Ouimet M, Trudel X, Aubé K, Ndjaboue R, Duchaine C, Blanchette C, Mâsse B, Vézina M, Milot A, Brisson C. Differences between women and men in the relationship between psychosocial stressors at work and work absence due to mental health problem. *Occup Environ Med.* 2020 Sep;77(9):603-610. doi: 10.1136/oemed-2019-106242. Epub 2020 May 28. PMID: 32467313.

⁵⁶ Marchand, A., P. Durand, V. Haines, et S. Harvey. "The Multilevel Determinants of Workers' Mental Health: Results from the SALVEO Study", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology.* 2015, vol. 50 p. 445-459. D'abord publié en ligne le 24 juillet 2014, DOI (<http://dx.doi.org/10.1007/s00127-014-0932-y>).

compris la violence, font rarement l'objet de réclamations à la CNESST. En effet, plusieurs travailleur.ses optent plutôt pour l'assurance salaire lorsque c'est possible.⁵⁷ Pourtant, les travailleuses sont en général plus souvent exposées que les travailleurs à des risques pour la santé mentale en raison du type d'emploi qu'elles occupent. À ce sujet, une publication récente de la professeure Lippel (2020)⁵⁸ souligne :

« ce sont les femmes qui sont davantage victimes de violence physique (73 %) et psychologique (68,5 %) au travail (CNESST 2018a). La Commission publie également des rapports sur la reconnaissance des lésions psychologiques imputables au stress au travail, où elle constate que les lésions reconnues être en lien avec un stress aigu sont relativement partagées entre les hommes et les femmes (53 % des cas concernent des femmes et 47 % des hommes), alors que les travailleuses ont subi la majorité des lésions attribuables au stress chronique — 66 % sont des femmes (CNESST 2018b). Les dossiers acceptés en lien avec la violence et le stress au travail relèvent en particulier du secteur de la santé et des métiers de service, catégories où on retrouve une très grande majorité de femmes. » (Lippel, 2020, p. 97)

Les deux tableaux ci-dessous proviennent d'une analyse de données d'enquête sur les contraintes du travail. Le Tableau 3 montre que les femmes souffrent significativement plus que les hommes de certaines contraintes psychologiques, et du cumul des contraintes psychologiques mesurées. Le Tableau 4 montre que les hommes souffrent significativement plus que les femmes de certaines contraintes physiques, et du cumul des contraintes physiques mesurées, alors que les femmes sont plus exposées aux gestes répétitifs des mains et des bras. Plusieurs de ces contraintes psychologiques ont par ailleurs un effet de potentialisation ou d'accentuation des contraintes physiques, et contribuent au développement des TMS chez la population québécoise.⁵⁹ Pour ce qui concerne l'effet sur la santé mentale, un rapport très récent de l'Institut national de santé publique (INSPQ)⁶⁰ conclut que : ... « plus le travailleur ou la travailleuse cumule

Dextras-Gauthier, J., et A. Marchand. "Organizational Culture, Work Organization Conditions and Psychological Distress", *International Journal of Human Resource Management*, 2016. D'abord publié en ligne (<http://dx.doi.org/10.1080/09585192.2016.1216874>)

⁵⁷ Nancy Guberman et Dominique Côté, « Pourquoi la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec n'est pas le premier recours des enseignantes et des préposées à l'aide domestique ayant des lésions professionnelles », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé* [En ligne], 7-2 | 2005, mis en ligne le 01 mai 2005, consulté le 12 janvier 2021. URL : <http://journals.openedition.org/pistes/3210> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/pistes.3210>

⁵⁸ K. Lippel. 2020. Rendre visibles les lésions professionnelles des travailleuses : deux pas en avant, un pas en arrière, dans Christelle Casse et Marianne De Troyer, *Genre, conditions de travail et santé. Qu'est-ce qui a changé?* Institut syndical Européen (ETUI), Rapport 143, 95-103.

⁵⁹ Nicolakakis N, Stock SR, Abrahamowicz M, Kline R, Messing K. Relations between work and upper extremity musculoskeletal problems (UEMSP) and the moderating role of psychosocial work factors on the relation between computer work and UEMSP. *Int Arch Occup Environ Health*. 2017 Nov;90(8):751-764. doi: 10.1007/s00420-017-1236-9. Epub 2017 Jun 23. PMID: 28646281.

⁶⁰ Tissot, F, Vézina, M, Pelletier, M, Jauvin, N, et Mantha-Bélisle, M-M, Les déterminants de la détresse psychologique liée au travail : résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015», INSPQ à paraître 2021

des contraintes, plus le risque de souffrir de détresse psychologique augmente de façon significative. Ainsi, le cumul de 2 à 3 contraintes ou plus est associé à une augmentation croissante du risque de détresse psychologique... » Notons que la prévalence de la détresse psychologique chez les travailleur.ses y est chiffrée à 27% (32% chez les femmes et 24% chez les hommes). Il est aussi à noter que 62 % des symptômes de détresse sont liés en tout ou en partie au travail.⁶¹

Tableau 3 Quelques contraintes psychologiques rapportées par les travailleur.ses⁶²

Contraintes psychologiques	H (%)	F (%)	Différence statistiquement significative (p<0,01)
Niveau d'exigences psychologiques			
Faible	32,9	31,5	Femmes + exposées Il s'agit d'une mesure de cumul d'exigences psychologiques
Modéré	37,0	34,0	
Élevé	30,1	34,5	
Niveau d'autorité décisionnelle[†]			
Faible ou modéré	26,8	34,8	Femmes + exposées
Élevé	73,2	65,2	
Tension au travail			
Oui	9,5	15,0	Femmes + exposées
Non	90,5	85,0	
Niveau de reconnaissance[†]			
Faible	18,9	23,1	Femmes + exposées
Modéré	40,0	42,3	
Élevé	41,0	34,6	
Perspectives de promotion insatisfaisantes			
Oui	31,3	39,4	Femmes + exposées
Non	68,7	60,6	
Harcèlement psychologique[†]			
Jamais	81,8	75,9	Femmes + exposées
À l'occasion	15,4	20,4	
Très souvent ou souvent	2,8	3,7	
Faible sécurité d'emploi			
Oui	31,1	28,2	Hommes + exposés
Non	68,9	71,8	

⁶¹ Tissot, F, et al. à paraître 2021, op. cit.

⁶² Annexe 2 de Tissot, Stock et Nicolakakis 2020. *Portrait des troubles musculo-squelettiques d'origine non traumatique liés au travail : résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2014-2015*
https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2632_troubles_musculo-squelettiques_non_traumatiques_travail.pdf

Tableau 4 Quelques contraintes physiques rapportées par les travailleurs⁶³

Contraintes physiques	H (%)	F (%)	Différence statistiquement significative (p<0,01)
Niveau de contraintes physiques			
Aucune	20,5	21,4	Hommes + exposés Il s'agit d'une mesure de cumul de contraintes
Faible	29,1	40,8	
Modéré	21,5	22,6	
Élevé	28,9	15,2	
Gestes répétitifs des mains et des bras			
Jamais	45,0	40,6	Femmes + exposées
De temps en temps	22,5	19,5	
Souvent/Tout le temps	32,5	39,9	
Exposition à du bruit intense			
Oui	11,0	4,0	Hommes + exposés
Non	89,0	96,0	

Pour ces raisons, les problèmes de santé mentale reliés au travail tout comme les TMS se trouvent sous-estimés dans le critère d'établissement du « niveau de risque » du PL 59.

2.1.5 La priorisation proposée par le PL 59

Le critère utilisé (débour/masse salariale) établissant le niveau de risque et pour répartir les secteurs d'activités entre niveau de risque faible, moyen ou élevé pénalise les femmes en prévention comme nous pouvons le constater dans les Tableaux 5 et 6. Ainsi, nous avons établi que 72,9% des femmes, contre 53,3% des hommes, se retrouveraient dans des secteurs dits à « risque faible », si on exclut les secteurs SCIAN-4 sans effectifs estimés par le Recensement de 2016 (Tableau 5). En estimant cette répartition selon les données les plus appropriées, on arrive à 69,3% de femmes contre 50,2% d'hommes dans les secteurs dits à « risque faible » (Tableau 6). Par ailleurs, il est difficile de comprendre quel peut être le fondement établissant le seuil utilisé pour répartir les établissements entre les niveaux de risque dits faible, moyen ou élevé.

Tableau 5 : Distribution (%) selon le « niveau de risque » (PL 59), par sexe, en excluant les SCIAN-4 sans effectifs estimés⁶⁴

Niveau de risque	Total	Femmes	Hommes
Faible	63,1%	72,9%	53,3%
Moyen	22,7%	20,4%	25,1%
Élevé	14,1%	6,7%	21,5%
Total général	100,0%	100,0%	100,0%

⁶³ *Ibid*

⁶⁴ Les détails de la démarche sont présentés à l'Annexe 1 de ce mémoire et l'ensemble des tableaux de l'analyse sont disponibles à <http://sage.uqo.ca/>. Un SCIAN 4 correspond à un secteur de l'économie, au degré de précision de 4 chiffres, le niveau utilisé par le gouvernement pour établir le niveau de risque. Notons que la relation entre le sexe et le niveau de risque est très significative statistiquement, <<0,001 par un test Khi-carré.

Tableau 6 : Distribution (%) selon le « niveau de risque » (PL 59), par sexe, incluant les SCIAN-4 avec les effectifs estimés

Niveau de risque	Total	Femmes	Hommes
Faible	59,7%	69,3%	50,2%
Moyen	21,5%	19,3%	23,7%
Élevé	13,4%	6,4%	20,3%
Non classé	5,4%	5,0%	5,9%
Total général	100,0%	100,0%	100,0%

Aux explications présentées précédemment concernant la sous-estimation des risques dans les emplois des femmes s’ajoute la sous-estimation des risques pour des catégories de travailleur.ses à risque élevé dans des secteurs dits à risque moyen ou faible que nous présentons au point suivant.

2.1.5.1 Une sous-estimation des risques pour des catégories de travailleur.ses à risque élevé dans des secteurs dits à risque moyen ou faible

La classification par code SCIAN-4 établit un « niveau de risque » par secteur. Or, dans un même secteur peuvent se retrouver des catégories professionnelles exposées à des niveaux de risque très différents. On peut ainsi retrouver une catégorie professionnelle à risque élevé, dans un secteur désigné à risque faible. Or, parce que les emplois sont très souvent ségrégués entre les hommes et les femmes, cela peut mener à sous-estimer le niveau de risque auquel des femmes, ou des hommes, sont exposés.

Ainsi, l’IRSST a réalisé une analyse par catégorie professionnelle et sexe, à l’intérieur d’un secteur d’activité (code SCIAN-3), afin de déterminer quels sont les groupes les plus à risque, selon un critère de fréquence et de gravité des lésions professionnelles indemnisées⁶⁵. L’analyse porte sur 286 regroupements d’employé.es basés sur le croisement du secteur d’activité avec les catégories professionnelles et le sexe. S’appuyant sur les analyses de Duguay et al. (2017)⁶⁶, nous présentons les vingt regroupements les plus à risque selon ce critère au Tableau 6.

⁶⁵ Duguay, P., Boucher, A., Prud’homme, P., Busque, M.-A., Lebeau, M. (2017) Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2010-2012 Tableaux de classement par industrie - catégorie professionnelle, RA-963, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, En ligne <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RA-963.pdf?v=2021-01-11>

⁶⁶ Duguay et al. (2017) op.cit., p. 91

Tableau 7 : Les vingt secteurs d'activité croisés avec les catégories professionnelles et le sexe les plus à risque selon les analyses de Duguay et al. (2017, p. 91)⁶⁷

Code SCIAN	Description	Sexe	Catégorie professionnelle	Rang
115	Activités de soutien à l'agriculture et à la foresterie	Hommes	Manuelle	1
412	Grossistes-distributeurs de produits pétroliers	Hommes	Manuelle	2
713;711;512;712	Divertissement, loisirs et jeux de hasard et loteries; Arts d'interprétation, sports-spectacles et activités connexes; Industries du film et de l'enregistrement sonore; Établissements du patrimoine	Femmes	Manuelle	3
238	Construction-Entrepreneurs spécialisés	Hommes	Manuelle	4
913	Administrations publiques locales, municipales et régionales	Femmes	Manuelle	5
721	Services d'hébergement	Femmes	Manuelle	6
562	Services de gestion des déchets et d'assainissement	Hommes	Manuelle	7
484	Transport par camion	Femmes	Manuelle	8
813	Organismes religieux, fondations, groupes de citoyens et organisations professionnelles et similaires	Femmes	Manuelle	9
113	Foresterie et exploitation forestière	Hommes	Mixte	10
238	Construction-Entrepreneurs spécialisés	Femmes	Manuelle	11
314;313	Usines de produits textiles; Usines de textiles	Femmes	Manuelle	12
623;621;624	Établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes; Services de soins ambulatoires; Assistance sociale	Femmes	Manuelle	13
326	Fabrication de produits en plastique et en caoutchouc	Femmes	Manuelle	14
561;531	Services administratifs et services de soutien; Services immobiliers	Hommes	Manuelle	15
326	Fabrication de produits en plastique et en caoutchouc	Hommes	Mixte	16
311;312	Fabrication d'aliments; Fabrication de boissons et de produits du tabac	Femmes	Manuelle	17
551;522;523; 526	Gestion de sociétés et d'entreprises; Intermédiation financière et activités connexes; Valeurs mobilières, contrats de marchandises et autres activités d'investissement financier connexes; Fonds et autres instruments financiers	Femmes	Mixte	18

⁶⁷ Extrait de: « Tableau 2. 1 : Classement des secteurs d'activité / catégories professionnelles - SEXE, par ordre décroissant du taux de fréquence-gravité (F-G) ETC, Québec, 2010-2012 » <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RA-963.pdf?v=2021-01-11>

Code SCIAN	Description	Sexe	Catégorie professionnelle	Rang
443	Magasins d'appareils électroniques et ménagers	Hommes	Manuelle	18
212	Extraction minière et exploitation en carrière (sauf l'extraction de pétrole et de gaz)	Hommes	Manuelle	20

On notera que onze (11) des 20 catégories professionnelles-sexe les plus à risque sont composées de femmes, et neuf (9) d'hommes. Ainsi, en croisant les données d'indemnisation avec le type de profession, on peut constater que le travail des femmes peut comporter des risques importants qui ne sont pas reflétés par la classification proposée par le PL 59.

Par exemple, selon le PL 59, le SCIAN 7211 Hébergement des voyageurs est classé à risque moyen (p. 103 du projet de loi). Par contre, la catégorie professionnelle-sexe composée des femmes exerçant un travail manuel, dans le secteur SCIAN 721 Services d'hébergement se trouve au 6^e rang quant au taux de fréquence-gravité parmi les plus élevés (le code SCIAN 721 comprend trois SCIAN-4 (7211, 7212 et 7213).

En consultant ce même extrait de l'analyse réalisée par Duguay et al. (2017), on constate que plusieurs catégories professionnelles parmi les 20 les plus à risque se retrouvent dans des secteurs classés comme à risque moyen ou faible selon le critère retenu par le PL 59. Encore à titre d'exemple, la catégorie professionnelle-sexe au troisième rang le plus à risque, regroupe des femmes exerçant un travail manuel dans différents secteurs (713;711;512;712 Divertissement, loisirs et jeux de hasard et loteries; Arts d'interprétation, sports-spectacles et activités connexes; Industries du film et de l'enregistrement sonore; Établissements du patrimoine). Or, dans la classification proposée par le PL 59, tous les codes SCIAN-4 correspondants sont classés à risque faible⁶⁸. Comment ces femmes pourront-elles être adéquatement protégées?

2.1.6 Conclusion

En nous appuyant sur les travaux des membres de l'Équipe SAGE, ainsi que sur les études existantes précédemment citées dans cette section, nos préoccupations sont à l'effet que :

1. Le critère proposé pour l'implantation des mesures de prévention n'est pas adéquat. Le calcul proposé perpétue une sous-estimation des risques pour les femmes. Il les sous-estime, entre autres, non pas parce qu'elles sont des femmes, mais du fait de la nature

⁶⁸ Selon le Projet de loi 59, p. 93 à 105 :

7131 Parcs d'attractions et salles de jeux électroniques, Faible; 7132 Jeux de hasard et loteries, Faible;

7139 Autres services de divertissement et de loisirs, Faible;

7111 Compagnies d'arts d'interprétation, Faible; 7112 Sports-spectacles, Faible; 7113 Promoteurs (diffuseurs) d'événements artistiques et sportifs et d'événements similaires, Faible; 7114 Agents et représentants d'artistes, d'athlètes et d'autres personnalités publiques, Faible; 7115 Artistes, auteurs et interprètes indépendants, Faible;

5121 Industries du film et de vidéo, Faible; 5122 Industries de l'enregistrement sonore, Faible;

7121 Établissements du patrimoine, Faible.

- de leur travail et de leur emploi, du type de lésion qu'elles subissent. Ainsi, une analyse différenciée selon les sexes amène à rejeter ce calcul.
2. Se baser sur les indemnités passées (numérateur) pour établir le niveau de risque ne fait que perpétuer le cercle vicieux qui prive les femmes d'accès aux mesures de prévention, d'indemnisation, et de réadaptation. De plus, des études ont montré qu'une partie des lésions professionnelles ne sont pas déclarées et indemnisées par la CNESST et que ceci pénalisait en particulier les femmes. Nous avons aussi montré que le dénominateur utilisé comporte des limites en termes de représentation des risques et de la composition genrée des milieux de travail.
 3. Nous ne pouvons passer sous silence que l'attribution d'obligations en fonction du « niveau de risque », basé sur les données d'indemnisation, comporte des risques d'effets non souhaités: un secteur qui verrait les lésions indemnisées diminuer pourrait se retrouver avec moins de moyens pour agir en prévention et pour ainsi maintenir sa performance. On peut se demander si cela n'encouragerait pas certaines pratiques de gestion des réclamations, comme la contestation, et le transfert vers d'autres régimes (assurance salaire), lorsqu'ils existent. Sans compter qu'une pratique telle que l'assignation temporaire peut réduire le nombre de jours indemnisés dans une industrie, ce qui pourrait réduire le niveau de risque qui lui est attribué, sans pour autant que le risque de lésion de cette industrie soit diminué. Sachant que les possibilités et la pratique de l'assignation temporaire varient d'une industrie à l'autre, cela peut introduire une iniquité dans le régime.

À partir de ces constats, nous considérons que si une classification par « niveau de risque » devait être retenue, cela devrait idéalement se baser sur une analyse fine du type de celle effectuée par l'IRSST⁶⁹, qui croise les types d'emploi avec une désignation minutieuse des secteurs, en tenant compte du sexe; ce qui prendrait plusieurs mois, voire des années. Pour les fins actuelles, au minimum, l'exercice devrait être refait en ajoutant les données sur les problèmes de TMS et de santé mentale reliés au travail, issues des enquêtes périodiques sur la santé des Québécois.es (comme l'EQSP 2014-2015), ainsi que des données sur les cas de harcèlement psychologique.

2.1.7 Recommandations

RECOMMANDATION 1

Retirer la notion de « niveau de risque » et rendre accessibles les mécanismes de prévention et de participation-représentation pour tous et toutes. En effet, l'objectif même de la LSST est que les risques soient identifiés dans les milieux de travail.

⁶⁹ Duguay, P., Boucher, A., Prud'homme, P., Busque, M.-A., Lebeau, M. (2017) Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2010-2012 Tableaux de classement par industrie - catégorie professionnelle, RA-963, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, En ligne <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RA-963.pdf?v=2021-01-11>

RECOMMANDATION 2

Si une répartition par « niveau de risque » était maintenue et que, faute d'alternatives, le législateur voulait se baser sur l'expérience québécoise pour déterminer l'accès à la prévention, ajouter des correctifs pour que soient accordés des moyens de prévention adéquats aux femmes.

Inclure dans les considérations quant au niveau de priorité, les conclusions issues des analyses fines des professions et secteurs concernant les expositions aux risques de TMS et de santé mentale.

RECOMMANDATION 3

Réaliser les enquêtes québécoises de santé, à un rythme suffisamment régulier, afin d'obtenir suffisamment de données pertinentes sur les risques courants et émergents pour toute la population active (comprenant travailleuses domestiques, travailleur.ses d'agences, à statut précaire, etc.).

Allouer des ressources (humaines et financières) suffisantes pour l'analyse de ces données afin que le système de prévention devienne beaucoup plus agile.

RECOMMANDATION 4

Exiger de la CNESST la publication de données ventilées selon le sexe. Ce faisant, elle aura à exiger que les établissements tiennent compte du sexe/genre dans leurs rapports, comme c'est le cas actuellement en France.⁷⁰

2.2 Le programme de prévention

Le PL 59 prévoit l'extension de la couverture du mécanisme de prévention que constitue le *Programme de prévention*. L'Analyse d'impact réglementaire⁷¹ indique que l'obligation d'élaborer et de mettre en application un tel programme s'appliquera, à terme, à 58% des établissements et à 94% des travailleur.ses, contre 23% et 25% actuellement. Étant donné que les femmes ont été jusqu'ici couvertes dans une proportion nettement plus faible que ne le sont les hommes, cette mesure présente une opportunité de déployer des efforts significatifs afin de prévenir des risques qui les touchent. Pour que cette mesure soit réellement efficace, il importe que les conditions soient mises en place, ce dont nous traitons dans la présente section.

Le PL 59 propose également d'intégrer explicitement la prévention des RPS et des risques dits « ergonomiques », en plus de prévoir une obligation de prévention de la violence physique et psychologique se manifestant sur les lieux de travail, y compris la violence familiale et conjugale⁷². Ces modifications constituent des avancées potentielles importantes pour les femmes. À cet

⁷⁰ Loi n° 2014-873 du 4 août 2014 pour l'égalité réelle entre les femmes et les hommes

⁷¹ MTESS .2020. « Analyse d'impact réglementaire : Projet de loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (Version préliminaire) ».

⁷² Fait l'objet de mémoire exhaustif d'une membre de SAGE également signataire du présent mémoire, et ce, au nom d'un projet de recherche partenariale du Service aux Collectivités de l'UQAM dans lequel elle est chercheuse principale : Rachel Cox (2021). Mémoire présenté au sujet des dispositions du Projet de loi 59 sur l'obligation de protection de l'employeur en matière de violence conjugale présenté à la Commission de l'économie et du travail du Québec.

égard, des conditions doivent être mises en œuvre pour que ces obligations soient effectives et que les espoirs qu'elles suscitent pour l'amélioration de la santé des femmes au travail ne soient pas déçus.

En ce sens, nos réflexions se basent sur les travaux de membres de l'Équipe de recherche SAGE, l'état des connaissances sur des mécanismes similaires au *programme de prévention* ainsi que sur l'organisation de la prévention à l'échelle des milieux de travail. Nous émettons les préoccupations suivantes :

- Un grand nombre d'établissements seraient toujours non couverts, du fait de leur petite taille, et on note l'absence de mesures pour répondre aux difficultés propres aux petits établissements (dont ceux de moins de 20 travailleurs) et au fait que leurs travailleur.ses sont dans l'ensemble plus à risque;
- Une perte d'efficacité préventive pourrait être associée au recours à un *programme de prévention multi-établissement*;
- Un manque d'études permettant d'assurer une veille continue de la qualité et de l'implantation des mécanismes, dont le programme de prévention;
- L'absence de mesures visant à ce que le *programme de prévention* serve à anticiper les risques reliés à des changements organisationnels, technologiques, architecturaux ou autres;
- La prise en compte effective des « risques psychosociaux (RPS) » dans les interventions de prévention.

Nous abordons ces préoccupations dans les prochaines sous-sections.

2.2.1 Le risque de conformité de papier associé au programme de prévention multi-établissement

Le PL 59 prévoit qu'un employeur pourrait décider de n'établir qu'un seul programme de prévention pour plusieurs de ses établissements, si leurs activités sont jugées de « même nature ». L'Analyse d'impact réglementaire⁷³ indique un « taux multi-établissement » de 1,26, c'est-à-dire que pour chaque entreprise non encore couverte par les mécanismes de prévention, on dénombre 1,26 établissements. Il reste à éclaircir si la possibilité d'établir un programme multi-établissement, définie par l'article 58.1 de la LSST concerne tous les établissements, où seulement ceux à niveau de risque dit « faible ». L'article 3 du projet de Règlement sur les mécanismes de prévention, inclus au PL 59, énonce en effet que « Un employeur doit élaborer et mettre en application un programme de prévention propre à chaque établissement lorsque le risque lié aux activités qui y sont exercées est de niveau moyen ou élevé. » Nous avons jusqu'ici recueilli des interprétations contradictoires.

Un premier enjeu concerne la concertation entre les établissements relevant d'un même employeur. D'autres régimes de prévention, comme le *Code canadien du travail, Partie II*⁷⁴, ont reconnu l'intérêt de la cohérence entre les efforts de prévention déployés dans les différents établissements relevant d'un même employeur, en exigeant la création d'un *comité d'orientation en matière de santé et de sécurité*, pour les entreprises qui comptent habituellement 300

⁷³ MTESS (2020), op. cit.

⁷⁴ *Code canadien du travail*, L.R.C. (1985), c. L-2.

employé.es direct.es ou plus. Cependant, dans ce cas, le comité d'orientation est central et ne remplace pas le mécanisme décentralisé que constituent les *comités locaux de santé et de sécurité du travail* qui s'y ajoutent. Le PL 59 laisse au seul employeur le choix de recourir à un programme multi-établissement; le cas échéant, il n'y aurait qu'un seul comité de santé et de sécurité, aussi multi-établissement, pour tous ceux que l'employeur décide de regrouper.

Un deuxième enjeu lié aux programmes multi-établissement émane de l'état des connaissances sur l'efficacité de la prévention qui permet de souligner le risque de « conformité de papier »⁷⁵. Ce risque est nettement plus élevé lorsque l'élaboration du programme est faite avec peu d'apports des acteurs locaux. À cet égard, il faut rappeler que le modèle d'organisation en prévention s'appuie sur une décentralisation en profondeur⁷⁶. Si les systèmes de gestion de la SST ont ajouté à cela la nécessité d'intégration de la prévention à toutes les fonctions de l'organisation (production des biens et services, approvisionnements, politiques de sous-traitance, etc.), favorisée par l'engagement de la haute direction, cela n'a pas remis en cause le principe. Bien au contraire, la participation active des superviseur.es de premier niveau dans l'identification des risques, leur prévention et le suivi de l'efficacité des mesures de contrôle est un facteur clé de succès en matière de prévention, établi depuis longtemps. Cela a été démontré par des études québécoises⁷⁷ et confirmé par les synthèses les plus récentes des connaissances scientifiques sur le sujet⁷⁸. Le rôle-clé des superviseur.es de premier niveau dans l'identification des risques et la mise en place d'actions préventives conséquentes est aussi établi en matière de santé psychologique⁷⁹. Le fait que le *programme de prévention* ne relève plus du niveau local ne favoriserait pas cette implication directe, pourtant essentielle tant à l'élaboration qu'à l'efficacité du *programme de prévention*.

Un troisième enjeu vient du fait que les programmes multi-établissement risquent d'engendrer une perte quant à l'identification adéquate des sources de risques puisqu'ils vont à l'encontre des

⁷⁵ Walters, D., Johnstone, R., Frick, K., Quinlan, M., Baril-Gingras, G., & Thébaud-Mony, A. (2011). Regulating workplace risks: a comparative study of inspection regimes in times of change. Edward Elgar Publishing., voir en particulier le chapitre 10 : The Québec mandatory OHS 'Prevention Programme': The political economy of its implementation by the inspectorate through changes in the labour market and work organization.

⁷⁶ Simard, M., Lévesque, C., Bouteiller, D., 1988, L'efficacité en gestion de la sécurité du travail : principaux résultats d'une recherche dans l'industrie manufacturière, Document de recherche, GRASP, Université de Montréal, Montréal, 1988, 79 p.

⁷⁷ Simard, M., Marchand, A., (1997) Workgroup's propensity to comply with safety rules: The influence of micro-macro organizational factors. Ergonomics, 40(2): p. 127-188.

Simard, M., Marchand, A. (1995), L'adaptation des superviseurs à la gestion participative de la prévention des accidents, Relations industrielles / Industrial Relations, vol. 50, no 3, pp. 567-589.

⁷⁸ Hofmann, D. A., Burke, M. J., & Zohar, D. (2017). 100 years of occupational safety research: From basic protections and work analysis to a multilevel view of workplace safety and risk. Journal of applied psychology, 102(3), 375.

⁷⁹ Biron, C., St-Hilaire, F., Baril-Gingras, G., Paradis, M. E., Chabot, S., Lefebvre, R., & Brisson, C. (2016). Conditions facilitant l'appropriation de démarches préventives en santé psychologique au travail par les gestionnaires. Rapport R-921. Montréal: IRSST.

principes d'une démarche décentralisée et enracinée. Cette dernière constitue un fondement de l'ergonomie, qui montre la nécessité de l'analyse de l'activité réelle de travail, pour découvrir les déterminants expliquant la présence de risques et leurs effets⁸⁰. Même si les activités sont similaires d'un établissement à l'autre, les particularités des aménagements, des équipements, de l'organisation du travail et des relations entre les personnes, au niveau local, sont autant de sources de variabilité qui rendent nécessaire une démarche décentralisée, bien que s'appuyant sur une volonté clairement établie par la direction. Cela s'applique tant pour la prévention des TMS que pour la prévention des RPS. En effet, une synthèse récente des connaissances scientifiques, Brisson et al. (2020)⁸¹ indiquent qu'il n'y a pas de solution "one-size fits-all" pour améliorer l'environnement psychosocial du travail, et que les interventions doivent donc être définies « sur mesure » en fonction de la réalité d'un milieu de travail, de ses priorités et de son contexte. Cela repose entre autres sur une approche participative impliquant les personnes employées et les gestionnaires pour identifier les cibles de l'intervention et la stratégie pour implanter les changements. Ces critères de qualité sont importants : si la possibilité de réduire de manière significative les contraintes psychosociales et d'améliorer ainsi divers indicateurs de santé psychologique est démontrée par divers travaux, y compris au Québec⁸², d'autres interventions, qui ne rencontrent pas ces critères, ne génèrent pas les résultats attendus⁸³. La nécessité d'une analyse « près du terrain » est aussi présente dans le *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail* publié par l'IRSST⁸⁴ et largement diffusé.

En dernier lieu, on peut craindre que le caractère générique des programmes multi-établissement masque les risques au travail de certaines catégories professionnelles spécifiques. Nous nous

⁸⁰ St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, E., & Imbeau, D. (2011). L'intervention en ergonomie. Éditions Multimonde. Québec, QC.

⁸¹ Brisson, C., Aubé, K., Gilbert-Ouimet, M., Duchaine, C.S., Trudel, X. & Vézina, M. (2020) Organizational-Level Interventions and Occupational Health, dans Theorell, T. (ed.), Handbook of Socioeconomic Determinants of Occupational Health, Handbook Series in Occupational Health Sciences, Springer Nature Switzerland

⁸² Bourbonnais R, Brisson C, Vezina M (2011) Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting. *Occup Environ Med*

Brisson C, Cantin V, Larocque B, Vézina M, Vinet A, Trudel L, Bourbonnais R (2006) Intervention research on work organization factors and health: research design and preliminary results on mental health. *Can J Commun Ment Health* 25:241–259.

Gilbert-Ouimet, M., Brisson, C., Vézina, M., Trudel, L., Bourbonnais, R., Masse, B., ... & Dionne, C. E. (2011). Intervention study on psychosocial work factors and mental health and musculoskeletal outcomes. *Health Pap*, 11, 47-66.

Gilbert-Ouimet, M., Baril-Gingras, G., Cantin, V., Leroux, I., Vézina, M., Trudel, L., ... & Brisson, C. (2015). Changes implemented during a workplace psychosocial intervention and their consistency with intervention priorities. *Journal of occupational and Environmental Medicine*, 57(3), 251-261.

⁸³ Brisson et al. (2020) op. cit.

⁸⁴ Brun, J. P., Biron, C., & St-Hilaire, F. (2009). Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail. IRSST (Institut de recherche en santé et en sécurité du travail). <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/RG-618.pdf?v=2021-01-11>

basons ici sur l'exemple de certaines catégories composées en majorité de femmes et exposées à niveau de risque élevé alors qu'elles se retrouvent dans un secteur à risque jugé de niveau faible ou moyen⁸⁵ (voir section 162.1.5.1). On peut craindre qu'un programme générique ignore de telles situations qu'un programme développé localement aurait permis de rendre visibles.

2.2.2 La nécessité d'une veille continue sur l'implantation de l'ensemble des mécanismes et sur la qualité des programmes de prévention

L'Analyse d'impact réglementaire⁸⁶ semble prendre pour acquis que les établissements dans les groupes I, II et III et ceux en mutuelles sont déjà conformes quant aux mécanismes de prévention (PP) et de participation (CSS et RSS). Cependant, à notre connaissance, aucune donnée publique ne permet de l'affirmer. Depuis la fin des années 90, aucune étude d'envergure n'a examiné le niveau de conformité à cette obligation, ni recensé la présence des comités de santé et de sécurité du travail et des représentant.es à la prévention. Les dernières que nous connaissons sont celles de Pineault et Berthelette (1995) et Berthelette et Planché (1995)⁸⁷ sur le *programme de prévention* ainsi que l'étude de Champoux et Brun (1999), sur l'organisation de la prévention dans les petits établissements, dans deux secteurs⁸⁸. Quant aux mutuelles, à l'exception d'une seule étude effectuée dans le secteur des centres de la petite enfance, nous n'avons repéré aucune étude publique évaluant les pratiques de ces organisations en matière de prévention. D'ailleurs, le rapport de la Vérificatrice générale du Québec⁸⁹ soulignait que la CNESST ne disposait pas d'informations de qualité sur les activités de l'ensemble des mutuelles, ne réalisait pas de véritable analyse de ces informations, et que les rapports des inspecteur.trices ayant visité des établissements membres de mutuelles n'étaient pas suffisamment documentés « quant à l'identification des dangers faite dans le programme de prévention et à la mise en application de celui-ci » (p. 26).

Dans la perspective d'une réforme majeure, il est impératif que des études soient menées, sur une base régulière, pour documenter l'implantation des mécanismes de prévention et de participation-représentation prévues par la LSST, ainsi que du mécanisme parallèle que constituent les mutuelles de prévention. On pourra s'inspirer à cet effet des études successives ESENER, menées en Europe en 2009, 2014 et 2014.

« L'Enquête européenne des entreprises sur les risques nouveaux et émergents (ESENER) de l'EU-OSHA est une vaste étude qui examine la façon dont les risques liés à la santé et la

⁸⁵ Dugay et al. (2017) op. cit.

⁸⁶ MTESS (2020), op. cit.

⁸⁷ Berthelette, D., & Planché, F. (1995). Évaluation de programmes de sécurité du travail dans des petites et moyennes entreprises. Rapport. Études et recherches, IRSST.

⁸⁸ Champoux, D., & Brun, J. P. (1999). Prise en charge de la sécurité dans les petites entreprises des secteurs de l'habillement et de la fabrication de produits en métal. Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec.

⁸⁹ Vérificatrice générale du Québec, 2019, Audit de performance: Prévention en santé et en sécurité du travail : CNESST, mai 2019.

sécurité sont gérés sur les lieux de travail européens. Des milliers d'entreprises et d'organisations en Europe sont invitées à remplir un questionnaire axé sur les thèmes suivants: les risques généraux pour la santé et la sécurité sur le lieu de travail et leur gestion; les risques psychosociaux, tels que le stress, l'intimidation et le harcèlement; les motivations et les obstacles à la gestion de la santé et de la sécurité au travail (SST); la participation des travailleurs à la SST. »⁹⁰

En plus de fournir des indications sur la conformité des mécanismes de prévention et leur implantation, ces études pourraient fournir des informations précieuses sur les leviers et obstacles à l'implantation ou au maintien des mécanismes, fournissant ainsi des pistes sur l'adéquation entre les ressources et la réalité évolutive des entreprises. Par ailleurs, considérant la proposition du PL 59 d'ajouter des dispositions concernant la prévention des risques dits « ergonomiques » et « psychosociaux » - risques touchant particulièrement les travailleuses (voir section 2.1.4) et exigeant une prise en charge qui est complexe (voir section 2.2.4) une veille continue sur la qualité des programmes de prévention nous apparaît particulièrement importante pour s'assurer que l'objectif de la LSST soit atteint.

2.2.3 La nécessité de mesures visant l'intégration de la prévention, sensibles au sexe/genre et inclusives dès la conception

Les changements architecturaux, d'aménagement ou d'organisation du travail peuvent introduire de nouveaux risques, mais ils peuvent aussi être l'occasion d'intégrer des critères de prévention sensibles aux inégalités sociales et de genre. Il est reconnu qu'il est plus facile d'intégrer la prévention dès la conception que de devoir opérer des corrections, plus coûteuses et souvent incomplètes. On n'a qu'à penser à des milieux de travail à prédominance masculine où il n'y a pas d'équipements adaptés aux travailleuses ou même de toilette pour les femmes. Mettre en place des changements a posteriori est plus difficile et coûteux, mais nuit aussi à l'accès des femmes à ces emplois. En plus de contribuer à la santé et sécurité de toutes et tous, adopter une approche préventive sensible aux inégalités sociales et de genre dès la conception favoriserait non seulement l'accès des femmes à des emplois où elles sont encore peu présentes, mais aussi l'inclusion de travailleur.ses ayant des incapacités au travail.

Par ailleurs, dans leur mémoire soumis au Groupe Camiré en 2010, les chercheur.ses signataires proposaient une série de mesures visant cette intégration, que nous reprenons dans le présent mémoire, car elles sont toujours nécessaires. Elles sont complétées par une recommandation quant à l'intégration, au contenu du *programme de prévention*, de l'examen *a priori* des conséquences des changements (organisationnels, techniques et architecturaux), afin de prévoir l'intégration de critères de prévention.

De telles mesures sont déjà prévues dans d'autres régimes. Ainsi, le *Règlement canadien sur la santé et la sécurité du travail*⁹¹, à l'article 19.5 (4), indique que :

⁹⁰<https://osha.europa.eu/fr/facts-and-figures/esener>

⁹¹ *Règlement canadien sur la santé et la sécurité du travail*, DORS/86-304.

- « Les mesures de prévention doivent comprendre la marche à suivre pour parer :
- a) dans les meilleurs délais, à tout risque nouvellement recensé;
 - b) aux risques liés à l'ergonomie qui sont recensés lors de la planification de la mise en œuvre de changements au milieu de travail, aux tâches ou à l'équipement utilisé pour les exécuter ou aux pratiques ou méthodes de travail. »

La norme CSA Z1000-14 comprend aussi des dispositions qui requièrent que la gestion des changements intègre la prévention⁹².

2.2.4 L'intégration des facteurs de risque organisationnels et psychosociaux pour améliorer l'efficacité des interventions de prévention

Le PL 59 propose d'inclure les « risques psychosociaux (RPS) »⁹³ dans les articles qui concernent le *programme de prévention* (modification au premier paragraphe de l'article 59 de la LSST) et les responsabilités du *représentant de la prévention [en santé et en sécurité]* (art. 90, alinéa 2, LSST). Essentiellement, le changement vise à intégrer l'identification et l'analyse des « RPS » et de « prévoir les mesures et priorités d'action permettant d'éliminer ou, à défaut, contrôler les risques identifiés ». Comme mentionné précédemment, nous saluons cette inclusion considérant les conséquences importantes pour des catégories professionnelles largement occupées par des femmes (voir section 2.1.4.2).

Nous souhaitons que cette inclusion se traduise par des interventions amenant des changements durables dans les milieux de travail. Pour cela, il faut donc s'assurer, dès l'étape du projet de loi, que les conditions soient en place pour favoriser la prévention en mettant de l'avant une approche systémique d'analyse des situations de travail. C'est pourquoi les prochains points visent à exposer comment l'expression « risques psychosociaux » doit être comprise, afin d'éviter la confusion et ne pas altérer la capacité d'intervention en milieu de travail. Il importe en effet de ne pas masquer, d'une part, la complexité de la réalité que recouvre l'expression et, d'autre part, les interactions entre les différents types de contraintes ayant des impacts sur la santé tant mentale (par exemple, anxiété, dépression) que physique (par exemple, TMS⁹⁴). Nous proposons, à la suite de ces explications, des alternatives et des précisions pour le *programme de prévention* afin de soutenir le travail du *représentant en santé et en sécurité* ou d'intervenantes externes (ASP, RSPSAT).

⁹² Association canadienne de normalisation (2014) Gestion de la santé et de la sécurité au travail (CAN/CSA Z1000-F14 [2014])

⁹³ Dans cette section spécifique, le recours aux guillemets permet de distinguer la notion de RPS au sens original compris dans le PL59

⁹⁴ Coutarel, F., Daniellou, F., & Dugué, B. (2003). Interroger l'organisation du travail au regard des marges de manœuvre en conception et en fonctionnement. La rotation est-elle une solution aux TMS ? *PISTES*, 5(2).

2.2.4.1 L'utilisation de l'expression « facteurs de risques organisationnels et psychosociaux » pour rendre compte d'une réalité complexe ayant des effets sur la santé physique comme psychologique.

Bien souvent, l'expression « risque » est suivie du terme qui décrit les conséquences. Or, comme il n'y a pas de blessure ou de maladie « psychosociale », l'utilisation du terme « risque » s'emploierait de la façon suivante: risque de détresse psychologique, risque de souffrance mentale, etc. Cela rend nécessaire de mobiliser une notion assez proche, soit celle de **facteur de risque**. En adaptant la définition utilisée pour la santé publique par l'Organisation mondiale de la santé (OMS)⁹⁵ à un contexte de santé au travail : **un facteur de risque** correspond à tout attribut ou caractéristique d'un milieu de travail qui augmente la probabilité pour un.e employé.e, avec ses caractéristiques propres, de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme.

Considérant les modèles épidémiologiques expliquant les mécanismes du « stress au travail », on distingue ainsi deux types de facteurs de risque, soit des facteurs organisationnels (ex. horaires de travail, précarité du lien d'emploi, exigences du travail, travail en équipe, etc.) et des contraintes psychosociales (manque de reconnaissance, surcharge de travail, injustice organisationnelle, etc.) qui peuvent, selon les personnes, engendrer directement ou indirectement des problèmes de santé mentale ou des problèmes de santé physique⁹⁶.

Ainsi, puisqu'il s'agit de « facteurs » à prendre en considération, nous considérons important que la volonté du législateur de prévenir les « risques psychosociaux » soit soutenue, dans le texte de la loi, par une expression qui couvre les « facteurs de risque organisationnels et psychosociaux ». Ceci correspond, pour les ergonomes⁹⁷, aux déterminants liés à l'organisation du travail et à l'environnement social qui font partie du cadre de travail d'une personne en activité dont on analyse la situation de travail⁹⁸. Cette expression fournirait ainsi une cible concrète pour l'intervention en milieu de travail reflétant bien la complexité sous-jacente à la notion de « RPS ». Cette définition explicite est importante, car l'expression « RPS » est largement utilisée, et parfois de manière étroite, ne permettant pas de prendre en compte l'ensemble des facteurs de risque organisationnels et psychosociaux dont les effets sur la santé sont pourtant solidement documentés.

⁹⁵ Organisation mondiale de la santé (2021). « Facteurs de risques » En ligne.

http://www.who.int/topics/risk_factors/fr/ (Page consultée le 14 janvier 2020)

⁹⁶ Chouanière, D., Cohidon, C., Gamassou, C. E., Kittel, F., Laferrerie, A., Langevin, V., . . . Weibel, L. (2011). Expositions psychosociales et santé: état des connaissances épidémiologiques. *Documents pour le Médecin du Travail*, 509-517. Retrieved from <hal-00668132>

⁹⁷ L'ergonomie doit ici être comprise comme l'adaptation du travail à la personne, allant donc au-delà de la prévention des troubles musculo-squelettiques.

⁹⁸ St-Vincent, M., Vézina, N., Bellemare, M., Denis, D., Ledoux, É., Imbeau D., sous la coordination de Lapierre, J. (2011) *L'intervention en ergonomie*. Éditions Multi Mondes, Québec, 360 pages.

2.2.4.2 Des interactions complexes : les « RPS » ne causent pas que des problèmes de santé mentale et tous les types d'emplois peuvent être touchés

En préambule, rappelons que la littérature épidémiologique a montré que les RPS sont associés non seulement à des problèmes de santé mentale comme la dépression⁹⁹, mais aussi à des pathologies cardiovasculaires comme les cardiopathies coronariennes/ischémiques¹⁰⁰, les accidents vasculaires¹⁰¹ (cérébraux et ischémiques) par exemple. Les liens entre RPS et TMS ont également été établis¹⁰².

Nous abordons, dans un premier temps, l'interaction complexe des « RPS » et des TMS, ainsi que des enjeux que cela peut poser pour une intervention préventive efficace. Nos expériences d'interventions ergonomiques pour la prévention des TMS nous confrontent aux limites d'une compréhension trop étroite des « RPS », alors que les facteurs de risque organisationnels et psychosociaux peuvent en effet, dans de nombreuses situations, faire partie de la chaîne de déterminants (causes) de ce type d'atteintes à la santé physique. En effet, il n'est pas rare que nos analyses mettent en lumière des facteurs liés à la charge de travail ou au manque de reconnaissance dans la chaîne de déterminants expliquant la survenance de TMS.

En ergonomie, nous considérons que plusieurs éléments du cadre de travail d'une situation vécue par un.e employé.e agissent sur sa façon de travailler, mais aussi sur son état :

«Soulignons également que la tâche et ses exigences, par exemple le nombre de chambres à nettoyer, a bien sûr un impact direct sur la quantité de travail que devra fournir la personne, mais peut aussi avoir des effets sur l'état de la personne en activité dans la mesure où elle considère que ce travail est trop considérable et qu'elle n'aura pas le temps de le faire, du moins en respectant les normes de qualité de l'établissement ou ses propres exigences. Cette tâche peut ainsi créer un état de stress qui peut modifier sa façon de travailler (ne parle plus aux patients pour aller plus vite), mais qui agit aussi sur la façon dont elle exécute ses gestes de travail (tonus musculaire augmenté, mouvements saccadés). On observe le même phénomène chez une personne, par exemple, qui travaille sur l'ordinateur et qui, voyant le temps avancer, essaie d'accélérer son rythme. Son état de stress la fera s'asseoir sur le bout de sa chaise, soulever les

⁹⁹ Rugulies R, Aust B, Madsen IE (2017) Effort-reward imbalance at work and risk of depressive disorders. A systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *Scand J Work Environ Health* 43(4):294-306

¹⁰⁰ Kivimaki M, et al. (2012) Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 380(9852):1491-1497

¹⁰¹ Fransson EI, et al. (2015) Job strain and the risk of stroke: an individual-participant data meta-analysis. *Stroke* 46(2):557-559

¹⁰² Hauke A, Flintrip J, Brun E, Rugulies R. The impact of work-related psychosocial stressors on the onset of musculoskeletal disorders in specific body regions: A review and meta-analysis of 54 longitudinal studies. *Work & Stress*. 2011;25(3):243-56.

Lang J, Ochsmann E, Kraus T, Lang JW. Psychosocial work stressors as antecedents of musculoskeletal problems: a systematic review and meta-analysis of stability-adjusted longitudinal studies. *Soc Sci Med*. 2012;75(7):1163-74.

épaules, contracter la nuque, même si cette attitude corporelle ne lui permet pas réellement d'aller plus rapidement.»¹⁰³

En outre, des liens sont établis entre l'état de stress d'une personne et ses effets sur le système musculo-squelettique: le stress entraîne une activation du tonus musculaire en plus de diminuer les capacités du système immunitaire à favoriser la récupération du système musculo-squelettique¹⁰⁴. Il existe aussi un consensus dans la littérature scientifique que la genèse et l'évolution des TMS sont caractérisées par un long processus physiopathologique qui fluctue au cours du temps. Plusieurs études réalisées en milieu de travail ont mis en évidence la fluctuation du statut clinique des TMS caractérisée par un décours temporel complexe – non linéaire - où se succèdent des phases d'amélioration et d'aggravation¹⁰⁵. Les mécanismes de prévention en milieu de travail se doivent d'être développés en cohérence aux modèles étiologiques des TMS, afin de tenir compte du facteur « temps » ainsi que la complexe interaction entre des facteurs de risques physiques, organisationnels et psychosociaux. Or, l'approche de prévention des TMS centrée autour d'un invariant, à savoir réduire les expositions aux facteurs de risque par une démarche de prévention centrée sur l'identification des facteurs de risque, a clairement mis en évidence ses limites pour diminuer la prévalence des TMS¹⁰⁶.

Il est donc important dans l'analyse ergonomique d'une situation de travail de considérer les éléments (déterminants du cadre de travail) qui influenceront la façon dont la personne exécutera son travail, mais aussi les éléments qui provoqueront chez elle un état de stress, car ils constituent également des facteurs de risque de lésions de type TMS. L'environnement social de la personne en activité de travail regroupe donc un ensemble de facteurs importants à prendre en compte dans l'analyse d'une situation de travail visant la prévention des TMS. Or, comme l'évoquent les travaux de l'INRS¹⁰⁷, nous constatons que le recours à l'expression « RPS » dans le contexte d'intervention amène plusieurs de nos interlocuteurs en milieu de travail à associer le mot « risque » aux dommages (psychologiques) et à penser que nous voulons prévenir les risques de

¹⁰³ *Ibid.*

¹⁰⁴ Aptel M. (2007) De l'épidémiologie à la physiopathologie des TMS : le modèle de Bruxelles un référentiel intégrateur. Collection pathologie locomotrice et de médecine orthopédique sous la direction de B. Fouquet, G. Lasfargues, Y. Roquelaure et C. Hérisson, 2007, Masson, Paris, 51-62.

¹⁰⁵ Aublet-Cuvelier A., Aptel M., Weber H. (2006). The dynamic course of musculoskeletal disorders in an assembly line factory. *Int Arch Environ Health*, Vol 79, pp. 578-84.

Luime J.J., Koes B.W., Miedem H.S., Verhaar J.A., Burdorf A. High incidence and recurrence of shoulder and neck pain in nursing home employees was demonstrated during a 2-year follow-up. *J Clin Epidemiol*. 2005 Apr;58(4):407-13.

Silverstein B.A., Viikari-Juntura E., Fan Z.J., Bonauto D.K., Bao S., Smith C. (2006). Natural course of nontraumatic rotator cuff tendinitis and shoulder symptoms in a working population. *Scand J Work Environ Health*. Vol 32 n°2: pp 99-108.

Major, M.E., Wild, P. et Clabault, H. (2020). Travail saisonnier et santé au travail: bilan des connaissances et développement d'une méthode d'analyse pour le suivi longitudinal des troubles musculo-squelettiques. Rapport de recherche, *Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST)*. R-1102. 139 pages.

¹⁰⁶ Aptel, M., Vézina, N. (2008). Quels modèles pour comprendre et prévenir les TMS ? Pour une approche holistique et dynamique. Actes du 2ème congrès francophone sur les TMS. Montréal, Canada.

¹⁰⁷ *Op.Cit.*

problèmes psychologiques. Cela peut mettre en cause la légitimité de la portée de l'intervention telle que définie initialement.

En second lieu, nos expériences d'intervention nous ont aussi montré qu'une association directe et exclusive entre les « RPS » et les problèmes de santé mentale peut exclure certaines catégories de travailleur.ses dont on ne considère que les exigences physiques alors qu'une analyse de l'activité de travail peut révéler des exigences cognitives et sociales liées aux contraintes de l'environnement organisationnel et social. En ce sens, la reconnaissance de la complexité de cette chaîne de déterminants, en nommant adéquatement les composantes des « RPS » (les facteurs de risques organisationnels et psychosociaux et les risques de conséquences sur la santé, tant physique que psychologique), dans le PL 59 et les règlements qui en découleront, ferait en sorte de déboulonner les mythes perçus autour de leurs impacts sur la santé mentale et physique, qui peuvent faire obstacle aux interventions en milieu de travail dans tous types d'emploi. Autrement dit, une approche systémique d'analyse des situations de travail permettrait de favoriser les interventions ciblant des contraintes psychosociales au sein d'emplois où ces questions sont considérées comme étant moins légitimes, limitant les possibilités d'améliorer les conditions de travail et créant des inégalités sociales et de genre en santé au travail. Pourquoi ne pas remonter au fait que le manque de reconnaissance fasse partie des facteurs ayant mené une personne occupant un emploi manuel à développer un TMS? Ou encore, pourquoi ne pas aborder les horaires de travail inflexibles, imprévisibles et instables comme un facteur organisationnel pouvant engendrer du stress au travail et donc des problèmes affectant la santé tant physique que mentale pour les travailleur.ses exposés à des horaires atypiques contraints qui s'accompagnent souvent de revenus plus faibles¹⁰⁸?

2.2.4.3 Facteurs déterminants pour l'efficacité des interventions de prévention des risques de TMS et des facteurs de risques organisationnels et psychosociaux

Des études sur l'efficacité des interventions organisationnelles visant la prévention des TMS en milieu de travail¹⁰⁹ ont soulevé le besoin d'une prise en considération du contexte de l'entreprise au cours de l'intervention, d'une analyse de l'activité de travail réalisée par un ergonomiste, ainsi que de la mise en place de structures participatives. Une revue de la littérature récente réalisée dans notre équipe¹¹⁰ montre que les résultats économiques des interventions ergonomiques de prévention des TMS étaient négatifs lorsque la dose d'intervention mise en œuvre et reçue par les travailleur.ses était faible, lorsque le soutien de la part de la direction et des gestionnaires était limité, et lorsque les ressources financières dégagées pour l'intervention étaient insuffisantes. Au contraire, les interventions de prévention apportaient des résultats économiques positifs pour l'employeur lorsque le soutien apporté par les superviseurs était élevé et la participation des travailleur.ses à l'intervention était forte.

¹⁰⁸ Messing, K. (2016). *Les souffrances invisibles*. Montréal: Écosociété.

¹⁰⁹ Stock, R. S., Nicolakakis, N., Vézina, N., Vézina, M., Gilbert, L., Turcot, A., . . . Beaucage, C. (2018). Are work organization interventions effective in preventing or reducing work-related musculoskeletal disorders?: A systematic review of literature. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 44(2), 133.

¹¹⁰ Sultan-Taïeb, H., A. Parent-Lamarche, A. Gaillard, S. Stock, N. Nicolakakis, Q. N. Hong, M. Vézina, et al. "Economic Evaluations of Ergonomic Interventions Preventing Work-Related Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review of Organizational-Level Interventions." *BMC Public Health* 17, no. 1 (Dec 8 2017): 935.

Pour ce qui est de la prévention des problèmes de santé mentale au travail, la preuve de la rentabilité économique des interventions de retour au travail suite à une absence pour troubles mentaux communs a été établie dans la littérature, comme le montre une autre revue de la littérature de notre équipe¹¹¹. Ces interventions, qui constituent des investissements rentables pour l'employeur, peuvent prendre la forme d'un soutien individualisé à l'employé.e avec un plan d'action élaboré en collaboration avec le/la gestionnaire, une formation aux gestionnaires pour améliorer leurs compétences de communication et de suivi dans le cadre d'un retour au travail par exemple.

Ces composantes clés des actions de prévention nécessitent des mécanismes législatifs qui supportent leur mise en place au sein des milieux de travail.

2.2.4.4 Conclusion

Il nous apparaît que le PL 59 constitue une fenêtre d'opportunité pour inscrire dans la durée une expression qui pourrait avoir des impacts concrets dans son application pour l'intervention en milieu de travail. Partant de l'idée que plus un terme est utilisé plus il s'enracine dans le sens commun, nous dressons ici un parallèle avec l'expression « conciliation travail-famille », dominante dans les politiques, les programmes et dans le langage commun, mais qui comporte, conceptuellement, des inégalités de genre sous-jacentes aux compromis de la sphère famille au profit du travail¹¹². C'est pourquoi il nous semble qu'à l'avenir, pour faciliter les interventions en prévention dans les milieux de travail, il importe de préciser le terme « RPS » pour en favoriser la prévention.

En somme, une base essentielle à la prévention efficace et durable des problèmes de santé mentale, mais aussi d'autres atteintes à la santé engendrées par des facteurs organisationnels et psychosociaux comme les TMS, consiste à adopter une approche systémique d'analyse des situations de travail afin de bien cibler les déterminants pour agir à la source. À cet effet, un recadrage de l'expression « RPS » comme proposé dans les recommandations qui suivent 1) fournira des leviers aux interventions de prévention durable en ciblant les facteurs à la source de problèmes de santé mentale, et en particulier l'organisation du travail et l'environnement social; 2) favorisera une plus grande ouverture des milieux de travail à reconnaître les conséquences multiples des facteurs liés à l'organisation du travail et à l'environnement social, peu importe le travail occupé et particulièrement dans les métiers à prédominance féminine où les impacts sur la santé sont importants, mais insuffisamment reconnus; 3) favorisera le développement d'informations et de formations adaptées pour l'intervention sur ces facteurs de risque complexes.

¹¹¹ Gaillard, Aurélie, Hélène Sultan-Taïeb, Chantal Sylvain, and Marie-José Durand.

"Economic Evaluations of Mental Health Interventions: A Systematic Review of Interventions with Work-Focused Components." *Safety Science* 132 (2020/12/01/ 2020): 104982.

¹¹² Périvier, H., & Silvera, R. (2010). Maudite conciliation. *Travail, genre et sociétés*, 2(24), 25-27. http://www.cairn.info.proxy.bibliotheques.uqam.ca:2048/resume.php?ID_ARTICLE=TGS_024_0025 (Page consultée le 13 janvier 2020)

2.2.5 Recommandations

RECOMMANDATION 5

Retirer la possibilité de mettre en place un programme de prévention multi-établissement du PL 59.

RECOMMANDATION 6

Réaliser, sur une base régulière, des études à l'IRSST (ou subventionnées par celle-ci) afin de dresser un portrait de l'organisation de la prévention (PP, PSSE, CSS, RP) dans les milieux de travail, de manière à mesurer l'implantation de ces mécanismes, et les facteurs contextuels qui influencent le degré d'implantation.

RECOMMANDATION 7

Réaliser une étude indépendante examinant l'activité des mutuelles de prévention et instaurer un programme d'évaluation cyclique de la prise en charge de la prévention dans les mutuelles à la CNESST.

RECOMMANDATION 8

Inclure à la LSST les moyens légaux et réglementaires appropriés pour assurer une de la prévention réelle et inclusive dès la conception, pour réaliser l'objectif visé par les articles 54, 63, 190 et 223 (14) de la LSST.

RECOMMANDATION 9

Ajouter la notion de l'intégrité psychologique des travailleur.ses à l'article 2 de la LSST.

RECOMMANDATION 10

Étendre le contenu du programme de prévention (art. 59, LSST), les fonctions du CSS (art. 78, LSST) et du RSS (art. 90, LSST) à l'examen des projets de conception et des projets de changements dans le milieu de travail (construction, agrandissement, déménagement, révision de l'organisation du travail, croissance ou décroissance de la main-d'œuvre, ajout ou retrait d'activités de production/services, etc.) à la manière des dispositions prévues par le Règlement canadien sur la santé et la sécurité du travail (19.5(4)).

RECOMMANDATION 11

Modifier le premier paragraphe de l'article 59 concernant le *programme de prévention*, l'alinéa 2 de l'article 90 ainsi que le 4^e paragraphe de l'article 210 concernant les responsabilités du RSS pour remplacer le terme « *risques psychosociaux* » par « *facteurs de risque organisationnels et psychosociaux* ».

RECOMMANDATION 12

Ajouter un critère d'évaluation de l'admissibilité du *programme de prévention* soumis par l'établissement afin qu'il comporte une section sur l'identification et des moyens de contrôle des *facteurs de risque organisationnels et psychosociaux* et ce, peu importe le secteur d'emploi et le type de poste.

RECOMMANDATION 13

Intégrer l'identification et la correction/contrôle des *facteurs de risque organisationnels et psychosociaux*, en cohérence avec l'approche d'intervention en ergonomie, dans les contenus déterminés par règlement du programme de formation obligatoire pour le RSS de même que dans les programmes de formation destinés aux CSS et aux comités de chantier.

RECOMMANDATION 14

Intégrer le développement de programmes de formation et d'information sur les *facteurs de risque organisationnels et psychosociaux* aux priorités identifiées par la Commission pour le développement de programmation d'activités des associations sectorielles paritaires (ASP).

2.3 Le maintien des programmes de santé au travail spécifiques à chaque établissement: une question d'efficacité des actions de prévention et d'équité pour les travailleurs

Le PL 59 abolit les dispositions de la LSST qui concernent le *programme de santé spécifique à l'établissement* (PSSE), élaboré par le médecin responsable des services de santé d'un établissement avec l'aide de l'équipe du Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT). Actuellement, en vertu de l'article 113 de la LSST (qui est abrogé dans le PL 59), le PSSE permet d'identifier les risques à la santé dans l'entreprise et les mesures à prendre pour les contrôler, entre autres :

« 1° les mesures visant à identifier les risques pour la santé auxquels s'expose le travailleur dans l'exécution de son travail et à assurer la surveillance et l'évaluation de la qualité du milieu de travail; (...)

4° les mesures visant à identifier les caractéristiques de chaque travailleur de l'établissement afin de faciliter son affectation à des tâches qui correspondent à ses aptitudes et de prévenir toute atteinte à sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique [...] ».

En bénéficiant de l'expertise et du mandat de soutien-conseil du RSPSAT, il revient ensuite à l'employeur d'implanter les mesures préventives prévues dans le PSSE. Le PL 59 remplacerait le PSSE par les « éléments de santé » à intégrer, par l'employeur, à son *programme de prévention*. Alors que l'actuel *médecin responsable des services de santé de l'établissement*, rattaché au RSPSAT, a pour interlocuteur le comité de santé et de sécurité, ce serait l'employeur seul qui déciderait, ou non, de demander l'aide du nouvel acteur que serait le « *médecin chargé de la santé au travail* »^{2.52.5[06]} dédiée au PMSD).

En nous appuyant sur les études menées, au plan international, sur des dispositifs similaires¹¹³, ainsi que sur les travaux de recherche-intervention en milieu de travail des membres de l'Équipe SAGE, nous signalons plusieurs points qui sont à retenir concernant l'élaboration du PSSE par les équipes de santé au travail :

¹¹³ Baril-Gingras, Vézina & Lippel (2013), op.cit.

1. La pertinence du maintien du *programme de santé spécifique à l'établissement*, élaboré par le RSPSAT, et de son extension à tous les secteurs, pour le développement de la prévention dans les milieux de travail;
2. son importance pour la prise en charge par l'établissement;
3. le savoir-faire développé par les intervenants des équipes de santé au travail du RSPSAT et l'apport des ergonomes dans ces équipes, qui soutiennent l'employeur et les actrices de son établissement dans ses obligations de prévention;
4. le respect de l'équité par la considération du sexe/genre et des caractéristiques des travailleuses et des travailleurs.

2.3.1 La pertinence du maintien et de l'extension du PSSE pour le développement de la prévention dans les milieux de travail

Un tel mécanisme de prévention répond à la nécessité de mesures particulières aux risques pour la santé – risques qui sont reconnus comme étant moins bien pris en charge par les régimes de SST que ceux pour la sécurité¹¹⁴. De plus, l'élaboration du PSSE par l'équipe de santé au travail du Réseau de santé publique assure aux entreprises et aux travailleur.ses une expertise indépendante et compétente en santé au travail, ce que peu de petites et moyennes entreprises peuvent assumer malgré des risques importants à la santé¹¹⁵. L'intervention dans les petits établissements pose des défis particuliers pour lesquels les équipes du RSPSAT ont depuis longtemps développé une expertise¹¹⁶.

Le PSSE a également la force d'être spécifique à l'établissement et donc de favoriser l'implantation de mesures préventives en cohérence avec les risques présents, le travail réalisé, ainsi que les caractéristiques des travailleur.ses. Une telle structure répond intégralement à la recommandation 161 de l'Organisation internationale du travail (OIT)¹¹⁷, indiquant entre autres que le rôle des services de santé au travail doit être essentiellement préventif, dont l'établissement d'un programme d'activités **adapté** à l'établissement. Des études ont d'ailleurs démontré qu'un tel programme de santé et l'action des équipes de santé au travail du réseau public ont des effets positifs sur l'implantation de mesures préventives¹¹⁸. La grande majorité des

¹¹⁴ Hopkins, A. 1993. « Approaches to Safeguarding the Worker ». *Work and Health: The Origin, Management and Regulation of Occupational Illness*. M. Quinlan, dir. Melbourne: Macmillan, 170-190.

¹¹⁵ Champoux, D. et J.-P. Brun. 1999. *Prise en charge de la sécurité dans les petites entreprises des secteurs de l'habillement et de la fabrication de produits en métal. Études et recherches/Rapport R-226*. Montréal : IRSST.

¹¹⁶ Carpentier-Roy, M.-C., Simard, M., Marchand, A., Ouellet, F., 2001, *Pour un modèle renouvelé d'intervention en santé au travail dans les petites entreprises*, *Relations industrielles/Industrial Relations*, vol. 56, no 1, pp. 165-194.

¹¹⁷ Organisation internationale du travail. 1985a. *Convention 161 sur les services de santé au travail*. Genève : OIT.

¹¹⁸ Berthelette, D. et R. Pineault. 1992. « Analyse d'implantation du programme de santé au travail: résultats d'une recherche évaluative ». *Travail et santé*, 8 (4), s23-s30.

Lévesque, G. 1997. « Les effets du programme québécois de santé au travail sur l'élimination des sources de danger ». *Mémoire de maîtrise en administration des affaires*, Université du Québec à Montréal.

petites et moyennes entreprises n'ont pas les ressources ni les compétences pour évaluer les risques à la santé au travail et pour identifier les solutions nécessaires. L'accès aux PSSE, élaborés par les équipes de santé au travail du Réseau de santé publique, permet aux établissements de mieux respecter leurs obligations de prévention en santé au travail.

Or, on a vu que le PL 59 abroge les dispositions concernant le PSSE, le remplaçant par des éléments de santé définis par l'employeur, dans son programme de prévention. Il est de plus proposé par le PL 59 que « *En collaboration avec le ministre de la Santé et des Services sociaux, la Commission élabore des programmes de santé au travail et détermine les priorités en matière de santé au travail ainsi que les territoires ou les établissements ou catégories d'établissements sur lesquels ils s'appliquent* » (paragraphe 107, PL 59). Ces modifications soulèvent d'importantes inquiétudes. Notamment, l'une de ces inquiétudes est inhérente à l'absence de spécifications sur ce que seront ces programmes de santé au travail et sur les éléments qu'ils doivent inclure, contrairement à l'article 113 de la LSST qui spécifie ce que devrait prévoir le PSSE. Un flou entoure donc la notion de « programme de santé au travail » au paragraphe 172 du PL 59 qui modifie l'article 107 de la LSST. Aucun élément à prévoir n'est spécifié et la formulation actuelle pourrait favoriser la privatisation du volet de santé des programmes de prévention avec la possibilité de conflits d'intérêts lorsque l'employeur achète ces services, ou lorsqu'il est le seul à pouvoir demander le soutien du *médecin chargé de la santé au travail*, alors que l'actuel *médecin responsable des services de santé de l'établissement* a nécessairement pour interlocuteurs autant les représentant.es de l'employeur que ceux et celles des travailleur.es.

2.3.2 La prise en charge de la prévention par le milieu de travail

Les intervenants des équipes de santé au travail du Réseau de santé publique connaissent souvent depuis plusieurs années, les personnes responsables dans les établissements de leur région. Par une approche d'échange et de sensibilisation de ces responsables, ils élaborent les PSSE en connaissance des milieux de travail et développent les arguments qui motiveront les responsables de ces milieux de travail à agir en prévention en prenant en charge des améliorations des situations de travail.

À défaut d'un programme de santé **spécifique** à l'établissement qui prend en compte le travail réalisé et les caractéristiques des travailleur.es afin de prévenir toute atteinte à la santé, le PL 59 propose un programme générique qui sera élaboré par la CNESST et qui, en collaboration avec le ministre de la Santé et des Services sociaux, déterminera les priorités en matière de santé au travail ainsi que les établissements ou catégories d'établissements sur lesquels ils s'appliquent (paragraphe 107, PL 59). Il s'agit d'une approche complètement différente qui crée une distance et ne favorise pas une prise en charge par le milieu de travail.

Bilodeau, H. et D. Berthelette. 2003. « Données probantes issues des recherches évaluatives sur des programmes de santé au travail ». Enjeux psychosociaux de la santé. J. J. Lévy, dir. Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec, Collection Santé et Société, 41-60.

Bien qu'une telle approche puisse avoir l'avantage de toucher potentiellement plusieurs entreprises^{119,120}, elle fait abstraction d'une prise en compte des spécificités propres à chaque milieu de travail, de la variabilité des conditions de travail et des caractéristiques des travailleur.ses au sein d'établissements de même « catégorie » ou de même « territoire ». Cette approche fait également abstraction des connaissances et du savoir-faire développé par les intervenant.es des équipes de santé au travail du RSPSAT.

2.3.3 Le savoir-faire développé par les intervenants des équipes de santé au travail et l'apport des ergonomes dans ces équipes

Depuis plus de 30 ans, en vertu des articles 112 et 113 de la LSST, des milieux de travail bénéficient de ressources compétentes et indépendantes en santé au travail par l'entremise des **équipes du Réseau de santé publique en santé au travail (RSPSAT)**. Forts d'un riche savoir-faire acquis par leurs expériences dans les milieux de travail, les intervenant.es de ces équipes sont présents dans les différentes régions du Québec et interviennent au sein des établissements, en favorisant la collaboration des responsables pour l'identification des risques et l'élaboration des PSSE. Ils ont ainsi tissé des liens avec ces établissements tout en gardant l'indépendance que leur avaient donnée les articles de la LSST.

Au cours des derniers 15 ans, plusieurs ergonomes se sont intégrés aux équipes de santé au travail du Réseau de santé publique dans presque toutes les régions de la province, en particulier pour ajouter leur expertise en analyse du travail et en identification des risques de TMS. Leur domaine de compétences englobe une démarche d'analyse des situations de travail en interaction avec les acteur.trices concernés, une construction sociale et un recueil de données (ou argumentaire) favorisant la mobilisation des responsables et leur implication dans l'amélioration des situations de travail comportant des risques. Leur approche prend en considération la santé et la sécurité des travailleur.ses, mais aussi l'efficacité et la qualité des systèmes de production de biens ou de services, et ce, dans une perspective d'efficacité organisationnelle¹²¹. L'intérêt de leur apport se manifeste par les demandes des établissements pour recevoir un soutien des ergonomes à l'implantation des actions de prévention prévues dans leur PSSE.

L'abondance des connaissances scientifiques disponibles met en exergue la nécessité d'une approche systémique d'analyse des situations de travail pour la prévention des TMS liés au travail¹²². Des études sur l'efficacité des interventions organisationnelles visant la prévention des

¹¹⁹ Contrairement à l'application des mesures de la LSST dans les seuls groupes prioritaires actuels et qui a pour conséquence une concentration des demandes et des actions de prévention dans les secteurs d'activité où la population est surtout masculine (Vézina et al, 2016).

¹²⁰ Vézina, N.; Chatigny, C. et Calvet, B. (2016). L'intervention ergonomique : que fait-on des caractéristiques personnelles comme le sexe et le genre? PISTES, 18-2.

¹²¹ St-Vincent, M., et al. (2011). L'intervention en ergonomie. Québec, Éditions MultiMondes, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

¹²² Aptel, M., Vézina, N. (2008). Quels modèles pour comprendre et prévenir les TMS ? Pour une approche holistique et dynamique. Actes du 2ème congrès francophone sur les TMS. Montréal, Canada.

TMS en milieu de travail¹²³ ont également soulevé le besoin d'une analyse ergonomique de l'activité de travail, d'une prise en considération du contexte de l'établissement au cours de l'intervention, ainsi que de la mise en place de structures participatives. Ces composantes clés des actions de prévention nécessitent des ressources qui possèdent ces compétences et des mécanismes législatifs qui supportent leur mise en place au sein des milieux de travail.

Tous ces savoir-faire sont essentiels à l'élaboration des programmes de santé au travail et à la détermination des priorités en matière de santé au travail. Dans cette optique, les modifications proposées par le PL 59 doivent permettre la mise à profit des ressources existantes et compétentes du Réseau de santé publique en santé au travail.

2.3.4 Le respect de l'équité par la considération du sexe/genre et des caractéristiques des travailleur.ses

Il est parfois difficile de repérer certains risques ou les contraintes de certaines situations de travail. C'est le cas en particulier des postes des femmes qui sont souvent considérés comme « légers » en référence au poids des objets qui sont manipulés (voir section 2.1.2.1). Le travail de précision, le travail sous fortes contraintes de temps, les horaires variables sont des conditions dont on peut sous-estimer le risque. Une analyse professionnelle et experte des situations de travail permet de mettre en évidence des conditions qui peuvent passer inaperçues et qu'il importe d'améliorer pour une véritable prise en charge de la prévention.

Certain.es travailleur.ses ne peuvent parler ni en français ni en anglais et les difficultés qu'ils rencontrent ne sont pas facilement exprimées. Les intervenant.es des équipes de santé au travail ont développé des stratégies d'intervention qui leur permettent de mettre en évidence ces difficultés.

Les intervenant.es des équipes du RSPSAT œuvrent à faciliter le maintien au travail par une prise en compte du travail en situation réelle, en fonction de la variabilité des conditions de travail et des caractéristiques des personnes et ce, selon une démarche d'accompagnement des milieux de travail en vue d'une prévention durable. Leur rôle et leur action s'avèrent essentiels pour favoriser une prise en charge adéquate des entreprises selon les risques présents et, en particulier, des risques qui sont peu réglementés, mais qui occupent une large part des problèmes de santé au travail, comme les troubles musculo-squelettiques liés au travail¹²⁴.

La perte d'un programme de santé au travail **adapté** à l'établissement pourrait avoir comme effet, entre autres, la sous-estimation ou l'absence de prise en charge de certains risques à la santé plus difficilement identifiables ou visibles, mais qui n'en demeurent pas moins importants.

Ainsi, l'importance de la présence du RSPSAT dans les établissements, permise par le mandat que leur donne le *programme de santé spécifique à l'établissement*, est illustré par le nombre élevé

¹²³ Stock, R. S., Nicolakakis, N., Vézina, N., Vézina, M., Gilbert, L., Turcot, A., . . . Beaucage, C. (2018). Are work organization interventions effective in preventing or reducing work-related musculoskeletal disorders?: A systematic review of literature. *Scandinavian Journal of Work Environment & Health*, 44(2), 133.

¹²⁴ Tougas, G. (2011). Comment amener une entreprise à s'intéresser à la prévention des TMS ? Une démarche de mobilisation. 3e Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques, Grenoble.

de situations de surexposition qui sont alors détectées: on parle de surexposition non pas pour tous les risques identifiés à l'occasion de ces visites, mais seulement pour le dépassement d'une valeur d'exposition admissible à un agresseur chimique, inscrit à l'annexe 1 du *Règlement sur la santé et la sécurité du travail*, dont des cancérogènes, ainsi que pour une exposition au bruit élevé. À titre d'exemple, dans le cadre de leurs interventions en milieu de travail, les équipes du RSPSAT ont identifié, entre juillet 2010 et décembre 2014, 1 535 situations de surexposition touchant 1 206 établissements au Québec; cela concernait 10 895 travailleur.ses¹²⁵. Il est très probable que sans la présence du RSPSAT, ces situations n'auraient pas été identifiées et les travailleur.ses auraient continué à être exposés.

Or, la littérature souligne le phénomène de sous-estimation des maladies d'origine professionnelle; c'est particulièrement le cas pour celles qui sont dues à l'exposition à des cancérogènes, et pour le coût que cela représente pour la collectivité et pour les systèmes d'assurance maladie (par exemple au Canada et en France)¹²⁶. On a vu précédemment que les risques pour la santé des femmes associées aux expositions chimiques étaient insuffisamment connus et reconnus. Or, ces facteurs de risque nécessitent des expertises qui permettent l'identification des substances en cause et la mise en œuvre de mesures de prévention efficaces (remplacement ou protection). Or, il se trouve que ces expertises sont actuellement mises à la disposition des employeurs par le RSPSAT et que les actions de prévention spécifiques à chaque établissement sont élaborées via le mécanisme de prévention qu'est le PSSE. Le PSSE nous paraît donc être un outil de prévention important à maintenir dans le régime québécois.

2.3.5 Recommandations

RECOMMANDATION 15

Maintenir les dispositions concernant le PSSE dans la LSST et étendre leur application à tous les établissements devant disposer d'un programme de prévention (voir les recommandations, section 2.2.5).

RECOMMANDATION 16

Reconnaître les équipes du RSPSAT comme les intervenant.es prioritaires et essentiels à l'élaboration des *programmes de santé au travail* afin d'assurer aux milieux de travail des ressources compétentes et indépendantes.

¹²⁵ Grégoire, M. et coll. (2016). Démarche provinciale de signalement, Bilan 2010-2014. Table de concertation nationale en santé au travail, 52 pages

¹²⁶ Tompa E, Kalcevic C, McLeod C, Lebeau M, Song C, McLeod K, et al. The economic burden of lung cancer and mesothelioma due to occupational and para-occupational asbestos exposure. *Occup Environ Med.* 2017;74(11):816-22.

Serrier H, Sultan-Taïeb H, Luce D, Bejean S. Cancers des voies respiratoires attribuables aux expositions professionnelles : quel coût pour la société française ? *Sante Publique.* 2017;29(4):509-24.

RECOMMANDATION 17

Élargir les moyens d'action en prévention du RSPSAT à tous les secteurs d'activité et renforcer les capacités des équipes de santé au travail de ce réseau par l'ajout de ressources supplémentaires, notamment en ergonomie pour les milieux de travail.

2.4 Les mécanismes de participation-représentation

En matière de prévention, l'extension des mécanismes de participation-représentation est l'un des enjeux les plus importants de la réforme du régime québécois de santé et de sécurité. En effet, il est largement reconnu que la prévention est plus efficace lorsque la participation représentative des travailleur.ses est présente que lorsque l'employeur s'en occupe seul¹²⁷. C'est en effet la participation représentative des travailleur.ses qui peut faire la différence entre un programme de santé et de sécurité « pour la forme » et un programme qui produit véritablement des changements favorables à la prévention¹²⁸. De fait, les pays industrialisés qui obtiennent les meilleurs résultats en matière de santé et de sécurité du travail¹²⁹ ont mis en place des réseaux solides et denses de représentant.es des travailleur.ses en SST et ont attribué des pouvoirs étendus à ces comités et représentant.es. À titre d'exemple, et pour permettre de comprendre ce qui explique cette performance et ouvrir l'imagination, notons qu'en Suède, une enquête récente rapporte la présence effective d'un (1) représentant en santé et sécurité du travail pour chaque tranche de 45 travailleur.ses, couvrant les travailleur.ses syndiqués et non syndiqués, dans les milieux de travail; ce dispositif est complété, pour les petits établissements, par un réseau de représentant.es régionaux itinérants; pour le secteur privé on dénombrait, en 2015, 1 660 représentant.es régionaux en sécurité, couvrant 1 300 000 travailleur.ses dans les petits établissements¹³⁰. Depuis 1976, en Suède, une entente nationale donne une majorité d'une voix aux représentant.es des travailleur.ses au comité de santé et de sécurité, qui dispose de pouvoirs décisionnels et d'un rôle-conseil¹³¹. Autrement dit, il y a encore beaucoup de marge de manœuvre, dans le régime québécois, pour donner une véritable voix à celles et ceux qui vivent les risques du travail au quotidien.

Parce que les risques auxquels font face les femmes sont en grande partie invisibilisés, le succès d'une réforme visant une véritable amélioration non pas du seul bilan du régime d'indemnisation, mais de la santé au travail des femmes, comme des hommes, reposera en grande partie sur la capacité du régime à leur donner une voix collective.

¹²⁷ Walters, D., & Nichols, T. (2007). *Worker representation and workplace health and safety*. New York, États-Unis: Palgrave MacMillan.

¹²⁸ Frick, K. (2011). Worker influence on voluntary OHS management systems—A review of its ends and means. *Safety Science*, 49(7), 974-987.

¹²⁹ Hämäläinen, P., Takala, J., & Saarela, K. L. (2006). Global estimates of occupational accidents. *Safety science*, 44(2), 137-156.

¹³⁰ Sjöström, J., Frick, K. (2017) Worker participation in the management of occupational safety and health — qualitative evidence from ESENER-2 Country report – Sweden, European Risk Observatory, European Agency for Safety and Health at Work – EU-OSHA, p. 21, 24, 34.

¹³¹ Tucker, E. (1992). Worker participation in health and safety regulation: Lessons from Sweden. *Studies in Political Economy*, 37(1), 95-127.

Le PL 59 étend la couverture des mécanismes que sont les *comités de santé et de sécurité* (CSS) et le *représentant en santé et en sécurité* (RSS), ce dernier remplaçant l'actuel *représentant à la prévention*. Cette extension crée une opportunité pour redonner à la prévention l'élan nécessaire. On peut saluer que ces dispositions soient formulées comme une obligation et non une possibilité, lorsque demandé par le syndicat ou, en son absence, un certain nombre de travailleur.ses.

Cependant, certaines dispositions actuellement inscrites au PL 59 risquent de limiter les effets attendus. Sur la base des travaux des membres de l'Équipe SAGE et de l'état des connaissances scientifiques sur les conditions d'efficacité des CSS et des RSS, nous exprimons donc les préoccupations suivantes :

- Le fait qu'il demeure un pourcentage important de travailleur.ses non couverts, ni par un CSS, ni par un RSS;
- L'absence de dispositions répondant à la problématique particulière des travailleur.ses des petits établissements, et plus généralement aux difficultés des travailleur.ses non syndiqués, ce qui concerne une majorité de femmes dans le secteur privé;
- Le risque de perte d'efficacité préventive avec le recours à un *comité de santé et de sécurité multi-établissement*, et le fait que cela soit déterminé par l'employeur seul, comme la fréquence des réunions des CSS et les libérations du RSS;
- La contradiction entre les intentions et les objectifs élevés d'une part¹³², et le faible niveau de ressources po aux RSS, en termes de nombre d'heures de libération insuffisant, pour les établissements à risque dit « faible » et « moyen », mais également pour ceux de niveau de risque dit « élevé ».

2.4.1 Des travailleur.ses ne sont couverts par aucun mécanisme de représentation en SST

Il est appréciable que le législateur prévoie de couvrir certains établissements regroupant moins de 20 travailleur.ses (niveau de risque dit « faible), ou même moins de 10 (niveau de risque dit « moyen ») ou 5 (niveau de risque dit « élevé »), actuellement non couverts, même dans les groupes désignés prioritaires en vertu de la LSST.

Malgré tout, au total, il resterait environ 20% des travailleur.ses qui ne seraient pas couverts par un mécanisme de représentation (CSS ou RSS). Or, comme on l'a mentionné précédemment, il est reconnu que les travailleur.ses des petits établissements sont soumis à des niveaux de risque plus élevés¹³³. Cette situation représente un défi pour tous les régimes de prévention, et certains, parmi les plus performants¹³⁴, ont mis en œuvre des mécanismes spécifiques qui permettent leur

¹³² MTESS (2020), op. cit.

¹³³ Champoux, D., Prud'homme, P. (2017) Analyse comparative du contexte de travail et portrait statistique des problèmes de santé et sécurité au travail en fonction de la taille des entreprises, Rapport de recherche R-986. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-986.pdf?v=2020-12-14>

¹³⁴ Hämäläinen, P., Takala, J., & Saarela, K. L. (2006). Global estimates of occupational accidents. *Safety science*, 44(2), 137-156.

couverture. Nous nous permettrons de citer un extrait du mémoire déposé en 2011 par certaines des signataires du présent mémoire.

« L'une des initiatives reconnues comme les plus efficaces pour favoriser la prévention dans les petites entreprises est celle des représentants régionaux en SST en Suède¹³⁵. Il s'agit d'une exigence établie depuis longtemps maintenant (1974). La grande majorité des petites entreprises de ce pays, y compris celles sans syndicat ou sans CSS, sont ainsi couvertes par cette disposition. Les représentants régionaux sont nommés par une organisation syndicale. Leurs principales responsabilités consistent à inspecter et vérifier les conditions de SST, demander les modifications jugées nécessaires, promouvoir la participation des employés et la formation de représentants locaux et soutenir la gestion systématique de la SST dans les entreprises. L'approche permet de pallier l'effet des ressources limitées dans les petits établissements; le partage d'idées et de ressources rend possible la réalisation de diverses activités en prévention. Dans la très grande majorité des cas, la relation des représentants avec les employeurs est basée sur le dialogue et s'avère très rarement conflictuelle. L'action des représentants régionaux est reconnue par divers observateurs, dont des représentants d'employeurs, comme ayant une contribution majeure à l'amélioration de l'environnement de travail et de ce fait à la réduction des lésions professionnelles¹³⁶. L'évaluation d'un projet pilote de représentants itinérants dans le secteur de l'agriculture au Royaume-Uni a démontré la faisabilité de l'implantation de ce dispositif. De plus, des améliorations réelles ont été observées à la suite des visites de ces représentants au sein des fermes participantes, notamment sur le plan des mesures concrètes, des habiletés, des attitudes et des compétences en gestion de la SST.¹³⁷ Des formules de représentants régionaux des travailleurs en matière de SST existent également en Norvège et en Italie et démontrent aussi des effets positifs¹³⁸. »

Il est reconnu, au plan international, que la présence syndicale facilite l'exercice de leurs droits par les travailleur.ses, et qu'elle permet par exemple de rendre plus actifs les CSS¹³⁹. Les représentants des travailleur.ses en matière de santé et de sécurité, dans les milieux non

¹³⁵ Walters, D. (2002). Working safely in small enterprises in Europe: Towards a sustainable system for worker participation and representation. Bruxelles, Belgique: Confédération européenne des syndicats (ETUC).

¹³⁶ Frick, K., & Walters, D. R. (1998). Worker representation on health and safety in small enterprises: Lessons from a Swedish approach. *International Labour Review*, 137(3), 367-389.

¹³⁷ Knowles, D. (2006). Measuring the effect of health and safety advisors and roving safety representatives in agriculture (Rapport no. RR417). Sudbury, Royaume-Uni: HSE Books.

¹³⁸ Walters, D. (2006). One step forward, two steps back: Worker representation and health and safety in the United Kingdom. *International Journal of Health Services*, 36(1), 87-111.

¹³⁹ Baril-Gingras, G., & Dubois-Ouellet, S. (2018). Framing, Resources and Repertoire of Local Trade Union Action for Health and Safety: A Study Conducted with a Quebec Central Labour Body. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 73(3), 429-460.

Morantz, Alison D. (2009) "The Elusive Union Safety Effect: Towards a New Empirical Research Agenda". Proceedings of the 61st Annual Meeting of the Labor and Employment Relations Association (San Francisco, Jan. 3-5, 2009). Champaign, IL: Labor and Employment Relations Association, p. 130-146.

syndiqués, sont moins susceptibles de développer des pratiques ayant de tels effets sur le plan de la prévention. C'est pourquoi le réseau destiné aux travailleur.ses des petits établissements pourrait également être destiné à ceux des établissements non syndiqués. Alors que dans le secteur privé, le taux de présence syndicale pour les femmes était seulement de 17,5% et de 29,1% pour les hommes¹⁴⁰, il importe de mettre en œuvre des moyens pour qu'ils et elles disposent d'une représentation effective. Ni les ASP ni le RSPSAT ne peuvent pallier ce besoin spécifique.

2.4.2 Les mécanismes multi-établissements qui affaiblissent la représentation des travailleur.ses

La possibilité pour l'employeur de choisir de mettre en place un *comité de santé et de sécurité multi-établissement* nuirait à la capacité de véritablement représenter les travailleur.ses, et à celle des *représentants en santé et sécurité* à bien connaître à la fois les travailleur.ses qu'ils représentent, et les particularités de leurs situations de travail. Ultimement, cela nuirait à la qualité de l'identification des risques, et à l'adaptation des mesures préventives.

Divers résultats de recherches indiquent l'importance de la proximité des membres des CSS avec ceux et celles qu'ils représentent, pour l'efficacité de celui-ci. Ainsi, l'appui des travailleur.ses au comité est entre autres influencé par l'information qu'ils reçoivent sur celui-ci, par la décentralisation de la gestion de la prévention et par le degré de développement du programme de prévention¹⁴¹. De même, on observe une relation entre la densité de la représentation (nombre de représentants par 100 travailleur.ses) et la réduction des lésions indemnisées¹⁴².

2.4.3 Le comité de SST

Les CSS sont des mécanismes nécessaires, mais dont l'efficacité n'est pas automatique¹⁴³. Leur efficacité repose sur un ensemble de conditions, dont la perception du soutien de la direction, ce qui se manifeste par la formation, l'accès à de l'information et des ressources; le comité ne sera pas perçu efficace par les représentants des travailleur.ses s'ils ne disposent pas du temps adéquat pour réaliser des enquêtes, faire des suivis, et mettre en œuvre les recommandations¹⁴⁴.

¹⁴⁰ Labrosse, A. (2020) La présence syndicale au Québec et au Canada en 2019 » Direction de l'information sur le travail, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Québec.

¹⁴¹ Simard, M., Marchand, A., 1997, La participation des travailleurs à la prévention des accidents du travail : formes, efficacité et déterminants, Rapport R-154, Série Études et Recherches, IRSST, Montréal, 40 p.

¹⁴² Shannon, H., Walters, V., Lewchuk, W., Richardson, J., Verma, D., Haines, T., Moran, L.A. (1992) Health and Safety Approaches in the Workplace: A Report Prepared by the Interdisciplinary Health and Safety Research Group of McMaster University in Hamilton, Ontario. Toronto: Industrial Accident Prevention Association.

¹⁴³ Yassi, A., Lockhart, K., Sykes, M., Buck, B., Stime, B., Spiegel, J.M. (2013) "Effectiveness of Joint Health and Safety Committees: A Realist Review". American Journal of Industrial Medicine, 56 (4), 424-438.

¹⁴⁴ Ibid.

L'appui au CSS, facteur clé pour son efficacité, pourrait être réduit si, comme le prévoit actuellement le PL 59, il revient à l'employeur seul de fixer la fréquence des réunions du comité et de ce fait, la fréquence des périodes de temps de libération pour le *représentant en santé et sécurité*.

Quant à la formation, nous réitérons la recommandation formulée en 2011 à l'effet que la plus grande part de celle-ci devrait porter sur les risques et les moyens de prévention, plutôt qu'essentiellement sur le fonctionnement du comité. Ce genre de formation est favorable à l'engagement dans l'action, de même que la référence à l'analyse de l'activité réelle de travail proposée par l'ergonomie¹⁴⁵, propice à la mise en évidence des savoir-faire de prudence et des connaissances des travailleur.ses sur les risques et leurs solutions.

2.4.4 Les représentant.es en santé et sécurité

Le PL 59 reconduit la formule adoptée par la LSST, à savoir la combinaison entre un CSS et la présence d'un représentant désigné par les travailleur.ses, membre de ce comité (actuellement appelé le *représentant à la prévention*). Le Projet de loi étend la couverture des nouveaux *représentants en santé et en sécurité* à de plus petits établissements, ne disposant pas de CSS, et en fait aussi une obligation. Ces représentants disposeront de temps de libération, en fonction non seulement de la taille de l'établissement, mais aussi d'un nouveau critère, soit le « niveau de risque ».

Nous avons déjà souligné l'intérêt de cette extension aux petits établissements, tout en indiquant les limites possibles en milieu non syndiqué. En nous appuyant sur les travaux des membres de l'Équipe SAGE, ainsi que sur les études existantes sur le rôle de ces représentants, tant au Québec qu'au plan international, c'est sur le temps de libération qui leur est alloué que nous formulons une préoccupation.

Selon le PL 59, le nombre d'heures de libération devra varier en fonction à la fois du « niveau de risque » et de la fréquence à laquelle l'employeur choisit, seul, de tenir les réunions du CSS, et sont définies à l'*Annexe 2* du projet de *Règlement sur les mécanismes de prévention* (p. 105, PL 59). À titre d'exemple, pour un établissement à risque dit « faible », de 20 à 50 travailleur.ses, si les réunions du comité sont fixées aux six (6) mois, le représentant disposera de 0,5 heure par semaine, mais si elles ont lieu aux trois (3) mois, ce temps sera réduit à 0,5 heure par semaine. Si le milieu de travail est jugé à risque « élevé », les réunions devront minimalement avoir lieu aux trois (3) mois, pour 2,25 heures de libération, et si elles ont lieu chaque mois, le représentant disposera de 1,5 heure par semaine.

Les heures de libération du *représentant en santé et en sécurité* prévues par le PL 59 (en présence d'un *comité*) sont ainsi réduites par rapport à celles prévues à l'actuel *Règlement sur le représentant à la prévention*, qui s'applique dans les secteurs déjà désignés prioritaires, et ce

¹⁴⁵ Teiger, C., Lacomblez, M., Teiger, C., & Lacomblez, M. (2013). (Se) former pour transformer le travail : dynamiques de constructions d'une analyse critique du travail (Collection Santé et sécurité au travail). Presses de l'Université Laval.

même pour les établissements à risque dit « élevé » : nous avons estimé que cela correspondait à environ 70 ou 75% du temps actuellement prévu. Les heures de libération apparaissent limitées pour les établissements dont le niveau de risque est dit « faible » ou « moyen », en particulier si on envisage les fonctions dévolues aux RSS par le PL 59, et que l'on considère que ce dernier vise explicitement la prévention des risques dits « ergonomiques », des « RPS » et de la violence, en plus de tous les autres risques d'atteinte à l'intégrité physique et psychologique des travailleurs. L'expérience de plusieurs membres de l'Équipe SAGE, à titre de chercheuses impliquées dans des interventions préventives sur le terrain, suggère que ce nombre d'heures limité n'est pas favorable à une évaluation adéquate des risques, en particulier des risques de TMS et des facteurs organisationnels et psychosociaux, et encore moins à leur prévention (voir notamment la section 2.2.4).

Pour comprendre l'importance du temps comme ressource pour les RSS, il faut revenir sur le potentiel que représentent ces acteur.trices en matière de prévention. Ainsi, au plan international, le rôle positif en prévention des représentants des travailleurs en santé et en sécurité (RTSST) est solidement établi par un grand nombre d'études¹⁴⁶. Ils offrent un grand potentiel en matière de prévention¹⁴⁷. Cependant, pour que ce potentiel puisse se réaliser, les RTSST doivent disposer de ressources. Diverses études internationales et québécoises font état de l'accès à du temps de libération comme l'un des facteurs clés de l'efficacité de la représentation des travailleur.ses en prévention¹⁴⁸, comme on le verra maintenant.

Une enquête menée auprès de RTSST en Ontario¹⁴⁹ indique que le temps qu'ils consacrent à leurs fonctions en prévention varie avec la taille du lieu de travail. Cependant ces représentants y consacrent non seulement du temps rémunéré, mais aussi du temps personnel, afin de rechercher de l'information, documenter les solutions possibles, y compris auprès d'autres établissements, etc. Or, plus ces représentants disposent de temps dédié à leurs fonctions, durant leurs heures de travail, plus ils y consacrent aussi du temps non rémunéré. L'enquête européenne ESENER observe le même phénomène¹⁵⁰. Or, l'étude ontarienne a établi que le profil des représentants les plus efficaces pour trouver des solutions et réussir à implanter des changements

¹⁴⁶ Pelchat, C. (2018). Les pratiques des représentants des travailleurs en santé en sécurité du travail : leviers et obstacles, effets perçus et rôle de la formation syndicale : portrait et étapes préparatoires à la construction d'un questionnaire. Mémoire de maîtrise en relations industrielles, Université Laval.

¹⁴⁷ Baril-Gingras et Dubois-Ouellet (2018), op.cit.

¹⁴⁸ Walters, D., Nichols, T., Connor, J., Tasiran, A., & Cam, S. (2005). The role and effectiveness of safety representatives in influencing workplace health and safety. UK: Health and Safety Executive, Research Report 363.

Baril-Gingras et Dubois-Ouellet (2018), op.cit.

Pelchat (2018), op.cit.

¹⁴⁹ Hall, A., Oudyk, J., King, A., Naqvi, S., & Lewchuk, W. (2016). Identifying knowledge activism in worker health and safety representation: A cluster analysis. *American journal of industrial medicine*, 59(1), 42-56.

¹⁵⁰ Walters, D., & Wadsworth, E. (2016). Worker participation in the management of occupational safety and health: qualitative evidence from the second European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER-2)

était aussi celui qui disposait du plus de temps de libération, et qui y consacrait le plus de temps en dehors des heures payées. Encore une fois, l'étude européenne fait un constat similaire : les représentants disposant de temps rémunéré sont plus actifs pour générer des changements en matière de prévention. La synthèse des connaissances réalisées par Pelchat (2018) mentionne une série d'études internationales (Australie, Québec, Espagne, Ontario, Royaume-Uni, Europe) allant dans le même sens :

« De plus, plusieurs études recensées (Blewett & Dorrian, 2011, pp. 56-57; Brun & Loiselle, 2002, p. 530; García et al., 2007, p. 48 et 53; Hall et al., 2016, p. 47; James & Kyprianou, 2000, p. 56; Walters & Wadsworth, 2016, p. 94) rapportent que la rémunération des heures travaillées en santé et sécurité du travail augmente la crédibilité, la reconnaissance ou l'efficacité du rôle du RTSST auprès du milieu de travail ou encore la satisfaction des attentes du RTSST envers ce rôle. »¹⁵¹

Dans deux études menées au Québec, l'une sur la base d'entrevues et d'études de cas¹⁵², l'autre sur la base de groupes de discussion focalisés¹⁵³, il ressort que le temps est l'une des ressources jugées les plus utiles par les RTSST, et celle qui fait le plus fréquemment l'objet de souhaits, pour améliorer leur action en prévention. Dans les deux cas, le roulement parfois élevé parmi ces représentants est attribué à l'écart entre l'ampleur de la tâche et le temps disponible. Certains nouveaux abandonnent devant le manque de temps, alors que de plus anciens quittent après plusieurs années pour les mêmes raisons.

2.4.5 Recommandations

RECOMMANDATION 18

Réaliser des consultations visant la mise en place d'un dispositif afin de soutenir la participation et la représentation des travailleur.ses des petits établissements et des établissements non syndiqués; ce dispositif devrait être encadré légalement et doté d'un conseil d'administration composé de représentants d'associations de travailleur.ses non syndiqués. La conception de ce dispositif pourrait être inspirée des réseaux de représentant.es itinérants existants dans d'autres juridictions et devrait tenir compte de l'état des connaissances au plan international.

RECOMMANDATION 19

Demander à la CNESST de mettre en place un service d'information et d'accompagnement destiné aux travailleur.ses non syndiqués, tant en matière de prévention que d'indemnisation. Cette proposition fait écho à la recommandation 40 (voir section 3.1).

¹⁵¹ Pelchat (2018) p. 58

¹⁵² Dubois-Ouellet, S. P.(2017). Comment les syndicats locaux agissent-ils de manière significative sur les conditions de travail et d'emploi qui influencent la santé et la sécurité du travail? : le point de vue d'élus nationaux et sectoriels et de conseillers d'une centrale syndicale québécoise, Mémoire de maîtrise en relations industrielle, Université Laval.

¹⁵³ Pelchat (2018), op. cit.

RECOMMANDATION 20

Ne pas lier la décision d'établir un CSS multi-établissement à l'existence d'un programme de prévention multi-établissement; que cette possibilité puisse être retenue pour les établissements syndiqués uniquement, après accord entre les parties sur les établissements couverts par le comité multi-établissement.

RECOMMANDATION 21

Prévoir, dans le *Règlement sur les mécanismes de prévention*, la fréquence minimale des rencontres des CSS, et la possibilité pour les parties de convenir d'une fréquence plus élevée.

Intégrer des connaissances sur les risques, leur identification, les mesures de prévention et les manières d'en assurer l'implantation et le maintien dans la formation destinée aux membres des comités de santé et de sécurité. L'analyse de l'activité réelle de travail proposée par l'ergonomie doit être intégrée à cette formation, de même qu'une sensibilisation aux risques présents dans les emplois à prédominance féminine.

Doter les membres ainsi formés de pouvoirs étendus, s'inspirant des dispositions existant en Ontario et en Suède (droit de faire cesser un travail dangereux) et dans l'État de Victoria en Australie (droit d'émettre un « avis d'amélioration provisoire » à l'employeur et aux collègues).

RECOMMANDATION 22

Rehausser le nombre d'heures de libération minimales prévues pour le RSS au niveau actuellement établi par le *Règlement sur le représentant à la prévention*, pour tous les établissements où doit être désigné un RSS.

2.5 Le programme *Pour une maternité sans danger*

Nous exposons dans les paragraphes qui suivent des constats et recommandations concernant les modifications proposées dans le PL 59 sur le droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Plusieurs éléments présentés dans les paragraphes qui suivent sont détaillés dans le mémoire présenté par la professeure Anne Renée Gravel¹⁵⁴ également signataire du présent mémoire.

Le droit de retrait préventif est en application depuis plus d'une quarantaine d'années dans les milieux de travail. Cette longue expérience a contribué à améliorer les connaissances sur les risques liés au travail durant la grossesse ainsi qu'à institutionnaliser certaines pratiques d'affectation permettant d'assurer tant la santé de la travailleuse que du fœtus¹⁵⁵.

¹⁵⁴ Gravel, Anne Renée (2020). *Mémoire sur le projet de loi n° 59. Droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite*. Présenté à la Commission de l'économie et du travail de l'Assemblée nationale. Vous trouverez ce mémoire sur le site de l'Équipe SAGE : <http://sage.ugo.ca/>.

¹⁵⁵ Malenfant, Romaine, Gravel, Anne Renée, Laplante, Normand & Plante, Robert. (2011). (réédité en 2015). « Grossesse et travail: au-delà des facteurs de risque pour la santé ». *Revue multidisciplinaire sur l'emploi, le syndicalisme et le travail*, vol. 6, no 2, pp. 50-72. Cet article est réédité dans le livre *Fondements et étapes du processus de recherche. Méthodes quantitatives et qualitatives*. 3e édition, TC Média livre, aux éditions Chenelière Éducation, sous la direction de Marie-Fabienne Fortin et Johanne Gagnon.

En nous appuyant sur les travaux des membres de l'Équipe SAGE, ainsi que sur les études existantes sur le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite, nos préoccupations sont à l'effet que les modifications proposées par le PL 59 :

- attribuent une place prépondérante aux protocoles permettant d'identifier les dangers et les conditions d'emploi des travailleuses enceintes ou qui allaitent (modification proposée à l'article 40 et 48);
- réduisent le rôle et l'autonomie du médecin traitant (modifications proposées aux 37, 40, 42, et 51 de la LSST);
- limitent le recours à la consultation auprès des médecins et de tout autre expert du réseau de la santé publique en santé au travail (RSPSAT) (modification proposée à l'article 48 de la LSST).

Ces modifications pourraient réduire la capacité des travailleuses enceintes ou qui allaitent à éliminer les dangers que comporte leur travail pour leur santé et celle de leur fœtus ou de leur bébé.

2.5.1 Les protocoles proposés dans le PL 59 pour identifier les dangers et les conditions d'emploi durant la grossesse et l'allaitement

Le PL 59 comporte une proposition d'ajout, à l'article 40.1, une prise de décision basée sur des protocoles centralisés à la CNESST. Ces protocoles identifieraient les dangers et les conditions d'emploi durant la grossesse et l'allaitement. Il est peu probable que ces protocoles permettent de prendre en compte la situation de travail réelle de la travailleuse en lien avec son état de grossesse ou de son allaitement. Conséquemment, ce recours obligatoire aux protocoles pourrait ne pas permettre à la travailleuse enceinte ou qui allaite à se prévaloir de son droit de retrait préventif dans la situation où le danger ne serait pas identifié dans un protocole. La non-reconnaissance de certains dangers pourrait maintenir la travailleuse enceinte ou qui allaite dans des conditions de travail pouvant nuire à sa santé et au développement de son fœtus ou bébé. En effet, les dangers liés au travail durant la grossesse restent peu connus, en particulier en ce qui a trait aux agresseurs ergonomiques. En outre, le travail des femmes comporte des dimensions relationnelles importantes, notamment associées aux demandes associées à l'offre d'une réponse rapide et efficace pour répondre aux besoins d'usagers ou de clients. Ces réalités du travail trop peu documentées ne sont pas sans impact sur la santé. Il va de soi que cette méconnaissance du travail réel et de ses contraintes affecte la reconnaissance des risques liés au travail durant la grossesse¹⁵⁶. Les risques durant l'allaitement restent également peu connus et méritent d'être mieux documentés.

En somme, l'état actuel des connaissances n'est pas suffisant pour alimenter efficacement ces protocoles de manière à assurer une protection efficace à la travailleuse enceinte ou qui allaite. Un corpus pour documenter les effets des conditions de travail sur la grossesse et la santé des femmes ainsi que plus globalement sur la santé reproductive reste à développer¹⁵⁷. Pourtant, les

¹⁵⁶ Malenfant et coll. 2011, op. cit.

¹⁵⁷ Messing, Karen. (2014). *Pain and Prejudice. What Science Can Learn about Work from the People Who Do it.* Between the Lines. Science & Technology / Labour / Health.

chercheur.ses qui s'intéressent à ces sujets demandent depuis longtemps une meilleure reconnaissance de la recherche indépendante et espèrent obtenir un financement adéquat en ce sens. Ce constat pourrait également s'étendre aux protocoles. Est-il réaliste, dans un contexte de financement basé sur la réduction des coûts en SST, particulièrement en prévention^{158, 159}, de croire que les protocoles suggérés dans le PL 59 permettront de rendre compte de la situation réelle et actuelle au travail? Il faut donc éviter d'instaurer une prise de décision basée sur des protocoles centralisés, car nous savons qu'ils ne pourront pas prendre en compte la situation de travail réelle de la travailleuse en lien avec son état de grossesse ou de son allaitement.

2.5.2 Les acteur.trices clés impliqués dans l'exercice du droit de retrait préventif

Plusieurs acteur.trices clés permettent à la travailleuse d'agir sur les conditions de travail qu'elles jugent dangereuses pour sa santé et sécurité en raison de l'état de grossesse ou d'allaitement. Le médecin traitant et les experts du RSPSAT viennent en aide à la travailleuse enceinte ou qui allaite. Sur ce plan, le PL 59 comporte des lacunes importantes. En raison de l'ajout de ces protocoles, nous constatons une réduction de l'autonomie des médecins traitants dans l'identification des dangers et la détermination des conditions de travail durant la grossesse et l'allaitement. Pourtant, la loi actuelle lui reconnaît une compétence particulière en cette matière. En effet, lorsque les travailleuses décident de se prévaloir de leur droit de retrait préventif et qu'elles initient une demande en ce sens, elles ont l'habitude de se tourner vers leur médecin traitant pour discuter des risques liés à l'exercice de leur travail et pour établir les dangers en fonction des tâches effectuées et de leur condition (grossesse ou allaitement)¹⁶⁰.

Avec le temps, une forme de collaboration avec le médecin traitant ainsi qu'avec les membres des équipes du réseau de santé publique en santé au travail (infirmières ou médecins) s'est instaurée pour l'identification des dangers¹⁶¹. Les acteur.trices impliqués (la travailleuse enceinte, le

¹⁵⁸ Dans son audit de performance en matière de prévention en santé et en sécurité du travail, la Vérificatrice générale du Québec (2019) note que des ressources humaines et financières devraient être plus directement attribuées spécifiquement à la prévention, dont au réseau de santé publique en santé au travail.

¹⁵⁹ Vérificatrice générale du Québec (2019). Audit de performance. Prévention en santé et en sécurité du travail (Chapitre 3). *Rapport de la Vérificatrice générale du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2019-2020. Rapport du commissaire au développement durable Mai 2019.* https://www.vgg.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-cdd/2019-2020-CDD-mai2019/fr_Rapport2019-2020-CDD-mai2019-Chap03.pdf

¹⁶⁰ Malenfant, Romaine, Gravel, Anne Renée, Laplante, Normand, Jetté, Mylène, St-Amour, Christine & Plante, Robert. (2009). *La conciliation du travail et de la grossesse : la transition vers le maintien au travail dans la gestion du risque pour la santé*, Document de recherche 2009-03, Gatineau, Université du Québec en Outaouais.

¹⁶¹ Sultan-Taïeb, Hélène & Poulin, Maurice. (2012). *Projet optimisation du programme "Pour une maternité sans danger" : évaluation organisationnelle et économique des processus de traitement des demandes des travailleuses enceintes*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec. <http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INSPQ/9782550666042.pdf>

médecin traitant et les membres des équipes de santé publique) s'entendent afin d'émettre un certificat identifiant les conditions de travail qui comportent un danger pour leur santé et sécurité en raison de l'état de grossesse et pour la santé du fœtus ou du bébé allaité.

Les équipes du RSPSAT contribuent à offrir un soutien aux travailleuses enceintes depuis l'entrée en vigueur du droit de retrait préventif. Cependant, le PL 59 risque de réduire la portée de ce soutien puisqu'il ajoute des paliers d'intervention, dont le rôle décisionnel de la CNESST. En plus d'imposer des protocoles, le projet de loi modifie l'article 46 de la LSST, car il précise que le certificat médical doit être attesté par la CNESST. Ainsi, ce serait la CNESST qui attesterait que les conditions de travail de la travailleuse comportent des dangers. Sur ce plan, on ne peut que constater un recul tant pour le médecin traitant que pour le médecin expert en santé au travail ainsi que, plus généralement, pour les équipes du RSPSAT. Avec la modification proposée aux articles 37, 40, 42, et 51, le PL 59 permet également à d'autres médecins de procéder à ces consultations. Les modifications proposées risquent de changer les pratiques et la dynamique déjà bien établie dans le cadre du Programme pour une maternité sans danger (PMSD). De plus, une période d'ajustement pourrait entraîner des effets négatifs à court et moyen termes pour la santé et la sécurité des travailleuses enceintes (fœtus) et des travailleuses qui allaitent (bébés). Ajoutons que puisque le médecin chargé de la santé au travail n'est pas clairement identifié, il y a un risque d'entraîner un glissement qui aurait pour résultat d'avantager l'employeur, au détriment de l'intérêt des travailleuses enceintes ou qui allaitent. L'autonomie du médecin traitant et la consultation d'un.e médecin de l'équipe de santé publique en santé au travail assurent une meilleure participation et parité.

En somme, une approche ayant pour résultat d'entraver cette nécessaire collaboration qui existe sur le terrain réduit la protection de la santé de la travailleuse enceinte ou qui allaite en plus de contrevenir aux principes participatifs et paritaires recherchés par la LSST. Dans cette perspective, il est préférable de conserver la structure actuelle et d'investir dans les équipes du RSPSAT déjà actives sur le terrain. Il faut également s'assurer de la multidisciplinarité de ces équipes, car nous avons souligné précédemment que les risques liés au travail durant la grossesse et l'allaitement, particulièrement les risques dits ergonomiques, sont peu connus et que cela a un impact sur la reconnaissance même du risque^{162,163}. Un réinvestissement dans ces équipes et dans la prévention des risques permettrait de répondre aux préoccupations de la Vérificatrice générale

Gravel, Anne Renée. 2017. *L'analyse des rapports sociaux de sexe comme voie de renouvellement du champ théorique et pratique des relations industrielles. Étude de l'impact du recours au droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte dans les centres hospitaliers*. Université Laval. Thèse de doctorat, 400 pages.

¹⁶² Sur ce plan, l'apport de l'ergonome est essentiel au sein de ces équipes puisque la démarche ergonomique permet d'accompagner les acteurs en organisation dans un processus permettant d'étudier les personnes en activité de travail et de rechercher des solutions permettant de préserver à la fois la santé et la performance organisationnelle (St-Vincent et coll., 2011).

¹⁶³ Saint-Vincent, Marie., Vézina, Nicole., Bellemare, Marie., Denis, Denys., Ledoux, Élise. & Imbeau, Daniel. (2011). *L'intervention en ergonomie*, Québec, Éditions Multi-Mondes et Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et sécurité du travail (IRSST), 2011, 360 p., ISBN : 978-2-89544-165-6.

qui notait un désinvestissement croissant dans ce type de ressources depuis une dizaine d'années alors que les besoins sont à la hausse ¹⁶⁴.

2.5.3 La gestion du retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite

Il faut retenir que l'application actuelle du droit de retrait préventif offre la possibilité de tenir compte des réalités du travail et des postes puisque la travailleuse est identifiée comme la personne la plus compétente pour identifier les conditions de travail pouvant comporter des dangers. Sur ce plan, la LSST permet à la travailleuse enceinte ou qui allaite de mobiliser différentes ressources lui permettant d'assurer sa santé et sa sécurité au travail. Les travailleuses ont aussi la possibilité de contester les conditions de travail qu'elles jugent à risque pour leur santé et celle de leur fœtus ou bébé¹⁶⁵. Cependant, malgré l'inclusion de la santé des travailleuses enceintes et qui allaitent dans la LSST, sur le terrain, la gestion du retrait préventif est traitée comme une catégorie à part. Il devrait en être autrement pour faciliter la reconnaissance des besoins des travailleuses durant la grossesse ou l'allaitement, mais également pour améliorer la santé et la sécurité du travail dans sa globalité. Nous avons pu répertorier que des pratiques préventives initialement mises en place pour répondre aux besoins de la travailleuse enceinte ont pu s'étendre à tous les travailleur.ses. Par exemple, c'est ce qui a permis aux gestionnaires, dans certains centres hospitaliers, de réaliser que la distribution de seringues à aiguille rétractable pouvait être bénéfique pour tout le personnel soignant¹⁶⁶.

Par ailleurs, puisque la présence d'un risque pour la travailleuse enceinte ou qui allaite peut signaler des risques pour l'ensemble des personnes au travail, ne pas tenir compte de ces risques dans l'évaluation des niveaux de risque sous-estime, en fait, les risques pour les femmes au travail, et pour tout le monde. Pour améliorer la prévention, il faudrait inclure ces risques identifiés lors de l'application du programme de retrait préventif, dans le programme de prévention de l'établissement, et miser sur une approche globale en santé au travail¹⁶⁷. La prévention des risques au travail ne peut se faire sans accorder les ressources suffisantes et le temps nécessaire pour faire l'analyse des risques au travail. En matière de retrait préventif, nous avons pu noter que la réussite du maintien en emploi durant la grossesse reposait sur la présence d'une ressource se dévouant à l'application du droit de retrait préventif en milieu de travail. Cette ressource doit avoir les compétences lui permettant d'agir sur les contraintes ergonomiques et organisationnelles afin de favoriser le maintien en emploi durant la grossesse ou l'allaitement¹⁶⁸.

¹⁶⁴ Rapport de la Vérificatrice général, 2019, op. cit.

¹⁶⁵ Gravel, Anne Renée, Riel, Jessica & Messing, Karen (2017). Protecting Pregnant Workers while Fighting Sexism: Work–Pregnancy Balance and Pregnant Nurses' Resistance in Québec Hospitals. *New Solutions: A Journal of Occupational and Environmental Health Policy*. Nov;27(3):424-437.

¹⁶⁶ Gravel, 2017, op. cit.

¹⁶⁷ Gravel, Anne Renée, Malenfant, Romaine. (2012). Gérer les risques liés au travail durant la grossesse. Vers un nouveau modèle de gestion de la santé et sécurité des travailleuses enceintes. *Pistes*, vol 14, no. 2, <http://pistes.revues.org/2578>

¹⁶⁸ Gravel et Malenfant (2012, op. cit.) notent qu'un modèle de gestion de la santé et sécurité orienté en ce sens encourage une approche participative des acteurs et actrices concernés dans l'élaboration d'un plan

De plus, les travaux réalisés par l'INSPQ ont souligné le fait que cette réaffectation des travailleuses enceintes à des postes non dangereux pour leur santé et celle de l'enfant à naître permettait de faire des économies substantielles en termes d'indemnisation¹⁶⁹. Ces économies sont réalisées lorsqu'un soutien à la réaffectation est apporté aux employeurs de façon décentralisée, tenant compte des spécificités de l'environnement de travail de l'entreprise.

2.5.4 Recommandations

RECOMMANDATION 23

Retirer la prise de décision basée sur les protocoles, car ils ne pourront prendre en compte la situation de travail réelle de la travailleuse en lien avec son état de grossesse ou de son allaitement.

RECOMMANDATION 24

Accorder un financement adéquat à la recherche indépendante, ainsi qu'aux équipes du RSPSAT, sur la relation travail-grossesse-santé.

RECOMMANDATION 25

Assurer la multidisciplinarité des équipes du RSPSAT afin qu'elles puissent jouer un rôle efficace pour assurer la santé et la sécurité des travailleuses enceintes ou qui allaitent.

RECOMMANDATION 26

Assurer l'autonomie décisionnelle des médecins traitants dans la détermination des dangers et des conditions d'emploi durant la grossesse et l'allaitement puisqu'ils ont l'expertise en cette matière et puisque leur rôle assure la parité et la participation des travailleuses comme le recommande la LSST.

RECOMMANDATION 27

Conserver le rôle central des directions de santé publique dans la détermination des risques et des dangers. Précisons que les équipes de santé au travail possèdent déjà l'expertise pour faire ce travail d'évaluation des risques pour la grossesse et l'allaitement.

RECOMMANDATION 28

Intégrer le droit de retrait préventif dans un plan d'intervention global en santé au travail.

RECOMMANDATION 29

Inclure dans le *programme de prévention* : (1) les risques pour la travailleuse enceinte ou qui allaite et de son enfant à naître ou allaité; et (2) les réaménagements de tâches ou des postes de réaffectation de manière à aller au-delà du traitement au cas par cas.

d'affectation, prend en compte l'écart entre le travail prescrit ou réel et assure un suivi systématique ainsi qu'une rétroaction après la mise en place d'un plan d'action en matière d'affectation.

¹⁶⁹ Sultan-Taïeb H, Poulin M (2012) « Projet optimisation du programme Pour une Maternité Sans Danger : évaluation organisationnelle et économique des processus de traitement des demandes des travailleuses enceintes », publication de l'Institut National de Santé Publique du Québec, Octobre.

<https://www.inspq.qc.ca/publications/1581>

RECOMMANDATION 30

Offrir des incitatifs financiers permettant d’implanter en milieu de travail une approche préventive et proactive de la gestion de la SST durant la grossesse.

2.6 Les travailleur.ses d’agences de placement de personnel

Les travailleur.ses d’agences de placement de personnel sont actuellement mal protégés par la LSST en raison, notamment, des effets de l’encadrement flou des relations de travail multipartites impliquant une entreprise cliente et une agence. Comme l’a révélé la pandémie de COVID-19, les travailleur.ses peinent à déterminer qui, entre l’agence et l’entreprise cliente, est responsable de fournir l’équipement de protection individuelle et former et informer ces travailleur.ses sur les risques présents dans l’entreprise cliente.

À cet effet, nous saluons l’inclusion de ces travailleur.ses dans le calcul de la taille de l’établissement dans le PL 59. Toutefois, nous considérons que cette mesure n’est pas suffisante. En nous appuyant sur les travaux des membres de l’Équipe SAGE, ainsi que sur les études existantes sur les travailleur.ses d’agences de placement de personnel au Québec, nous émettons une préoccupation au sujet de la protection effective de ces travailleur.ses par le régime québécois de SST. C’est pourquoi il nous apparaît nécessaire que les entreprises clientes soient soumises aux mêmes obligations envers les travailleur.ses d’agences qu’envers leurs propres travailleur.ses.

D’ailleurs, Laflamme et Bernier (2013, p.367)¹⁷⁰ soulignent :

« [...] en cette époque où les entreprises recherchent une flexibilité numérique et fonctionnelle de plus en plus grande, notamment par le recours à l’emploi atypique, qui rejoint largement plus du tiers de la population active, il apparaît qu’**un principe de base devrait guider toute démarche de modification législative, soit celui de l’égalité de traitement sans égard au statut d’emploi.** »

En ce sens, nous pensons qu’il importe d’atteindre **deux objectifs** afin que ces travailleur.ses soient mieux protégés par le régime québécois de santé et sécurité du travail :

1. S’assurer que les travailleur.ses d’agences s’insérant dans une relation de travail multipartite entre une agence de placement de personnel et une entreprise cliente soient mieux protégés. Cette finalité sera mieux réalisée par une responsabilisation plus soutenue de l’entreprise cliente en matière de prévention des risques.
2. S’assurer de sanctionner les agences qui ne s’acquittent pas de leurs obligations en tant qu’employeur

¹⁷⁰ Laflamme, A. et J. Bernier. 2013. Les mutations dans les formes d’emploi et la protection des travailleurs. Dans S. Montreuil, P.-S. Fournier et G. Baril-Gingras, *L’intervention en santé et en sécurité du travail – Pour agir en prévention dans les milieux de travail* (chapitre 11, p. 347-370). Québec : Presses de l’Université du Québec.

(ici, compte tenu du *Règlement sur les agences de placement de personnel et les agences de recrutement de travailleurs étrangers temporaires*¹⁷¹, il s'agirait pour la CNESST de ne pas renouveler leur permis d'exploitation).

2.6.1 Recommandations

Nous présentons nos recommandations en fonction des deux objectifs visés ci-haut.

1. Afin d'assurer une protection accrue des travailleur.ses d'agence, nos recommandations sont de:

RECOMMANDATION 31

Rendre explicite l'interdiction d'un transfert contractuel de responsabilité entre l'entreprise cliente et l'agence quant aux obligations prévues par la LSST.

Modification proposée après l'art. 4 :

4.1 Une obligation prévue par la présente loi ne peut être transférée à une autre personne.

Tout employeur et toute personne qui, sans être un employeur utilise les services d'un travailleur aux fins de son établissement, est tenu aux obligations prévues par la présente loi selon sa capacité de gestion effective des risques pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs ou selon la capacité de gestion effective de tels risques qu'il aurait eues, n'eût été d'une entente ou un arrangement visant à limiter ou à réduire cette capacité.

Une telle modification est inspirée de la législation type en matière de santé et de sécurité du travail de l'Australie.¹⁷² Elle codifie le critère de la gestion effective adoptée par la jurisprudence québécoise dans l'affaire *Olymel* pour déterminer à qui sont imputables les obligations de l'employeur dans un contexte de relations triangulaires.¹⁷³ Par ailleurs, la modification proposée limite la possibilité de répartir contractuellement de telles obligations autrement qu'en suivant la capacité d'intervention directe sur les risques pour la santé et la sécurité des travailleur.ses.

RECOMMANDATION 32

Reconnaître une obligation pour l'entreprise cliente d'aviser la CNESST lorsqu'un.e travailleur.se d'agences subit une lésion professionnelle alors que l'entreprise cliente louait ses services.

¹⁷¹ *Règlement sur les agences de placement de personnel et les agences de recrutement de travailleurs étrangers temporaires*, RLRQ, chapitre N-1.1, r. 0.1 (ci-après « Règlement sur les agences »).

¹⁷² Voir notamment les articles 14 et 16 du WORK HEALTH AND SAFETY ACT 2011 - As at 22 September 2020 - Act 18 of 2011: http://www6.austlii.edu.au/cgi-in/viewdb/au/legis/qld/consol_act/whasa2011218/

¹⁷³ *Olymel et Hamel St-Hilaire*, 2013 QCCLP 6838.

Les entreprises clientes devraient avoir une obligation d'aviser la CNESST de toute lésion professionnelle survenue à un.e travailleur.se dont elles louent les services, et ce, tel que préconisé par la littérature scientifique à ce sujet.¹⁷⁴

Une telle obligation permettrait l'arrimage avec un *programme de prévention* ciblé pour les travailleur.ses d'agences et faciliterait grandement la mise en œuvre du *Règlement sur les agences* que la CNESST est chargée d'appliquer.

RECOMMANDATION 33

Prévoir une extension de certaines obligations de l'employeur prévues à la LSST à toutes les personnes qui exécutent des travaux sur un lieu de travail et à qui un employeur permet l'accès. À cet effet, nous suggérons que soit ajouté :

51.3 Tout employeur ou toute personne qui, sans être un employeur, utilise les services d'un travailleur aux fins de son établissement doit notamment :

1. Fournir le matériel, l'équipement, les dispositifs et les vêtements de sécurité réglementaires à toute personne à qui il permet l'accès du lieu de travail pour exécuter un travail ;
2. Veiller à ce que toute personne admise dans le lieu de travail pour exécuter un travail connaisse et utilise selon les modalités réglementaires le matériel, l'équipement, les dispositifs et les vêtements de sécurité réglementaires.
3. Porter à l'attention de toute personne admise dans le lieu de travail pour exécuter un travail les risques connus ou prévisibles auxquels sa santé et sa sécurité peuvent être exposées.

Cette disposition est largement inspirée des art. 125 (l), (w) et (z.14) du *Code canadien du travail*.

RECOMMANDATION 34

Mandater la CNESST d'identifier les travailleur.ses d'agences comme étant une « clientèle spécifique » à prioriser dans sa planification pluriannuelle en prévention et inspection.

Étant donné la situation de vulnérabilité largement documentée dans laquelle se trouvent les travailleur.ses, une telle priorisation s'inscrit dans la prolongation de l'initiative prise en adoptant le *Règlement sur les agences*.

¹⁷⁴ S. Gravel et al., « Adapter les mesures préventives de santé et de sécurité pour les travailleurs qui cumulent des précarités : les obligations d'équité » (2017) 19(2) PISTES. En ligne : <<https://journals.openedition.org/pistes>>.

2. Concernant le second objectif visant à sanctionner des agences fautives, nos recommandations sont de :

RECOMMANDATION 35

Imputer la responsabilité pénale à l'agence de placement en cas d'infraction de « mise en péril » (art. 239, LSST) (arrimage avec le *Règlement sur les agences*) en ajoutant une disposition à cet effet:

239.1 Dans une poursuite visant la compromission de la santé, la sécurité ou l'intégrité physique d'un travailleur à l'emploi d'une agence de placement de personnel au sens de la Loi sur les normes du travail, la preuve qu'une infraction a été commise par un représentant, un mandataire ou un travailleur à l'emploi d'un employeur qui loue les services de ce travailleur suffit à établir qu'elle a été commise par cette agence de placement de personnel à moins qu'elle n'établisse que cette infraction a été commise à son insu, sans son consentement et malgré les dispositions prises pour prévenir sa commission.

RECOMMANDATION 36

Modifier le *Règlement sur les agences* afin d'assurer que les agences soient imputables en cas de violation à la LSST ou à la LATMP :

11. La personne, société ou autre entité qui satisfait à l'ensemble des conditions prévues à l'article 10 peut toutefois se voir refuser la délivrance d'un permis, par la Commission, pour l'un des motifs suivants:

(2) au cours des 2 années précédant la demande, elle a été condamnée par une décision irrévocable d'un tribunal en matière de discrimination, de harcèlement psychologique ou de représailles, dans le cadre d'un emploi;

(2.1) au cours des 2 années précédant la demande, elle a été reconnue coupable d'une infraction en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail ou la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

[...]

(4) au cours des 2 années précédant la demande, elle a été dirigeante d'une personne morale, société ou autre entité sous le coup d'une ordonnance de séquestre prononcée en vertu de la Loi sur la faillite et l'insolvabilité (L.R.C. 1985, c. B-3) ou d'une ordonnance de mise en liquidation pour cause d'insolvabilité au sens de la Loi sur les liquidations et les restructurations (L.R.C. 1985, c. W-11);

(4.1) au cours des 2 années précédant la demande, elle a été dirigeante d'une personne morale, société ou autre entité reconnue coupable d'une infraction en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail ou de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

2.7 L'accès aux données de la CNESST aux fins de recherche

La recherche est l'un des éléments essentiels pour, entre autres, améliorer la prévention, comprendre les facteurs de risque et cerner les différences qui existent entre les femmes et les hommes.

La CNESST détient une richesse de données qui grâce à la recherche peuvent, entre autres, servir à mieux comprendre les différences selon le sexe au regard des causes, des circonstances, des caractéristiques et des conséquences des lésions professionnelles. Toutefois, ces données sont peu exploitées, car peu connues et peu documentées.

Actuellement, l'article 175 de la LSST prévoit qu'une personne peut prendre connaissance des renseignements et des informations que la Commission détient aux fins d'étude, d'enseignement ou de recherche.

« Malgré l'article 174, un professionnel peut prendre connaissance des renseignements et des informations que la Commission détient aux fins d'étude, d'enseignement ou de recherche, avec, malgré le paragraphe 5° du deuxième alinéa de l'article 59 de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1), l'autorisation de celle-ci. Cette autorisation est accordée conformément aux critères établis à l'article 125 de cette loi. » (LSST, art. 175)

Bien que le PL 59 reste muet sur l'article 175, cet article est essentiel et doit être amélioré en y indiquant que cet accès soit sans frais et en ajoutant un délai maximal pour que la Commission réponde à la demande. Un délai raisonnable, selon l'ampleur et la complexité de la demande, serait d'un à six mois. Afin d'augmenter l'utilisation et l'accessibilité de ces données, la CNESST devrait produire des documents permettant d'en connaître l'existence, le contenu, la portée et les limites. Par exemple, il pourrait s'agir d'un guide de l'utilisateur.trice et d'un dictionnaire des renseignements et informations détenues à la CNESST, du moins pour les informations les plus pertinentes.

2.7.1 Recommandations

RECOMMANDATION 37

Que l'article 175 de la LSST soit bonifié en ajoutant que l'obtention des données pour fin d'étude, d'enseignement ou de recherche est sans frais et que, selon l'ampleur et la complexité de la demande, la Commission a un délai d'un à six mois pour transmettre l'information ou les renseignements.

2.8 Des conditions pour que le régime de prévention soit efficace : soutien et contrôle

L'adoption de la LSST en 1979 a donné un élan à la prévention qui a produit des effets dans les groupes désignés prioritaires. Cependant, le soutien politique a manqué par la suite, et les conditions pour que cette réforme donne tous les résultats attendus n'ont pas été au rendez-vous. Entre autres choses, les ressources de l'inspectorat n'ont pas suivi l'augmentation marquée

du nombre de travailleur.ses et d'établissements; la réglementation spécifique à certains risques a tardé à être adoptée et mise à jour, faute d'accord au sein des comités composés de représentant.es des associations d'employeurs et d'associations syndicales, et aucun des gouvernements qui se sont succédé n'a utilisé le pouvoir qu'il avait, en vertu de l'article 225 de la LSST, de trancher en faveur de la santé des personnes au travail¹⁷⁵. Les femmes ont été particulièrement pénalisées par cette situation, comme nous l'avons mentionné précédemment.

Pour qu'une réforme en prévention permette véritablement une amélioration des conditions de santé et de sécurité, dans les milieux de travail, les conditions nécessaires doivent cette fois être au rendez-vous, et cela nécessite une volonté politique soutenue.

Parmi ces conditions, il y a l'action de l'inspectorat¹⁷⁶. Pourquoi est-ce particulièrement important pour les femmes au travail? Parce que la seule adoption d'une loi ne suffit pas à son application et à générer les effets attendus, alors que, par contre, certaines pratiques de l'inspectorat produisent, elles, des effets significatifs¹⁷⁷. Or, beaucoup de milieux de travail seront couverts pour la première fois par les dispositions au cœur de la LSST, et ces milieux sont ceux où travaillent la grande majorité des femmes au Québec. De plus, l'inclusion explicite dans ce qui doit être couvert par le programme de prévention des risques dits « ergonomiques », des risques dits « psychosociaux » et de la violence physique et psychologique appelle à des efforts sérieux, qui ne se feront pas sans être soutenus par des campagnes de la CNESST.

Il ne fait pas de doute que l'extension des mécanismes de prévention et de participation-représentation à de nouveaux secteurs, ainsi que l'inclusion explicite de risques complexes, qui ne peuvent être contrôlés de la même manière que le sont les risques pour la sécurité auxquels se sont adressés les campagnes de tolérance zéro, représenteront des défis importants pour l'inspectorat. C'est pourquoi nous terminons ce mémoire en nous appuyant sur les travaux de l'Équipe SAGE comme sur la littérature scientifique, pour identifier quelques enjeux qui nous apparaissent cruciaux pour que la réforme ne déçoive pas les espoirs qu'elle suscite.

2.8.1 Le soutien externe

Nous avons précédemment évoqué la pertinence de maintenir le PSSE, et le rôle qu'il attribue au médecin responsable des services de santé, entouré des équipes multidisciplinaires du RSPSAT.

Le PL 59 semble vouloir faciliter la création d'ASP, ce qui pourrait en effet permettre l'offre d'un soutien nécessaire, sur une base non commerciale, aux milieux non actuellement couverts. Cependant, le PL 59 semble resserrer le contrôle de la CNESST sur les activités de ces partenaires, comme des autres, alors que les ASP sont financées par une cotisation sectorielle, et non par une subvention de la CNESST. Or, par le passé, des associations ont pris des initiatives afin de traiter

¹⁷⁵ Walters et al. (2011) op.cit

¹⁷⁶ Baril-Gingras, G., (2013), La production sociale de la santé et de la sécurité du travail, dans Montreuil, S., Fournier, P.-S., Baril-Gingras, G., (dir) (2013). L'intervention en santé et en sécurité du travail – pour agir en prévention dans les milieux de travail, Presses de l'Université Laval, p. 23-108.

¹⁷⁷ Tompa, E., Kalcevich, C., Foley, M., McLeod, C., Hogg-Johnson, S., Cullen, K., ... & Irvin, E. (2016). A systematic literature review of the effectiveness of occupational health and safety regulatory enforcement. *American journal of industrial medicine*, 59(11), 919-933.

de problèmes qui ne l'auraient pas été si on ne s'était appuyé que sur des priorités définies selon les données d'indemnisation, comme les problèmes de santé mentale liés au travail. Il apparaît donc important que ces organismes conservent toute la marge de manœuvre nécessaire pour leur permettre d'agir sur les problèmes qui émergent des milieux couverts. Par ailleurs, ces organismes sont paritaires, enracinés dans un ou des secteurs d'activité dont ils connaissent bien les risques; ils sont administrés comme des organismes sans but lucratif, et ne sont pas impliqués dans la gestion de l'indemnisation, contrairement à d'autres acteurs comme les gestionnaires de mutuelles de prévention. Il apparaît donc pertinent que le PL59 établisse clairement leur rôle dans la formation qui deviendrait obligatoire, pour les membres des CSS (article 35 du projet de Règlement sur les mécanismes de prévention, inclus au PL 59).

Le PL 59 n'apporte aucune précision sur les exigences auxquelles devraient répondre les gestionnaires de mutuelles et leurs membres. L'adhésion à une mutuelle et la possibilité d'être couvert par la tarification en fonction de l'expérience est assujettie à l'obligation d'élaborer et de mettre en œuvre un programme de prévention. Or, cela deviendrait une obligation pour un très grand nombre d'établissements, et ce l'était déjà pour un certain nombre d'établissements en mutuelles, tel que souligné par la Vérificatrice générale¹⁷⁸. Nous avons indiqué précédemment la nécessité qu'une étude indépendante examine l'activité des mutuelles de prévention. Plus largement, diverses études ont mis en évidence des effets potentiellement négatifs de la tarification en fonction de l'expérience¹⁷⁹, dont une réduction des coûts par des procédés autres que la prévention. Ces dangers ont également été soulignés par la Vérificatrice générale :

« Selon la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, il est permis autant au travailleur qu'à l'employeur de contester une décision rendue. Lorsqu'une lésion contestée n'est finalement pas imputée à un employeur, cela a un effet direct sur la prime qu'il doit payer, car la lésion ne sera pas considérée dans son calcul. Les efforts mis en prévention ont souvent quant à eux un effet à plus long terme dans le milieu de travail et par ricochet sur la prime de l'employeur. Il existe donc un risque que les employeurs déploient plus d'efforts pour la contestation au détriment d'efforts pour la prévention. Ce risque est présent pour tous les employeurs, qu'ils soient ou non membres d'une mutuelle. Mentionnons à ce sujet que des gestionnaires de mutuelles incluent dans leur offre, en plus d'actions relatives à la prévention, des services de gestion des lésions professionnelles, notamment la déposition de contestations. Les employeurs pourraient

¹⁷⁸ Vérificatrice générale du Québec (2019), op.cit., p. 26.

¹⁷⁹ Tompa, E., Trevithick, S., & McLeod, C. (2007). Systematic review of the prevention incentives of insurance and regulatory mechanisms for occupational health and safety. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 85-95.

Tompa, E., Cullen, K., & McLeod, C. (2012). Update on a systematic literature review on the effectiveness of experience rating. *Policy and Practice in Health and Safety*, 10(2), 47-65.

Liz, M., Ellen, M., Tompa, E., Christina, K., Endicott, M., & Yeung, N. (2012). A critical review of literature on experience rating in workers' compensation systems. *Policy and Practice in Health and Safety*, 10(1), 3-25.

Charbonneau, M., Hébert, G. (2020) La judiciarisation du régime d'indemnisation des lésions professionnelles au Québec, Rapport de recherche, Institut de recherche et d'informations socioéconomiques.

être enclins à décourager les réclamations de la part des travailleurs victimes de lésions professionnelles puisque celles-ci ont un effet à la hausse sur leur prime : c'est ce que l'on appelle la sous-déclaration. D'autres régimes d'assurance maladie publics ou privés peuvent alors avoir à absorber ces coûts. »¹⁸⁰

Il apparaît donc essentiel que les effets du mode de tarification en fonction de l'expérience soient examinés, afin d'en éliminer les effets indésirables pour les travailleurs et de véritablement favoriser la prévention.

2.8.2 Le nombre d'inspecteur.trices

Ni l'Analyse d'impact réglementaire ni d'autres documents publics n'ont précisé les mesures visant à assurer l'effectivité des obligations prévues au PL 59. On ne sait donc pas si et comment les effectifs d'inspecteur.trices seront augmentés pour assurer le contrôle de l'élaboration et de la mise en œuvre de programmes de prévention de qualité, et le soutien à cet égard.

Le nombre d'inspecteur.trices régulièrement mentionné est de 300, dont environ 80 dans le secteur de la construction. Cela laisse environ 220 inspecteur.trices pour tous les autres secteurs – ce qui paraît peu dans le contexte où les exigences et le nombre d'établissement à couvrir seraient rehaussés pour soutenir l'extension des mécanismes de prévention et de participation-représentation. Or, le rapport de la Vérificatrice générale de mai 2019 soulevait déjà des préoccupations quant au nombre d'inspecteurs, indiquant que « la force de travail réelle pour la conduite des inspections prévues dans la LSST a diminué. »¹⁸¹

« De 2009 à 2018, même si la CNESST a prévu, dans le cadre de la préparation de ses budgets, une augmentation de 7% des effectifs qui contribuent directement à la conduite des inspections prévues dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail, la force de travail réelle a diminué de 10 %. Pour la même période, le nombre de dossiers d'employeurs ouverts à la CNESST a augmenté de 20 %. Il est à noter que, toujours pour la période de 2009 à 2018, la force de travail réelle pour les activités relatives à l'indemnisation a pour sa part augmenté de près de 7 %. [...] Dans un contexte où les lésions professionnelles sont à la hausse, il y a un risque que la CNESST n'accorde pas suffisamment de ressources aux activités de prévention, notamment à celles qui sont réalisées sur le terrain. »¹⁸²

Cela fait en sorte qu'en moyenne, pour chacune des trois années précédant ce rapport, 7 % seulement des employeurs avaient fait l'objet d'une inspection.¹⁸³

Cela nous apparaît préoccupant, alors qu'une revue systématique des études qualitatives portant entre autres sur les mécanismes par lesquels les lois et règlements en santé et sécurité du travail sont mises en œuvre (enforced) indique que la dotation insuffisante (under-resourcing) peut amener les inspecteur.trices à prioriser des situations qui peuvent être plus rapidement et plus

¹⁸⁰ Vérificatrice générale du Québec (2019), op.cit., p. 22

¹⁸¹ Ibid, p. 16

¹⁸² Ibid, p. 19

¹⁸³ Ibid, p. 33

facilement résolues, laissant les problèmes plus complexes et posant plus de défis insuffisamment traités¹⁸⁴.

De surcroît, le rapport de la Vérificatrice générale du Québec, publié en mai 2019, recommandait déjà à la CNESST, avant même la pandémie de COVID-19, d'« *Être davantage proactive dans la surveillance des risques latents et émergents.* »¹⁸⁵

« Selon les principes de prévention et de précaution, il est essentiel d'aller au-delà des données sur ce qui a jusqu'à maintenant été indemnisé et de prendre en compte les problématiques latentes ou en émergence afin de pouvoir agir sur les facteurs qui auront un impact dans le futur sur les lésions professionnelles et sur les coûts du régime. Cela rejoint l'esprit de la Loi sur la santé et la sécurité du travail, qui ne vise pas seulement la prévention des lésions qui seraient acceptées en vertu de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, mais surtout l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs. »¹⁸⁶

La nécessité de rehaussement significatif des effectifs d'inspecteur.trices apparaît également nécessaire pour répondre aux enseignements d'une revue systématique des études sur les stratégies mises en œuvre par l'inspection. En effet, alors que le niveau d'évidence d'un effet dissuasif (deterrence) est faible pour seule existence d'une obligation légale, il est élevé pour les visites d'inspection accompagnées de sanctions et modéré à nul pour les visites non accompagnées de pénalités lors de l'identification d'une situation proscrite. Les auteur.trices en concluent à l'importance de la présence sur le terrain de l'inspection.¹⁸⁷

2.8.2.1 La priorisation des catégories de travailleur.ses plus vulnérables et des risques qui touchent aussi les femmes

Nous avons précédemment indiqué le besoin que soient priorisés, par le service de prévention-inspection, des groupes de travailleur.ses particulièrement vulnérables, en raison de leur statut de travailleur.ses d'agences de placement de personnel.

Par ailleurs, au cours des dernières années, plusieurs campagnes de « tolérance zéro », menées par la CNESST sur des risques spécifiques, ont donné des résultats mesurables. Or, même quand elles concernaient un problème de santé (plutôt que de sécurité), ces campagnes se sont adressées à des milieux de travail à majorité masculins, ou à des activités encore exercées le plus souvent par des hommes.

« Une tolérance zéro s'applique aux dangers suivants :

- Chutes de hauteur de plus de 3 mètres

¹⁸⁴ Maceachen, E., Kosny, A., Ståhl, C., O'Hagan, F., Redgrift, L., Sanford, S., ... & Mahood, Q. (2016). Systematic review of qualitative literature on occupational health and safety legislation and regulatory enforcement planning and implementation. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 3-16., voir p. 17.

¹⁸⁵ Vérificatrice générale du Québec (2019), op.cit p. 38

¹⁸⁶ Ibid, p. 29

¹⁸⁷ Tompa et al. (2016) op.cit., p. 929

- Chutes de hauteur à partir d'une échelle
- Contact avec une pièce en mouvement d'une machine
- Électrisation avec une ligne électrique aérienne sous tension
- Effondrement d'un échafaudage
- Effondrement des parois d'un creusement non étançonné
- Exposition aux poussières d'amiante
- Exposition aux poussières de silice
- Roches instables »¹⁸⁸

Les troubles musculo-squelettiques, même s'ils représentent l'une des principales lésions indemnisées, n'ont pas été priorisés par la CNESST, à l'échelle de tout le Québec, depuis le PII-LATR dans les années 90. Ils ont été retenus dans les priorités de la CNESST pour la période 2017-2019, dans le secteur de la santé, mais le rapport de la Vérificatrice générale du Québec rapportait des retards¹⁸⁹. On peut espérer que l'inclusion des risques dits « ergonomiques », des risques dits « psychosociaux » et des risques de violence physique et psychologique sera accompagnée de campagnes de la CNESST à la hauteur de l'importance de ces risques. Il nous apparaît donc essentiel que les inspecteur.trices reçoivent une formation qui les prépare adéquatement aux interventions sur ces risques spécifiques. En effet, diverses études ont montré que le traitement des risques psychosociaux représente un défi pour les inspecteurs, qui serait lié entre autres à une formation insuffisante¹⁹⁰ (voir aussi section 2.2.4.2). Enfin, nous pouvons espérer que les risques plus présents dans les emplois occupés par les femmes (risques dits « ergonomiques », « psychosociaux », de violence physique et psychologique) soient plus présents dans les campagnes publicitaires de la CNESST.

2.8.3 Recommandations

RECOMMANDATION 38

Reconnaître, dans le texte de la loi, la capacité des ASP à définir leurs priorités d'action en fonction des besoins qu'elles observent dans les secteurs qu'elles couvrent, tout en tenant compte, sans y être restreintes, des priorités établies par la CNESST.

Reconnaître, dans le texte de la loi, les ASP comme des actrices privilégiées pour dispenser la formation aux membres des CSS, étant donné leur connaissance des risques du secteur, leur caractère paritaire et l'absence d'implication dans la gestion de l'indemnisation.

RECOMMANDATION 39

Revoir à la hausse le nombre d'inspecteur.trices de manière à assurer un contrôle soutenu de la mise en œuvre des mécanismes de participation-représentation, de la qualité de l'identification des risques et de la sélection des mesures de prévention, dans le respect de la hiérarchie des

¹⁸⁸ <https://www.csst.qc.ca/prevention/tolerance-zero/Pages/tolerance-zero-definition.aspx>

¹⁸⁹ VGQ 2019 p. 29

¹⁹⁰ MacEachen et al. (2016), op. cit., p. 10

Lippel K, Vézina M, Cox R. Protection of workers' mental health in Québec: Do general duty clauses allow labor inspectors to do their job? *Safety Sci.* 2011;49(4):582–90.

mesures de prévention inscrite à l'article 8 du projet de *Règlement sur les mécanismes de prévention*, inclus au PL 59.

RECOMMANDATION 40

Assurer la formation des inspecteur.trices de manière à ce qu'ils puissent examiner les problèmes reliés à l'ergonomie des situations de travail, aux facteurs de risques organisationnels et psychosociaux, et à l'intégration inclusive de la prévention à la conception et aux changements (technologiques, architecturaux, organisationnels).

3. Les modifications à la LATMP

Une des principales raisons de la réforme en profondeur du régime est, comme le présente le Ministre Boulet, l'existence d'une « pression à la hausse sur le bilan lésionnel » c'est-à-dire un accroissement des indemnisations de longue durée qui engendre une augmentation du taux moyen des cotisations payées par les employeurs. Or, les modifications à la LATMP proposées pour contenir les coûts du régime engendreront de nombreux reculs pour les personnes accidentées et malades du travail. Elles affecteront particulièrement les travailleuses et la main-d'œuvre issue de l'immigration récente.

L'argument selon lequel les « coûts du régime » seraient trop élevés est évoqué pour justifier les modifications proposées à la LATMP. Or, cet argument ne tient pas compte de deux éléments qui nous semblent essentiels.

Premièrement, réduire la cotisation payée à la CNESST ne réduit pas pour autant les coûts réels de la SST pour l'employeur. Potentiellement, une réduction de la cotisation CNESST pourrait aboutir à une augmentation des coûts réels de la SST pour les employeurs si l'incitation à la prévention est moins forte. En effet, lorsque la prévention des risques professionnels est insuffisante, le taux de roulement augmente, les absences et la désorganisation du travail qui en résulte également ainsi que le présentéisme pour cause d'état de santé dégradée (douleurs, fatigue, anxiété par exemple). Si on prend les coûts SST de façon globale, la perte de productivité réelle liée au manque de prévention peut être plus coûteuse que le montant de la cotisation CNESST. Il est donc essentiel de renforcer les obligations en matière de prévention, et les dispositions en matière de soutien et de sanction en cas de manque de prévention active dans les milieux de travail, pour diminuer les coûts réels liés à la SST pour les employeurs. Un focus sur la cotisation CNESST uniquement revient à analyser les coûts SST assumés par l'employeur avec des œillères.

Deuxièmement, du point de vue de l'État et des contribuables, une diminution des dépenses de la CNESST n'est pas synonyme d'une diminution des dépenses de l'État. En effet, diminuer la prise en charge par la CNESST des dépenses de santé liées aux accidents ou aux maladies occasionnés par le travail revient à reporter ces dépenses sur la RAMQ (ou sur les assurances de santé privées, pour les employé.es qui peuvent en bénéficier), en souhaitant que l'accès aux soins soit le même. Il s'agit donc non pas d'une économie, mais d'un déplacement des dépenses vers le budget de la

santé¹⁹¹. En France, par exemple, la branche Accidents du Travail et Maladies Professionnelles de la Sécurité Sociale (équivalent de la CNESST) a transféré pour les lésions de l'année 2018, un milliard d'Euros au profit de la branche Assurance Maladie (équivalent de la RAMQ) pour tenir compte de la sous-déclaration des lésions professionnelles¹⁹². En outre, une diminution des indemnités de remplacement de revenu pour les travailleur.ses dont l'état de santé empêcherait un retour au travail pourrait mettre ces personnes en situation de grande vulnérabilité financière et avoir un impact sur les demandes d'aide sociale (programmes d'aide sociale et de solidarité sociale par exemple). Il nous semble important d'envisager les impacts de la réforme non pas sur le budget de la CNESST pris isolément, mais sur l'ensemble des dépenses inhérentes à la protection sociale au Québec, étant donné le jeu de vases communicants qui existe entre ces dépenses.

En outre, il est déjà établi que quand on tient compte d'une estimation des coûts humains d'une lésion professionnelle, ce ne sont pas les employeurs qui paient la plus grosse part¹⁹³. Même en tenant compte des indemnités de remplacement du revenu et des indemnités pour dommage corporel, quand une lésion est reconnue, une grande partie des coûts réels, dont les coûts humains, demeure assumée par les travailleur.ses eux-mêmes, leurs proches, et la collectivité, comme l'établit clairement une étude de l'IRSST. Or, ce sont le plus souvent les femmes qui prennent soin de leurs proches blessés, malades physiquement et affectés psychologiquement, et qui assument des tâches supplémentaires; elles sont souvent remplacées dans ces tâches par d'autres femmes (mère, sœur, amie) quand ce sont elles qui sont affectées. Le problème ne peut donc être résolu que par la prévention.

Avant d'entrer dans le détail de l'impact de certaines modifications à la LATMP, il convient de noter que des différences importantes sont observées entre travailleur.ses en termes de fréquence et de durée d'incapacité, entre autres celles liées aux troubles musculo-squelettiques (TMS)¹⁹⁴. Ces enjeux de sexe/genre s'inscrivent dans un contexte plus large et plus complexe au

¹⁹¹ Sultan-Taïeb H, Chastang JF, Mansouri M, Niedhammer I. The annual costs of cardiovascular diseases and mental disorders attributable to job strain in France. *BMC Public Health*. 2013;13:748.

¹⁹² Compte-rendu de l'Assemblée nationale, page 2. https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/cemalpa/15cemalpa1718006_compte-rendu#

¹⁹³ Lebeau, M., Duguay, P., & Boucher, A. (2013). Les coûts des lésions professionnelles au Québec, 2005-2007. Rapport de recherche R-769, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-769.pdf?v=2019-12-03>

¹⁹⁴ Stock, S., Funes, A., Delisle, A., St-Vincent, M., Turcot, A., Messing, K., *Troubles musculo-squelettiques*, in *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, M. Vézina, E. Cloutier, S. Stock, K. Lippel, É. Fortin, Deslisle, A., St-Vincent, M., et al., Editor. 2011, INSPQ, ISQ, IRSST: Montréal.

Lederer, V., M. Rivard, and S.D. Mechakra-Tahiri, *Gender differences in personal and work-related determinants of return-to-work following long-term disability: a 5-year cohort study*. *Journal of occupational rehabilitation*, 2012. **22**(4): p. 522-531.

Koehoorn, M., J. Fan, and C. McLeod, *Gender, Sex and Differences in Disability Duration for Work-related Injury and Illness (Presentation)*. Canadian Association for Research Work and Health. Vancouver, BC. June, 1-2, 2012.

sein duquel d'autres dynamiques culturelles et rapports sociaux comme la racisation, le statut migratoire et la classe sociale se combinent pour produire et reproduire des inégalités sociales et de genre dans les processus d'indemnisation, de réadaptation et de retour au travail ¹⁹⁵. Plusieurs études menées au Québec¹⁹⁶, en Ontario et en Colombie-Britannique¹⁹⁷, ainsi que dans d'autres pays industrialisés¹⁹⁸ indiquent que les femmes sont plus à risque de développer des TMS¹⁹⁹ et de s'absenter pour cette raison²⁰⁰ et la durée de leur incapacité au travail est en moyenne plus

De Rijk, A., et al., *Gender differences in return to work patterns among sickness absentees and their associations with health: a prospective cohort study in The Netherlands*. Int J Rehabil Res, 2008. **31**(4): p. 327-36.

Alexanderson, K., K. Borg, and G. Hensing, *Sickness absence with low-back, shoulder, or neck diagnoses: an 11-year follow-up regarding gender differences in sickness absence and disability pension*. Work, 2005. **25**(2): p. 115-124.

¹⁹⁵ Gravel, S., et al., *Le retour au travail des immigrants victimes de lésions professionnelles: les embûches de la rencontre interculturelle et la précarité du lien d'emploi*. Alterstice - Revue Internationale de la Recherche Interculturelle, 2017. **7**(1): p. 21-38.

¹⁹⁶ Stock, S., Funes, A., Deslisle, A., St-Vincent, M., Turcot, A., Messing, K., *Troubles musculo-squelettiques*, in *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, M. Vézina, E. Cloutier, S. Stock, K. Lippel, É. Fortin, Deslisle, A., St-Vincent, M., et al., Editor. 2011, INSPQ, ISQ, IRSST: Montréal.

Lederer, V., M. Rivard, and S.D. Mechakra-Tahiri, *Gender differences in personal and work-related determinants of return-to-work following long-term disability: a 5-year cohort study*. Journal of occupational rehabilitation, 2012. **22**(4): p. 522-531.

¹⁹⁷ Koehoorn, M., J. Fan, and C. McLeod, *Gender, Sex and Differences in Disability Duration for Work-related Injury and Illness (Presentation)*. Canadian Association for Research Work and Health. Vancouver, BC. June, 1-2, 2012.

¹⁹⁸ De Rijk, A., et al., *Gender differences in return to work patterns among sickness absentees and their associations with health: a prospective cohort study in The Netherlands*. Int J Rehabil Res, 2008. **31**(4): p. 327-36.

Alexanderson, K., K. Borg, and G. Hensing, *Sickness absence with low-back, shoulder, or neck diagnoses: an 11-year follow-up regarding gender differences in sickness absence and disability pension*. Work, 2005. **25**(2): p. 115-124.

Collins, J.D. and L.W. O'Sullivan, *Musculoskeletal disorder prevalence and psychosocial risk exposures by age and gender in a cohort of office based employees in two academic institutions*. International Journal of Industrial Ergonomics, 2015. **46**: p. 85-97.

Leijon, M., G. Hensing, and K. Alexanderson, *Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses: association with occupational gender segregation*. Scandinavian journal of social medicine, 2004. **32**(2): p. 94-101.

¹⁹⁹ Collins, J.D. and L.W. O'Sullivan, *Musculoskeletal disorder prevalence and psychosocial risk exposures by age and gender in a cohort of office based employees in two academic institutions*. International Journal of Industrial Ergonomics, 2015. **46**: p. 85-97.

²⁰⁰ De Rijk, A., et al., *Gender differences in return to work patterns among sickness absentees and their associations with health: a prospective cohort study in The Netherlands*. Int J Rehabil Res, 2008. **31**(4): p. 327-36.

Alexanderson, K., K. Borg, and G. Hensing, *Sickness absence with low-back, shoulder, or neck diagnoses: an 11-year follow-up regarding gender differences in sickness absence and disability pension*. Work, 2005. **25**(2): p. 115-124.

longue²⁰¹. Les travailleuses en incapacité pour un TMS attribuable au travail présentent également un risque plus élevé de développer une incapacité prolongée²⁰².

D'autre part, du fait de difficultés inhérentes au parcours d'insertion professionnelle, les travailleur.ses immigrés se retrouvent plus souvent dans des situations de surqualification²⁰³ et de précarité en emploi²⁰⁴. Selon la CNESST, près de la moitié des travailleur.ses indemnisés à Montréal seraient issus de l'immigration²⁰⁵; les femmes immigrées seraient particulièrement à risque d'incapacité prolongée. Des facteurs relatifs à la culture et aux modes de socialisation, mais également à l'accès au régime d'indemnisation, pourraient favoriser un « repli » vers des rôles

Leijon, M., G. Hensing, and K. Alexanderson, *Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses: association with occupational gender segregation*. *Scandinavian journal of social medicine*, 2004. 32(2): p. 94-101.

²⁰¹ Stock, S., Funes, A., Delisle, A., St-Vincent, M., Turcot, A., Messing, K., *Troubles musculo-squelettiques*, in *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, M. Vézina, E. Cloutier, S. Stock, K. Lippel, É. Fortin, Deslisle, A., St-Vincent, M., et al., Editor. 2011, INSPQ, ISQ, IRSST: Montréal.

Lederer, V., M. Rivard, and S.D. Mechakra-Tahiri, *Gender differences in personal and work-related determinants of return-to-work following long-term disability: a 5-year cohort study*. *Journal of occupational rehabilitation*, 2012. 22(4): p. 522-531.

Koehoorn, M., J. Fan, and C. McLeod, *Gender, Sex and Differences in Disability Duration for Work-related Injury and Illness (Presentation)*. Canadian Association for Research Work and Health. Vancouver, BC. June, 1-2, 2012.

Alexanderson, K., K. Borg, and G. Hensing, *Sickness absence with low-back, shoulder, or neck diagnoses: an 11-year follow-up regarding gender differences in sickness absence and disability pension*. *Work*, 2005. 25(2): p. 115-124.

Leijon, M., G. Hensing, and K. Alexanderson, *Sickness absence due to musculoskeletal diagnoses: association with occupational gender segregation*. *Scand J Public Health*, 2004. 32(2): p. 94-101.

²⁰² Stock, S., Funes, A., Delisle, A., St-Vincent, M., Turcot, A., Messing, K., *Troubles musculo-squelettiques*, in *Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi, de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, M. Vézina, E. Cloutier, S. Stock, K. Lippel, É. Fortin, Deslisle, A., St-Vincent, M., et al., Editor. 2011, INSPQ, ISQ, IRSST: Montréal.

Lederer, V., M. Rivard, and S.D. Mechakra-Tahiri, *Gender differences in personal and work-related determinants of return-to-work following long-term disability: a 5-year cohort study*. *Journal of occupational rehabilitation*, 2012. 22(4): p. 522-531.

Koehoorn, M., J. Fan, and C. McLeod, *Gender, Sex and Differences in Disability Duration for Work-related Injury and Illness (Presentation)*. Canadian Association for Research Work and Health. Vancouver, BC. June, 1-2, 2012.

²⁰³ Ministère de l'Immigration, de la diversité et de l'inclusion (MIDI), *Éléments explicatifs de la surqualification chez les personnes immigrantes au Québec en 2012*. 2013, Québec: MIDI.

²⁰⁴ Dean, J.A. and K. Wilson, *'Education? It is irrelevant to my job now. It makes me very depressed...': exploring the health impacts of under/unemployment among highly skilled recent immigrants in Canada*. *Ethnicity & health*, 2009. 14(2): p. 185-204.

²⁰⁵ Commission des normes, de l'équité en emploi et de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CNESST), *Plan stratégique 2010-2014*. 2010, Québec: CNESST.

plus traditionnels tel que le travail non rémunéré dans la sphère domestique²⁰⁶, surtout quand l'emploi pré-lésionnel n'est pas perçu comme valorisant ou satisfaisant²⁰⁷.

Une des explications avancées pour expliquer la prévalence plus élevée, la durée d'incapacité plus longue et le risque accru d'incapacité prolongée des travailleuses est que les hommes et les femmes ne feraient pas la même expérience du processus de réadaptation au travail dans leurs interactions avec les différentes parties prenantes (médecin, employeur, agent indemnisateur, syndicat). En particulier, certaines études qualitatives ont émis l'hypothèse qu'en milieu de travail, les travailleuses ne bénéficieraient pas du même niveau de services et d'accommodements que les travailleurs²⁰⁸. Ce phénomène serait encore plus marqué en ce qui concerne les travailleuses issues de l'immigration²⁰⁹.

Par exemple, des études ont montré que les travailleuses sont moins susceptibles de recevoir des traitements intensifs de gestion de la douleur lorsqu'elles sont diagnostiquées et que les femmes sont plus susceptibles de voir leur douleur caractérisée d'émotionnelle ou de psychogène²¹⁰. Il a également été observé que les TMS d'origine non-traumatiques (déjà plus fréquents chez les femmes – voir section 2.1.4.1) étaient plus susceptibles d'être sous-évalués par l'organisme indemnisateur, et ce dans une plus grande mesure pour les femmes que pour les hommes²¹¹. La pénibilité du travail des femmes serait également plus difficile à faire reconnaître tant auprès de

²⁰⁶ Côté, D., et al., *Relations interculturelles : Comprendre le processus de réadaptation et de retour au travail*. 2017, Montréal: IRSST, Rapport R-967.

Côté, D. and M.-F. Coutu, *A critical review of gender issues in understanding prolonged disability related to musculoskeletal pain: how are they relevant to rehabilitation?* Disability and Rehabilitation, 2010. **32**(2): p. 87-102.

²⁰⁷ Premji, S. and Y. Shakya, *Pathways between under/unemployment and health among racialized immigrant women in Toronto*. Ethnicity & health, 2017. **22**(1): p. 17-35.

²⁰⁸ Ahlgren, C. and A. Hammarström, *Back to work? Gendered experiences of rehabilitation*. Scandinavian Journal of Social Medicine, 2000. **28**(2): p. 88-94.

Harrold, L.R., et al., *Understanding the role of sex differences in work injuries: Implications for primary care practice*. Disability and rehabilitation, 2008. **30**(1): p. 36-43.

²⁰⁹ Gravel, S., et al., *Le retour au travail des immigrants victimes de lésions professionnelles: les embûches de la rencontre interculturelle et la précarité du lien d'emploi*. Alterstice - Revue Internationale de la Recherche Interculturelle, 2017. **7**(1): p. 21-38.

²¹⁰ Borkhoff, C.M., et al., *The effect of patients' sex on physicians' recommendations for total knee arthroplasty*. Canadian Medical Association Journal, 2008. **178**(6): p. 681-687.

Kent, J.A., V. Patel, and N.A. Varela, *Gender disparities in health care*. Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine, 2012. **79**(5): p. 555-559.

Hoffmann, D.E. and A.J. Tarzian, *The girl who cried pain: a bias against women in the treatment of pain*. The Journal of Law, Medicine & Ethics, 2001. **28**(4_suppl): p. 13-27.

²¹¹ Cox, R. and K. Lippel, *Falling through the Legal Cracks: The Pitfalls of Using Workers Compensation Data as Indicators of Work-Related Injuries and Illnesses*. Policy and practice in health and safety, 2008. **6**(2): p. 9-30.

Lippel, K., *Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec: systemic discrimination against women workers?* International Journal of Health Services, 2003. **33**(2): p. 253-281.

l'organisme indemnisateur, qu'auprès de l'employeur²¹². Cela aurait pour conséquence de raccourcir la durée d'indemnisation des femmes comparativement à celle des hommes à lésion et pénibilité équivalentes²¹³, particulièrement en cas d'incapacité prolongée²¹⁴. Les travailleuses seraient aussi moins susceptibles d'accéder à des services de réadaptation au travail et se verraient offrir une variété plus réduite et moins attrayante d'emplois jugés convenables au moment de retourner au travail²¹⁵.

Nous ne pouvons, dans le cadre de ce mémoire, examiner l'ensemble des modifications à la LATMP proposées par le PL 59 qui seraient préjudiciables à l'objectif même de cette loi. Les sections qui suivent explorent donc seulement certaines des multiples façons dont la réforme de la LATMP pourrait affecter les travailleur.ses et en particulier les travailleuses. En nous appuyant sur les travaux des membres de l'Équipe SAGE, ainsi que sur les études existantes portant sur la réparation des lésions professionnelles, tant au Québec, au Canada qu'au plan international, nos préoccupations concernent certaines des propositions du PL 59 qui risquent d'accentuer davantage les inégalités observées dans l'indemnisation et la réintégration de certains groupes de travailleuses accidentées ou atteintes de maladie du travail que ce soit:

- en restreignant la réparation et les soins: nous référons ici aux constats et recommandations formulés par la professeure Katherine Lippel dans le mémoire qu'elle a déposé dans le cadre des consultations sur le PL 59²¹⁶;

²¹² Cox, R. and K. Lippel, *Falling through the Legal Cracks: The Pitfalls of Using Workers Compensation Data as Indicators of Work-Related Injuries and Illnesses*. Policy and practice in health and safety, 2008. **6**(2): p. 9-30.

Probst, I., *La dimension de genre dans la reconnaissance des TMS comme maladies professionnelles*. Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé, 2009(11-2).

²¹³ Cox, R. and K. Lippel, *Falling through the Legal Cracks: The Pitfalls of Using Workers Compensation Data as Indicators of Work-Related Injuries and Illnesses*. Policy and practice in health and safety, 2008. **6**(2): p. 9-30.

Lippel, K., *Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec: systemic discrimination against women workers?* International Journal of Health Services, 2003. **33**(2): p. 253-281.

Lederer, V. and M. Rivard, *Compensation benefits in a population-based cohort of men and women on long-term disability after musculoskeletal injuries: costs, course, predictors*. Occup Environ Med, 2014. **71**(11): p. 772-779.

²¹⁴ Lederer, V., M. Rivard, and S.D. Mechakra-Tahiri, *Gender differences in personal and work-related determinants of return-to-work following long-term disability: a 5-year cohort study*. Journal of occupational rehabilitation, 2012. **22**(4): p. 522-531.

²¹⁵ Ahlgren, C. and A. Hammarström, *Back to work? Gendered experiences of rehabilitation*. Scandinavian Journal of Social Medicine, 2000. **28**(2): p. 88-94.

Cox, R. and K. Lippel, *Falling through the Legal Cracks: The Pitfalls of Using Workers Compensation Data as Indicators of Work-Related Injuries and Illnesses*. Policy and practice in health and safety, 2008. **6**(2): p. 9-30.

²¹⁶ Lippel, K. 2021. Mémoire concernant le Projet de loi 59 proposant la Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail présenté à la Commission de l'économie et du travail de l'Assemblée nationale, janvier 2021.

- en n’apportant pas de solution au problème du manque d’accès à la représentation pour les victimes d’accident du travail ou de maladie professionnelle;
- en maintenant l’exclusion de nombreuses travailleuses domestiques de la couverture du régime d’indemnisation;
- en rendant encore plus difficiles la reconnaissance des lésions qui affectent en majorité les femmes (notamment certaines catégories de TMS)
- en n’apportant pas de solution suffisante aux difficultés de reconnaissance des problèmes de santé mentale reliés au travail, en particulier la présomption de trouble de stress post-traumatique pour les premier.ères répondant.es comme les infirmières et les autres soignant.es.

3.1 Le problème de l’accès à la représentation pour les victimes²¹⁷

Nous amorçons cette section en rappelant que sur le plan administratif et juridictionnel, la mise en œuvre de la LATMP repose aujourd’hui sur l’intervention de la CNESST et du TAT²¹⁸. En effet, le processus de réparation des lésions professionnelles est susceptible de judiciarisation devant le TAT, section santé et sécurité du travail, lorsqu’une décision de la CNESST est contestée par un.e travailleur.se ou son employeur. Ce processus est susceptible d’être fortement médicalisé et fait intervenir une pluralité d’intervenant.es.

Au Canada, tous les provinces et territoires ont un régime public d’indemnisation des lésions professionnelles financé par les cotisations des employeurs. Des différences importantes existent entre les provinces, notamment quant aux obligations de l’employeur à reprendre une personne accidentée ou malade du travail (PAMT) à son emploi²¹⁹ et relativement au rôle du médecin traitant²²⁰. Les modes de financement de ces régimes, la couverture sectorielle des lois concernant l’indemnisation et le niveau de salaire maximal assurable varient également entre les provinces²²¹. Sur le plan de la représentation des PAMT, des différences majeures existent également, mais plus particulièrement entre le Québec et le reste des autres provinces. En effet, si le Québec se démarque du reste du Canada relativement à l’accès à la représentation des

²¹⁷ Cette section reproduit avec l’autorisation des auteures des extraits du rapport Dalia Gesualdi-Fecteau et Maxine Visotzky-Charlebois, *L’accompagnement et la représentation des personnes accidentées ou malades du travail : Quel accès? Quelle justice?*, Rapport de recherche, janvier 2021. En ligne : <http://bit.ly/repPAMT>

²¹⁸ Le TAT est en fonction depuis le 1^{er} janvier 2016 et remplace deux tribunaux spécialisés, soit la Commission des relations du travail (ci-après « CRT ») et la Commission des lésions professionnelles (ci-après « CLP »), *Loi instituant le Tribunal administratif du travail*, RLRQ c T-15.1 (ci-après « LITAT »).

²¹⁹ Raymond H Baril, Judy A Clarke, Margaret N Friesen, Susan R Stock, Donald C Cole et The Work-Ready group. « Management of return-to-work programs for workers with musculoskeletal disorders: a qualitative study in three Canadian provinces » (2003) 57:11 *Social Science & Medicine* 2101.

²²⁰ Katherine Lippel, Joan M Eakin, D Linn Holness et Dana Howse, « The Structure and Process of Workers’ Compensation System and the Role of Doctors: A Comparison of Ontario and Québec » (2016) 59 *American Journal of Industrial Medicine* 1070.

²²¹ Mathieu Charbonneau et Guillaume Hébert, *La judiciarisation du régime d’indemnisation des lésions professionnelles au Québec*, Rapport de recherche, Institut de recherche et d’information socioéconomique du Québec, 2020, à la p 43.

personnes salariées non syndiquées en matière de normes du travail²²², force est de constater que le Québec fait piètre figure quant à l'assistance fournie aux PAMT. En matière de normes du travail, la division des normes du travail de la CNESST représente gratuitement des personnes salariées devant les instances juridictionnelles qui entendent les différents recours prévus par la loi²²³. Or, contrairement à ce qui prévaut en matière de normes du travail, la CNESST, section santé et sécurité du travail, ne prévoit aucune mesure visant l'accompagnement ou la représentation des PAMT. À cet égard, il ne semble y avoir aucune amélioration pour résoudre ceci dans le PL 59.

Or, toutes les provinces canadiennes offrent minimalement un service public d'information aux PAMT. Ces services sont financés soit par l'organisme chargé de l'indemnisation, soit par l'État. Par exemple, en Ontario, un éventail de ressources s'offre aux travailleur.ses. Le système d'aide juridique en Ontario, bien qu'ayant récemment fait l'objet d'importantes coupures, témoigne aussi d'une sensibilité aux réalités des personnes les plus vulnérables et reconnaît la nécessité d'offrir une représentation spécialisée dans certains domaines²²⁴. Ainsi, on retrouve un certain nombre de cliniques juridiques spécialisées qui ont pour but d'aider les PAMT spécifiquement, dont l'*Industrial Accident Victims Group of Ontario*²²⁵, l'*Injured Workers Community Legal Clinic*²²⁶ et la *Toronto Workers Health and Safety Legal Clinic*²²⁷, toutes financées par le réseau d'aide juridique.

D'autres types d'initiatives existent aussi, comme l'*Occupational Health Clinics for Ontario Workers* (ci-après « OHCOW ») qui offre notamment un service d'information pour les travailleur.ses et la possibilité de consulter des médecins dans leurs cliniques²²⁸. OHCOW est par ailleurs financé par le *Workplace Safety & Insurance Board* (ci-après « WSIB ») via le Ministère du Travail. Il existe également l'*Office of the Worker Adviser* (ci-après « OWA »). Créé en 1985, il s'agit un organisme indépendant qui relève du Ministère du Travail. Il offre des services gratuits d'information, de formation et de représentation. Cet organisme offre des services uniquement aux travailleur.ses non syndiqués. Les coûts de fonctionnement de cet organisme sont assumés par le WSIB²²⁹. Il existe également un service destiné aux employeurs : l'*Office of the Employer*

²²² Il convient de souligner qu'en matière de normes du travail, la division des normes du travail de la CNESST représente gratuitement des personnes salariées devant les instances juridictionnelles qui entendent les différents recours prévus par la loi

²²³ *Loi sur les normes du travail*, RLRQ c N-1.1, art. 123.5, 123.13 et 126.1.

²²⁴ Susan McDonald, « Beyond Caselaw - Public Legal Education in Ontario Legal Clinics » (2000) 18 Windsor YB Access Just 3, à la p 9.

²²⁵ <http://www.iavgo.org>

²²⁶ <https://www.injuredworkersonline.org>

²²⁷ <http://workers-safety.ca>

²²⁸ <https://www.ohcow.on.ca/about.html>

²²⁹ *Workplace Safety and Insurance Act*, 1997, SO 1997, c. 16, Sch A, art. 176 (3).

Adviser qui offre gratuitement des services de représentation et de formation aux petits employeurs²³⁰.

En 2018, l'Alberta a procédé à une réforme de son régime d'indemnisation des accidents du travail. Le gouvernement a notamment décidé d'instaurer un régime de représentation pour les PAMT lors de révision judiciaire faisant suite à une décision rendue par le *Workers' Compensation Board* (ci-après « WCB »). Avant la réforme, une branche du WCB se chargeait de fournir de l'information aux PAMT, mais elle ne pouvait les représenter devant les tribunaux d'appel étant donné le conflit d'intérêts pouvant émaner du fait que les représentant.es des PAMT auraient été des employé.es d'une des parties au litige²³¹. Le gouvernement a fait transférer cette branche au *Fair Practice Office* (ci-après « FPO »), lequel relève du Ministère du Travail et assume un rôle semblable à celui d'un.e ombudsman. Depuis le 1^{er} décembre 2018 le *Worker Appeals Advisor Branch*²³² du FPO offre gratuitement des services d'information, d'assistance et de représentation pour les PAMT. Il existe également l'équivalent pour les employeurs, soit l'*Employer Appeals Advisors*.

En somme, l'ensemble de ces services, destinés aux PAMT et aux employeurs, marque les efforts d'autres législations canadiennes de réduire les iniquités d'accès à une représentation neutre dans le cas de litiges liés à des lésions professionnelles, mais aussi toute la prévention permettant d'éviter leur survenance.

3.1.1 Recommandation

RECOMMANDATION 41

Mettre en place, à l'instar de ce qui est proposé dans le rapport de l'IRIS²³³, des Bureaux de conseiller.ères des travailleur.ses et des employeurs comme il en existe en Ontario et en Colombie-Britannique.

²³⁰ Soit ceux qui comptent moins de 100 salariés, WSIA, art 176; voir Harry Arthurs, *Funding Fairness : a Report on Ontario's Workplace Safety and Insurance System*, 2012, en ligne : <www.wsibfundingreview.ca/finalreport.php>, à la p 42.

²³¹ *Working Together : Report and Recommendations of the Alberta Workers' Compensation Board (WCB) Review Panel*, juin 2017, en ligne : <<https://www.alberta.ca/assets/documents/WCB-Review-Final-Report.pdf>>, à la p 135.

²³² <https://fpoalberta.ca/help-with-appeals/>

²³³ Charbonneau, M., Hébert, G. (2020), op. cit., p.53

3.2 Les travailleuses domestiques

3.2.1 La définition du « travailleur domestique » et l'exclusion de la loi

Le PL 59 prévoit la suppression de la définition de « domestique »²³⁴ dans la LATMP (PL 59, art 2) pour la remplacer par une nouvelle définition de « travailleur domestique », soit

une personne physique qui, en vertu d'un contrat de travail conclu avec un particulier et moyennant rémunération, a pour fonction principale: 1° d'effectuer des travaux ménagers ou d'entretien, d'assumer la garde ou de prendre soin d'une personne ou d'un animal ou d'accomplir toute autre tâche d'employé de maison au logement d'un particulier; ou 2° d'agir pour un particulier à titre de chauffeur ou de garde du corps ou d'accomplir toute autre tâche relevant de la sphère strictement privée de ce particulier.

Il propose également une modification à la définition de « travailleur » à l'article 2(5), pour exclure le « travailleur domestique qui doit fournir une prestation de travail d'une durée inférieure à 420 heures sur une période d'un an pour un même particulier, sauf s'il peut justifier de sept (7) semaines consécutives de travail à raison d'au moins 30 heures par semaine au cours de cette « période ». Cette nouvelle exclusion remplace les exclusions actuelles à l'art 2 de la définition de « travailleur » et, par conséquent, de la LATMP, soit celles du « domestique » et de « la personne physique engagée par un particulier pour garder un enfant, un malade, une personne handicapée ou une personne âgée, et qui ne réside pas dans le logement de ce particulier ».

Il faut analyser minutieusement la portée de cette nouvelle définition et de l'exclusion proposée. En premier lieu, le PL 59 prévoit le remplacement des termes « domestique » et « personne physique engagée par un particulier pour garder un enfant, un malade, une personne handicapée ou une personne âgée, et qui ne réside pas dans le logement de ce particulier », par le terme « travailleur domestique ». Cette dernière expression a le mérite de reconnaître explicitement que ces personnes, en très grande majorité des femmes, sont des travailleuses à part entière. L'utilisation du seul terme « domestique », qui est toujours utilisé dans la *Loi sur les normes du travail* (art 1(6)), a une connotation négative, et date de son utilisation dans le Code civil du Bas-Canada de 1866 dans le chapitre sur le « louage du service personnel des ouvriers, domestiques et autres ». La nouvelle définition proposée indique, comme l'actuelle définition de « domestique », que la personne physique salariée doit avoir pour fonction principale d'effectuer du travail de ménage, de garde ou de soins d'une personne (ou d'un animal, ce qui constitue à notre avis un ajout questionnable dans le PL59) dans le logement d'un particulier qui est son employeur.

En deuxième lieu, le PL 59 ajoute nommément à la définition de « travailleur domestique » les fonctions de chauffeur et de garde de corps. Cet ajout ne remet toutefois pas en question le fait

²³⁴ La définition actuelle de « domestique » se lit comme suit: «une personne physique, engagée par un particulier moyennant rémunération, qui a pour fonction principale, dans le logement de ce particulier: 1) d'effectuer des travaux ménagers; ou 2) alors qu'elle réside dans ce logement, de garder un enfant, un malade, une personne handicapée ou une personne âgée ».

que l'écrasante majorité des personnes visées par la définition sont des femmes²³⁵ qui exercent des tâches liées aux soins, la garde et le soutien aux personnes dans leur domicile. Bien que nous n'ayons pas de chiffres sur le nombre de personnes occupant des emplois de chauffeur ou de garde du corps (ou des emplois analogues à prédominance masculine), tout porte à croire que très peu de ces personnes travaillent directement pour un particulier²³⁶. Seuls des particuliers et des familles ayant des revenus élevés pourraient se payer de tels services. Il est plus probable que ces travailleurs exercent leurs fonctions par l'entremise d'un service de limousines ou d'une agence de sécurité, souvent payées par l'employeur de l'individu, et qu'ils n'entrent pas dans la définition proposée de « travailleur domestique », puisque leurs employeurs ne sont pas des particuliers.

La modification de la définition de « travailleur domestique » par l'inclusion d'emplois à prédominance masculine à la liste de fonctions visées ne rend pas moins discriminatoire à l'égard des femmes l'exclusion, sur la base du nombre d'heures travaillées, d'un nombre important de travailleuses domestiques. Cette discrimination a été amplement démontrée lors des consultations sur les²³⁷[OBJ]. Le « travailleur domestique » est le seul « travailleur »²³⁸[OBJ]. Ce

²³⁵ Nous faisons ici référence au *Système de classification des industries de l'Amérique du Nord* (SCIAN) pour identifier les secteurs associés aux activités du « travailleur domestique » visé par le PL 59: Ménages privés (SCIAN 8141) = 91.9% de femmes; Services de soins de santé à domicile (SCIAN 6216) = 91.1% de femmes; et Services aux personnes âgées et aux personnes ayant une incapacité (SCIAN 62412) = 79.9% de femmes pour la plus grande catégorie des services individuels et familiaux (SCIAN 6241). Données tirées d'une analyse faite par l'équipe SAGE (en ligne <http://sage.uqo.ca/>) à partir de : Statistique Canada, Recensement de la population de 2016, produit numéro 98-400-X2016361 au catalogue de Statistique Canada; Statistique Canada. Tableau 14-10-0202-01 Emploi selon l'industrie, données annuelles de 2016; Gouvernement du Québec. 2020. Projet de loi 59, *Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail*. Québec. Éditeur officiel du Québec. Annexe 1.

²³⁶ Le SCIAN n'offre pas d'information sur l'identité de l'employeur. Voir « Services de taxi et de limousine » (SCIAN 4853) et « Services d'enquêtes et de sécurité » (SCIAN 5616). C'est également le cas de la Classification nationale des professions (CNP) (en ligne <<https://noc.esdc.gc.ca/>>) : voir par exemple sous « Aides familiaux résidents/aides familiales résidentes, aides de maintien à domicile et personnel assimilé (CNP 4412) » où l'on indique que la personne peut travailler pour une agence.

²³⁷ Voir notamment CDPDJ (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse), « Commentaires sur le Projet de loi n° 110, Loi modifiant le régime de santé et de sécurité du travail pour accorder une plus grande protection à certains domestiques », septembre 2010, en ligne <[https://www.cdpedj.qc.ca/storage/app/media/publications/commentaires PL 110 sante securite domestiques.pdf](https://www.cdpedj.qc.ca/storage/app/media/publications/commentaires_PL_110_sante_securite_domestiques.pdf)>

CDPDJ, « Mémoire à la Commission de l'économie et du travail de l'Assemblée nationale. Projet de loi n° 60 visant principalement la modernisation du régime de santé et de sécurité du travail et son application aux domestiques », juin 2012, en ligne <<https://www.cdpedj.qc.ca/fr/publications/macmoire-a-la-commission-de-l-18>>.

²³⁸ La *Loi sur les normes du travail* (LNT) réserve également un traitement différencié au « domestique », en excluant la travailleuse ou le travailleur qui exerce ses fonctions « de manière ponctuelle » (art 3(2)). L'intention du législateur à l'origine était d'exclure les « babysitters » occasionnels, mais la jurisprudence montre que l'exclusion a aussi servi à écarter des personnes qui sont embauchées dans le cadre du chèque emploi-service. On n'exige d'aucun autre travailleur de démontrer la fréquence de son travail et l'investissement réel dans ce travail pour être protégé par la LNT. Les quelques décisions répertoriées qui

traitement différencié du « travailleur domestique » ne fait que confirmer et perpétuer la non-reconnaissance du travail de ²³⁹, alors que l'État, la société, les familles et les personnes nécessitant ces services dépendent ²⁴⁰.

En troisième lieu, les modifications proposées créent deux catégories de travailleur.les domestiques, l'une étant assujettie à la LATMP et l'autre non, fondées sur le nombre d'heures travaillées sur une année pour un même particulier. Encore une fois, ce sont les seul.es travailleur.ses visés par une telle exclusion de la LATMP. L'inclusion de critères d'exclusion de la LATMP est problématique sur plusieurs fronts. Elle peut avoir pour effet d'inciter des particuliers à conclure des contrats équivalents à moins de 420 heures ou 7 semaines consécutives d'au moins 30 heures, afin de ne pas avoir à payer les cotisations. Quelle est la différence entre 419 heures et 420 heures travaillées sur une année? L'exclusion complète de la LATMP. Aussi, l'exigence que les heures soient effectuées chez un même particulier ne reflète pas la réalité de ce travail dans bien des cas, en particulier celui des travailleur.ses qui font de l'aide à domicile²⁴¹. Ces personnes vont très souvent travailler chez plusieurs particuliers dans une semaine et ne pourront pas atteindre le seuil minimal d'heures requis pour bénéficier de la protection de la loi. Finalement, si le « travailleur domestique » à leur emploi est exclu de la loi et subit une lésion professionnelle, le particulier s'expose à une poursuite en responsabilité civile de la part de son employé.e en vertu du Code civil.

interprètent le terme "de manière ponctuelle" révèlent des contradictions et montrent l'ambiguïté de l'exclusion, menant à une incertitude juridique pour la travailleuse et le particulier-employeur. Comparer notamment: *Commission des normes du travail c. Deschênes*, 2007 QCCQ 4811 et *Gagné et CTES, Centre de traitement du chèque emploi-service de Sainte-Thérèse-de-Blainville*, 2017 QCTAT 4959.

²³⁹ Voir par ex. *Egan c Canada*, [1995] 2 RCS 513, p. 563; *CSN et al c. Québec (Procureur général)*, 2008 QCCS 5076. Les propos des juges confirment le caractère discriminatoire de cette non-reconnaissance.

²⁴⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). 2003. « Chez soi: le premier choix. La politique de soutien à domicile », Québec, en ligne < <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2002/02-704-01.pdf> >

Boivin, Louise. 2014. "Régulation juridique du travail, pouvoir stratégique et précarisation des emplois dans les réseaux : trois études de cas sur les réseaux de services d'aide à domicile au Québec", Thèse de doctorat, École des relations industrielles, Université de Montréal, p 210 et ss, en ligne <<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10556>>; MSSS .2019. « Programme et services pour les aînés. Édition 2020", Québec, en ligne <https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/services_quebec/Aines_FR_2020-3.pdf?1580850186>

Conseil du statut de la femme (2020). « Avis. Prendre soin : Perspectives sur le vieillissement », Québec, en ligne < https://csf.gouv.qc.ca/wp-content/uploads/Avi_prendre_soin_20200416_vweb.pdf >.

²⁴¹ Voir par ex. Boivin, Louise. 2014. "Régulation juridique du travail, pouvoir stratégique et précarisation des emplois dans les réseaux : trois études de cas sur les réseaux de services d'aide à domicile au Québec", Thèse de doctorat, École des relations industrielles, Université de Montréal, p 187 et 249.

3.2.2 La solution de la souscription à une protection personnelle sur une base volontaire

La littérature confirme que les personnes visées par l'exclusion qui font de l'aide à domicile et exercent d'autres tâches liées aux soins et à la garde de personnes rencontrent de nombreux risques physiques, biologiques et psychosociaux dans leur milieu de travail, soit la résidence de leur employeur²⁴². En ce moment, les « domestiques » peuvent souscrire volontairement une protection personnelle et cotiser à la CNESST à cette fin, tout comme le peuvent, entre autres, les travailleur.ses autonomes et les dirigeant.es d'une compagnie²⁴³. Nous n'avons pas de chiffres officiels sur le nombre de « domestiques » qui souscrivent une telle protection, et les statistiques annuelles de la CNESST de 2019 n'en font pas état. Dans le cadre d'une étude de 2004²⁴⁴, nous avons pu obtenir des chiffres de la CSST sur le nombre de « domestiques » qui avaient une telle couverture personnelle en 2003 : on en dénombrait 13 sur tout le territoire du Québec. Tout porte à croire que la situation est sensiblement la même aujourd'hui.

Le PL 59 (art 5) prévoit que le « travailleur domestique » exclu de la loi – c'est-à-dire celui qui travaille pour le même particulier moins de 420 heures ou sept (7) semaines consécutives d'au moins 30 heures sur une année - peut aussi s'inscrire et cotiser à la CNESST pour bénéficier de la protection de la LATMP. Cela veut dire que des travailleur.ses considérés « essentiels »²⁴⁵ qui sont en situation de précarité d'emploi avec un salaire horaire très peu élevé sont appelés à payer pour avoir accès à la protection de la loi en matière d'indemnisation, de réadaptation, etc. Selon les calculs présentés dans l'Analyse d'impact réglementaire du PL59²⁴⁶, la protection du « travailleur domestique » qui est assujéti à la LATMP couterait, sur la base d'un salaire horaire estimé de 16,73\$ de l'heure, entre 260\$ et 1140\$ par année à l'employeur, selon le nombre d'heures travaillées (entre 420 et 1820 heures sur une année) et en fonction de la masse salariale (3,75\$ par tranche de 100\$). Vu la faible rémunération des travailleur.ses domestiques, il est illusoire à

²⁴² Macdonald, Marilyn, Arielle Lang et Kristine Iaboni. 2013. "Home Care Safety Markers: A Scoping Review", *Home Health Care Services Quarterly* 32(2):126-48

Hanley, Jill, Stephanie Premji, Karen Messing et Katherine Lippel .2011. "Action Research for the Health and Safety of Domestic Workers in Montreal: Using Numbers to Tell Stories and Effect Change", *New Solutions: A Journal of Environmental and Occupational Health Policy*,20(4):421-439.

²⁴³ LATMP, art 18; CNESST, « Statut de certains travailleurs à domicile, des ressources de type familial, des ressources intermédiaires et des responsables de service de garde en milieu familial », Note 285C, octobre 2019, p 9-10, en ligne https://www.csst.qc.ca/lois_reglements_normes_politiques/orientations-directives/notes_orientation/Pages/285C.aspx.

²⁴⁴ Lippel, Katherine, Stéphanie Bernstein et Karen Messing. 2004. «Travail atypique: Protection légale des conditions minimales d'emploi et de la santé". *Rapport final soumis au FQRSC dans le cadre du programme d'Actions concertées Le travail atypique, la mutualisation du risque, la protection sociale et les lois du travail*, Montréal, p 21, en ligne http://www.crimt.org/Publications/Rapport_Lippel_Bernstein.pdf

²⁴⁵ Mayssa Ferah, « Québec ajoute 100 millions pour les soins à domicile », *La Presse*, 15 novembre 2020, en ligne <https://www.lapresse.ca/actualites/sante/2020-11-15/quebec-ajoute-100-millions-pour-les-soins-a-domicile.php>

²⁴⁶ MTESS. 2020, op. cit., p. 77

notre avis de penser qu'ils et elles cotiseront sur une base volontaire à la CNESST pour être protégés par la loi.

Le PL 59 (art 6) prévoit également que le particulier peut, sur une base volontaire, inscrire le « travailleur domestique » exclu de la loi pour que ce dernier bénéficie de la protection de la LATMP. Encore une fois, nous doutons de la viabilité d'une telle solution puisque les employeurs ne sont pas tenus de le faire – d'où la nécessité d'apporter des modifications à la LATMP. Il est également possible que les particuliers requérant ces services ne disposent pas de beaucoup de ressources financières et puissent trouver que de payer les cotisations à la CNESST – que ce soit pour le « travailleur domestique » protégé ou pour celui qui est exclu – constitue un fardeau. Une solution a été trouvée dans le cas des travailleur.ses exclus de la LATMP embauchés dans le cadre du programme « chèque emploi-service » (CES)²⁴⁷ (voir section suivante). Or, le gouvernement devra trouver des moyens pour soutenir certains particuliers-employeurs afin de s'assurer qu'ils soient en mesure de payer les cotisations à la CNESST liées à l'embauche d'un « travailleur domestique ». Cependant, cette considération ne doit en aucun cas servir de justification pour exclure de la LATMP des milliers de travailleur.ses qui assurent au quotidien la mise en œuvre des politiques gouvernementales, dont le soutien à domicile et la conciliation travail-famille.

3.2.3 Le cas particulier des travailleur.ses embauchés dans le cadre du programme « chèque emploi-service »

Selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), un total de près de 22 000 personnes (93% de femmes) étaient employées en 2018-2019 dans le cadre du programme CES.²⁴⁸ Dans son Analyse d'impact réglementaire du PL 59, le gouvernement estime que 3000 travailleur.ses domestiques travaillant plus de 420 heures par année sont rémunérés dans le cadre de ce programme²⁴⁹ et sont couverts par le régime en vertu du *Règlement sur la mise en œuvre de l'entente relative à tout programme du ministère de la Santé et des Services sociaux*²⁵⁰, qui formalise une entente adoptée en 2010 conformément à l'article 16 de la LATMP. Cette entente indique que l'employeur de ces personnes est réputé être le MSSS aux fins de l'application de la LATMP. Elle a été conclue justement parce que ces travailleur.ses sont exclus de la loi et, comme le mentionne le préambule de l'entente, le MSSS « doit [...] promouvoir le développement et la mise en œuvre de programmes et de services en fonction des besoins des individus, des familles et

²⁴⁷ « Le programme chèque emploi-service permet le traitement des opérations liées à la paie de la personne qui offre de l'aide à domicile dans le cadre du Programme d'allocation directe. Le chèque emploi-service gère les montants à payer et agit comme agent payeur pour le centre de santé et de services sociaux. » (MTESS .2020. « Analyse d'impact réglementaire : Projet de loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (Version préliminaire) », p 76, note 48.)

²⁴⁸ Boivin, Louise .2020. « La place des secteurs public et privé dans la prestation des services d'aide à domicile au Québec depuis la réforme Barrette de 2015. Rapport d'analyse statistique », UQO-FSSS/CSN-RÉQEF, Montréal et Gatineau, p 20, en ligne: <<https://regef.uqam.ca/category/publications/rapports-de-recherche/>>.

²⁴⁹ MTESS .2020. « Analyse d'impact réglementaire : Projet de loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail (Version préliminaire) », p 76.

²⁵⁰ RLRQ, c S-2.1, r. 29. En ligne < <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-2.1,%20r.%2029%20/>>.

des autres groupes » et « demande que la [LATMP] » soit applicable aux travailleurs visés par la présente entente et [...] entend assumer les obligations prévues pour un employeur ».

Mais cette entente ne modifie en rien l'exclusion législative de la LATMP des travailleur.ses embauchés dans le cadre du programme CES. L'entente et le règlement relèvent du pouvoir exécutif et peuvent être modifiés. Aussi, le règlement ne vise que les heures qui sont payées par l'entremise du CES et déterminées dans le plan d'intervention élaboré par le CISSS. Il est fréquent que ces travailleur.ses effectuent des heures additionnelles qui sont payées directement par le particulier, car le nombre d'heures prévu au plan d'intervention n'est souvent pas suffisant pour répondre à tous les besoins du particulier. En cas de lésion professionnelle, la CNESST ne tient alors pas compte des heures effectuées en dehors de celles rémunérées dans le cadre du CES, que ce soit pour la reconnaissance de la lésion ou pour la détermination de l'indemnité de remplacement de revenu, parce que « *pour la partie du travail dont la rémunération n'est pas versée par le CES, la personne n'est pas un.e travailleur.se du MSSS puisque l'entente ne s'applique pas* » et elle devra souscrire une protection personnelle pour cette partie du travail²⁵¹.

3.2.4 L'information sur les lésions professionnelles subies par les travailleur.ses domestiques

Le PL 59 (art 8.4) indique que l'article 280 de la LATMP ne s'applique pas « à l'employeur d'un travailleur domestique ». L'article 280 porte sur l'obligation de l'employeur de tenir « *un registre des accidents du travail qui surviennent dans son établissement et qui ne rendent pas le travailleur incapable d'exercer son emploi au-delà de la journée au cours de laquelle s'est manifestée sa lésion professionnelle [...]* ». Bien qu'il soit compréhensible de ne pas vouloir imposer des fardeaux administratifs additionnels à un employeur qui est très souvent un particulier en situation de vulnérabilité ou à sa famille, il faudra néanmoins que le législateur ou le gouvernement trouve des moyens pour avoir un portrait plus juste du nombre et de la nature des accidents de travail et des maladies professionnelles subis par les travailleur.ses domestiques, ainsi que de nombreux risques liés à ce travail.

3.2.5 La notion d'établissement

Nous accueillons favorablement la modification suivante proposée à la LATMP : « *Aux fins de l'application de la présente loi au travailleur domestique, le logement de la personne qui bénéficie de ses services tient lieu d'établissement.* » (PL 59, art 8.3). Cette modification permettra de résoudre l'ambiguïté quant à la qualification d'un logement d'établissement.

3.2.6 Recommandations

RECOMMANDATION 42

Supprimer du PL 59 la définition de « travailleur domestique » et considérer sans distinction ces travailleur.ses comme des « travailleurs » au sens de la loi.

²⁵¹ CNESST, « Statut de certains travailleurs à domicile, des ressources de type familial, des ressources intermédiaires et des responsables de service de garde en milieu familial », Note 285C, octobre 2019, p 9-10, en ligne < https://www.csst.qc.ca/lois_reglements_normes_politiques/orientations-directives/notes_orientation/Pages/285C.aspx >.

Supprimer l'exclusion concernant le « travailleur domestique » basée sur le nombre d'heures travaillées pour un même particulier proposée dans la définition de « travailleur » à l'article de 2 de la LATMP.

Supprimer toute exclusion totale ou partielle et tout traitement différencié de ces travailleur.ses dans la LATMP.

RECOMMANDATION 43

Maintenir dans le cas des travailleur.ses embauchés par l'entremise du programme CES, la présomption que le MSS est leur employeur aux fins de l'application de la LATMP.

Étendre la portée de cette présomption au-delà des heures visées par le CES afin de garantir plus efficacement et à moindre coût pour les particuliers la protection de travailleur.ses qui soutiennent des milliers de personnes à domicile.

RECOMMANDATION 44

Prévoir rapidement les moyens pour que les particuliers à faible revenu ne subissent pas un fardeau indu en raison de l'obligation de payer des cotisations à la CNESST.

RECOMMANDATION 45

Demander aux employeurs des travailleur.ses domestiques de tenir un registre des informations concernant les lésions professionnelles subies par les travailleur.ses domestiques, conformément à l'article 280 de la LATMP.

3.3 La modification des critères de reconnaissance des TMS comme maladie professionnelle

Du point de vue de la reconnaissance des effets du travail des femmes sur leur santé et de leur droit à la réparation (indemnisation, réadaptation, retour au travail, etc.), nous sommes particulièrement préoccupées par les changements proposés par le PL 59. En effet, les critères de reconnaissance des TMS comme maladie professionnelle étaient déjà difficiles à interpréter dans la loi actuelle et la plupart des TMS indemnisés sont plutôt reconnus à titre de conséquence d'un accident du travail. Cela suppose un événement imprévu et soudain ou l'accumulation de microtraumatismes qui sont assimilables à un tel événement.

Actuellement, une présomption de maladie professionnelle (art. 29, LATMP) s'applique dans le cas où il y a correspondance entre une maladie définie à l'Annexe 1 de la loi comme « *Lésion musculo-squelettique se manifestant par des signes objectifs (bursite, tendinite, ténosynovite) et le genre de travail défini comme: « un travail impliquant des répétitions de mouvements ou de pressions sur des périodes de temps prolongées »* ».

Ces nouveaux critères introduits par le PL 59 dans la Section VI de l'Annexe A nous apparaissent beaucoup plus restrictifs qu'avant :

- « Avoir exercé un travail impliquant des répétitions de mouvements ou de pressions sur des périodes de temps prolongées et qui doit avoir été exercé pendant une période minimale de deux mois consécutifs

- Si la force n'est pas sollicitée, au moins 50 % du temps travaillé à l'intérieur d'un quart de travail doit consister à répéter le même mouvement ou la même séquence de mouvements ou de pressions qui sollicitent la structure anatomique ou le muscle atteint
- La durée d'exposition quotidienne peut être inférieure à 50% du temps travaillé s'il y a combinaison de répétitions de mouvements et de forces exercées, qui sollicitent la structure anatomique ou le muscle atteint, ou lorsque le cycle de travail est très court et la cadence très rapide. »

Aucune explication n'a été fournie justifiant une telle restriction. Il n'est pas possible de repérer de fondements scientifiques ni à la période de deux mois consécutifs, ni à la séparation arbitraire entre au moins 50% de la durée du quart de travail, selon que la force est dite sollicitée ou non. La lecture de la littérature scientifique ne permet pas de tracer de telles lignes, surtout si on considère l'énorme variété d'exigences des tâches en termes de degrés de force, de rythme de répétition, d'angle d'application de la force, de structures anatomiques sollicitées ou affectées, et de conditions préexistantes chez un.e travailleur.se. On n'explique pas non plus le processus d'évaluation objective de ces conditions ni qui sera responsable d'évaluer ces nouveaux critères.

La démonstration du respect de ces critères par la personne atteinte de TMS serait très complexe, et de fait plus complexe que celle requise avec l'ancien critère. Elle nécessiterait très probablement le recours à une expertise spécialisée, par exemple en ergonomie ou en ingénierie (temps et mouvements), en plus d'une expertise médicale, ce qui comporte très généralement des coûts. Ce processus complexe et coûteux est difficile d'accès pour les travailleur.ses, en particulier lorsque non syndiqués.

Démontrer la présence de la force serait particulièrement difficile pour certaines femmes en emploi, par exemple celles qui réalisent des tâches répétitives à une cadence élevée avec des gestes de précision sollicitant de petits muscles contribuant ainsi aux risques de TMS. Par le passé, un nombre non négligeable de travailleurs, mais surtout des travailleuses, du fait de la nature de leur travail, se sont vus refuser la reconnaissance de leur lésion de type TMS parce que l'on sous-estimait le risque de leur activité de travail, d'une part parce étant donné que les efforts requis étaient peu visibles et, d'autre part, car leur intensité difficile à établir²⁵². Les caractéristiques du travail proposées à l'Annexe A du PL 59 ne régleront pas ce problème, en introduisant un critère de temps (50% du quart de travail) lorsque « la force n'est pas impliquée ». La formulation insistant sur la répétition du « même mouvement ou [de] la même séquence de mouvement » apparaît aussi un critère restrictif, alors que des métiers à prédominance féminine implique d'effectuer plusieurs tâches différentes (en rotation, par exemple), mais dont plusieurs ou la totalité solliciteraient les mêmes muscles ou tendons.²⁵³

L'adoption de ces nouveaux critères n'allègerait pas le fardeau des victimes de TMS, au contraire, et les obligerait soit à des efforts considérables simplement pour bénéficier de la présomption

²⁵² Lippel K. (2003) Compensation for musculoskeletal disorders in Quebec : systemic discrimination against women workers? », *International Journal of Health Services* vol. 33, no 2, p. 253-281

²⁵³ Chatigny, C., Maria Seifert, A., & Messing, K. (1995). Repetitive strain in nonrepetitive work: A case study. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 1(1), 42-51.

(art. 29, LATMP), soit à devoir recourir aux démonstrations plus exigeantes encore lorsque la présomption ne s'applique pas (art. 30, LATMP). Or, les présomptions devraient faciliter la reconnaissance et réduire le fardeau des travailleurs. ses victimes de lésions professionnelles.

Par ailleurs, il est décevant que la révision proposée de l'annexe A du PL 59 n'inclue toujours pas d'autres diagnostics de TMS que ceux de bursite, tendinite et ténosynovite, alors qu'il est bien établi dans la littérature scientifique que d'autres TMS des membres supérieurs peuvent avoir une origine professionnelle. Une meilleure protection de la santé des femmes et l'allègement du fardeau des victimes pour démontrer la relation entre leur état de santé et leur travail requiert d'ajouter d'autres diagnostics à cette liste.

Finalement, on peut s'inquiéter que les victimes de TMS, comme d'autres maladies professionnelles, aient moins de possibilités de se faire entendre au TAT et de faire ainsi reconnaître leur droit à l'indemnisation. En effet, la CNESST aurait le pouvoir d'adopter des règlements pour définir non seulement les critères d'application de la présomption (art. 29, LATMP), mais aussi les critères à considérer lorsque la présomption ne s'applique pas. Cela signifie que le pouvoir de la CNESST serait étendu, alors que celui des tribunaux serait réduit. Or l'accès au tribunal permet aux victimes d'être entendues. Au fil du temps, depuis l'entrée en vigueur de la loi en 1985, ces tribunaux (CALP, CLP, TAT) ont défini des critères d'interprétation des articles 29 et 30 en référence à l'évolution des technologies et de l'organisation du travail ainsi que des exigences spécifiques de certains emplois. Cela a parfois permis d'élargir la reconnaissance des TMS. Ce qui pouvait être déterminé par les tribunaux, entre autres afin d'intégrer l'évolution des connaissances, serait désormais défini sans que les victimes puissent être entendues. Quel serait l'impact de ces changements sur la santé des travailleuses? Seront-elles adéquatement protégées? On peut certainement émettre des craintes.

3.3.1 Recommandations

RECOMMANDATION 46

Retirer les modifications proposées aux critères selon lesquels un TMS est présumé être une maladie professionnelle.

RECOMMANDATION 47

Ajouter d'autres diagnostics de TMS à la liste de celles pour lesquelles s'applique la présomption de maladie professionnelle, selon l'article 29 de la LATMP.

RECOMMANDATION 48

Retirer du PL 59 la possibilité pour la CNESST, d'adopter des règlements concernant les critères de présomption de maladies professionnelles (art. 29, LATMP) et les critères de reconnaissance d'une maladie professionnelle ne rencontrant pas la présomption (art. 30, LATMP).

3.4 La reconnaissance des lésions psychologiques associées aux stressseurs traumatiques

Nous saluons l'inclusion du « trouble de stress post-traumatique » (TSPT) dans la liste des maladies professionnelles reconnues par l'application d'une présomption - ce qui constitue une avancée qui mérite d'être soulignée. Nous constatons cependant que cet ajout n'est pas envisagé comme un élargissement de l'accès à l'indemnisation. Effectivement, l'Analyse d'impact réglementaire précise que :

« les TSPT sont actuellement considérés comme des accidents du travail par la CNESST et sont indemnisés à ce titre. [...]. Il n'y aurait donc pas de coûts supplémentaires induits par l'ajout des TSPT dans la liste des maladies professionnelles présomptives puisqu'ils sont déjà indemnisés par le régime actuel. »²⁵⁴

Nous devons toutefois exprimer notre inquiétude par rapport au critère donnant accès à la présomption de TSPT, c'est-à-dire « avoir exercé un travail impliquant une exposition de manière répétée ou extrême à une blessure grave, [...] ou à la mort effective, laquelle n'est pas occasionnée par des causes naturelles. » (annexe A du PL 59). En effet, nous craignons que ce critère puisse être interprété comme ne couvrant pas des situations de stress aigu vécues par des femmes au travail, comme les infirmières et d'autres soignant.es, puisque l'exposition à la « mort de causes naturelles » ne rencontre pas les conditions particulières de reconnaissance de la présomption de TSPT. Par ailleurs, dans une étude sur ces présomptions Lippel et Sabourin (2020) ont démontré que le but est de faire reconnaître plus rapidement la condition pour éviter que les travailleur.ses soient obligés d'aller en appel²⁵⁵. Par ailleurs, il est important de noter que la loi ontarienne applique la présomption sur le stress post-traumatique aux infirmières depuis 2018.

3.4.1 Recommandation

RECOMMANDATION 49

Rédiger la description des conditions de travail donnant accès à la présomption de TSPT de manière plus large pour inclure l'ensemble des personnes premières répondantes y compris le personnel de la santé, dont les infirmières et autres soignant.es.

²⁵⁴ MTESS (2020). *loc.cit.*

²⁵⁵ K. Lippel & Vicky Sabourin, « Prévention de la chronicité : le rôle du droit et des juristes », Barreau du Québec, Développements récents en droit de la santé et de la sécurité du travail 2020, Montréal : Éditions Yvon Blais

4. Conclusion

Le ministre du Travail, de l'emploi et de la solidarité sociale, Monsieur Jean Boulet, a exprimé sa volonté de prendre en compte la situation des femmes au travail, en intégrant au PL 59 la prévention des risques dits « ergonomique » et « psychosociaux » qui sont particulièrement présents dans les emplois occupés majoritairement par les femmes ainsi que des dispositions spécifiques à la violence qui se manifeste au travail en incluant la violence conjugale et familiale dont les femmes sont davantage victimes. Pour que la réforme du régime de SST constitue une véritable modernisation, pour les travailleuses comme pour tous les travailleurs, cette préoccupation doit transparaître dans l'ensemble du projet de loi, ce que permettrait l'adoption de nos recommandations. Pour l'instant cependant, les quelques avancées en matière de prévention sont accompagnées de reculs majeurs en matière de réparation, dont certaines affecteraient particulièrement les femmes. De tels reculs ne seraient pas favorables à la prévention, ni pour les femmes ni pour les hommes.

ANNEXE 1 - Note méthodologique concernant l'analyse²⁵⁶ de la répartition des femmes et des hommes dans les « Groupes d'activité » (Codes SCIAN) selon le « niveau de risque » défini par le Projet de loi 59

Nous avons estimé la répartition des femmes et des hommes selon le critère utilisé par le Projet de loi 59 (PL 59) pour définir le « niveau de risque » de lésion professionnelle de l'industrie (« Groupe d'activité » dans le PL59 dans laquelle elles et ils se retrouvent. Ce « niveau de risque » par industrie (SCIAN-4) est présenté dans un tableau de l'annexe 1 du « RÈGLEMENT SUR LES MÉCANISMES DE PRÉVENTION » qui est incluse dans le PL 59²⁵⁷.

Les codes SCIAN-4 utilisés dans cette annexe sont adaptés par la CNESST pour ses besoins à partir de la classification SCIAN de 2002 produite par Statistique Canada. Pour établir la répartition des femmes et des hommes, nous avons utilisé la seule source de données permettant d'estimer le nombre d'employé.es par sexe et industrie détaillée, soit au niveau des codes SCIAN à 4 chiffres (SCIAN-4), c'est-à-dire le recensement de la population de Statistique Canada pour 2016, qui est le plus récent disponible.

Statistique Canada a agrégé certains codes SCIAN-4 dans des regroupements de code SCIAN. Ainsi, sur les quelques 323 codes SCIAN-4, Statistique Canada ne publie pas les effectifs pour environ 30 codes qui ont été mis dans sept regroupements. La seule autre source pouvant indiquer les effectifs de travailleur.es par SCIAN-4 est l'Enquête sur l'emploi, la rémunération et les heures travaillées (EERH) de Statistique Canada. Celle-ci ne distingue toutefois pas les effectifs selon le sexe (Tableau 14-10-0202-01). Après vérification et analyse des données de l'EERH et du recensement, il ressort que:

- Parmi les quelques 30 SCIAN-4 regroupés, l'EERH ne présente des données par SCIAN-4 que pour les regroupements 6220 et 6230, soit 6220 Hôpitaux (6221 à 6223) et 6230 Établissements de soins infirmiers et de soins pour bénéficiaires internes (6231 à 6239). Une estimation des effectifs d'employé.es a donc pu être faite pour les regroupements SCIAN 6220 et 6230.
- Les SCIAN-4 qui composent le 1150 ont tous le même niveau de risque, ce qui a permis d'attribuer le niveau élevé à ce SCIAN regroupé du recensement

²⁵⁶ Équipe de recherche interdisciplinaire sur le travail Santé-Genre-Égalité (SAGE). (2021). *Analyse de la répartition des femmes et des hommes dans les « Groupes d'activité » (Codes SCIAN-4) selon le « niveau de risque » défini par le Projet de loi 59 - Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail*. Rapport statistique disponible à <http://sage.uqo.ca/>.

²⁵⁷ Effectifs et proportions estimés à partir des sources suivantes :

Statistique Canada, Recensement de la population de 2016, produit numéro 98-400-X2016361 au catalogue de Statistique Canada

Statistique Canada. Tableau 14-10-0202-01 Emploi selon l'industrie, données annuelles de 2016; Gouvernement du Québec. 2020. *Projet de loi 59, Loi modernisant le régime de santé et de sécurité du travail*. Québec. Éditeur officiel du Québec. Annexe 1

- Les SCIAN-4 qui composent le 9112 ont tous le même niveau de risque ce qui a permis d'attribuer le niveau faible à ce SCIAN regroupé du recensement
- Les autres regroupements de SCIAN-4 sont composés de SCIAN-4 qui n'ont pas le même niveau de risque; il n'a donc pas été possible de leur attribuer un niveau de risque, car il n'y a pas de données sur leurs effectifs. Il s'agit des regroupements 1110, 9120 et 9130.

De ce fait, la distribution des effectifs selon le sexe a été possible pour 94,6% des effectifs.

a) Effectifs en nombre d'employés

Niveau de risque	Total	Femmes	Hommes	Écart entre le total et l'addition Femmes+Hommes
Faible	2 072 581	1 196 386	876 210	-15
Moyen	746 820	333 950	412 821	48
Élevé	463 928	110 303	353 638	-13
Non classé	188 880	86 100	102 780	0
Total général	3 472 185	1 726 750	1 745 445	-10
Total excluant les NC	3 283 329	1 640 639	1 642 670	20

* En raison des arrondissements aléatoires (à 5 près) faits par Statistique Canada, pour les données du recensement, la valeur du cumul des parties (Femmes + Hommes) peut être différente du total.

b) Distribution (%) selon le sexe par « niveau de risque » (PL 59)

Niveau de risque	Total	Femmes	Hommes
Faible	100,0%	57,7%	42,3%
Moyen	100,0%	44,7%	55,3%
Élevé	100,0%	23,8%	76,2%
Non classé	100,0%	45,6%	54,4%
Total général	100,0%	49,7%	50,3%

c) Distribution (%) selon le « niveau de risque » (PL 59), par sexe

Niveau de risque	Total	Femmes	Hommes
Faible	59,7%	69,3%	50,2%
Moyen	21,5%	19,3%	23,7%
Élevé	13,4%	6,4%	20,3%
Non classé	5,4%	5,0%	5,9%
Total général	100,0%	100,0%	100,0%

d) Distribution (%) selon le « niveau de risque » (PL 59), par sexe, en excluant les SCIAN-4 sans effectifs estimés

Niveau de risque	Total	Femmes	Hommes
Faible	63,1%	72,9%	53,3%
Moyen	22,7%	20,4%	25,1%
Élevé	14,1%	6,7%	21,5%
Total général	100,0%	100,0%	100,0%