

Université de Sherbrooke
Droit de la Santé

La problématique des lésions professionnelles
chez les techniciens de laboratoire

par

Marie Ange Alcindor

Essai soumis à la Faculté de Droit en vue de
l'obtention du grade de Maître en droit (LL. M.)

Avril, 2002

© Marie Ange Alcindor, 2002

AUX TECHNICIENNES,

AUX TECHNOLOGISTES,

AUX LABORANTINES.

REMERCIEMENTS

Ma plus profonde gratitude au professeur Robert Tétrault, directeur de recherche, qui a accepté de me diriger dans la rédaction de ce projet.

Sa constante disponibilité, sa patience, son encouragement et ses judicieux conseils, m'ont beaucoup aidée dans la poursuite des objectifs académiques reliés à cet Essai.

SOMMAIRE

Le travail du technicien de laboratoire comporte des risques multiples pour la santé. La loi prévoit la formation de comités de santé et de sécurité dans les milieux de travail, mais ne l'oblige que dans certains secteurs de l'économie.

Les méthodes de prévention sont donc déficientes. Malgré tout, les réclamations pour lésions professionnelles ne sont pas fréquentes. Les raisons de ce mutisme sont variées. Cela dit, de nombreux accidents et maladies professionnelles ne sont jamais signalés. Une application plus efficace de la Loi sur la prévention devrait sensibiliser les techniciens aux risques particuliers de leur milieu de travail.

En cas de réclamation, il y a des embûches qui les attendent à toutes les étapes de la préparation du dossier. Il leur faut en être conscient quand l'indemnisation finalement dépend de la façon dont le dossier est préparé et présenté.

ABSTRACT

The work of the Laboratory technician contains many health risks. The Law sets out for the facultative formation of health and safety committees at the workplace.

There are several reasons for the oversight. Although claims for professional injuries do not occur frequently, preventive measures are laconic, to say the least. A more vigorous application of the Law on prevention should sensitive the technicians as the specific risks that they are being exposed to on the work sight. Interestingly enough, numerous accidents and work-related illness are never reported.

When there is a claim, many obstacles await them at every step of the file's progression. The must be aware that successful indemnisation depends on the presentation of the file and the way it is handled from its outset.

TABLE DES MATIÈRES

LA PROBLÉMATIQUE DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES CHEZ LES TECHNICIENS DE LABORATOIRE

INTRODUCTION.....		1
PREMIÈRE PARTIE : Risques professionnels et protections Juridiques		6
Chapitre 1- Les risques professionnels auxquels sont exposés les techniciens de laboratoire.....		6
A. Le travail du technicien de laboratoire		6
1. Les tâches et l'environnement de travail		6
a. Les tâches		6
b. L'environnement de travail		8
2. Les risques professionnels		9
a. Risques par agents biologiques.....		11
b. Risques par agents physiques.....		12
c. Risques par manipulation.....		12
d. Risques par des facteurs stressants		13
e. Risques associés aux produits chimiques.....		13
B. L'incidence des lésions professionnelles chez les techniciens de laboratoire		15
1. Les études et les banques de données		15
2. Les données statistiques de la CSST		16
C. L'analyse des causes de lésions professionnelles		18
1. Intérêt		18
2. Méthodes		19

Chapitre 2-	Les protections juridiques offertes aux techniciens de laboratoire	22
A.	La prévention des lésions professionnelles : la <i>Loi sur la santé et la sécurité du travail</i>	22
1.	Historique	22
2.	Mécanismes d'intervention	23
B.	L'indemnisation des lésions professionnelles : la <i>Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles</i>	25
1.	Historique et caractéristiques principales	25
2.	La qualification comme lésion professionnelle	28
a.	L'accident du travail	28
b.	La maladie professionnelle	30
c.	Autres formes de lésions reconnues	31
d.	Le problème du lien de causalité	32
1)	Une question déterminante	32
2)	Normes juridiques ou normes scientifiques	34
3.	Les droits et indemnités attribués aux victimes de lésion professionnelle	41

DEUXIÈME PARTIE : LA MISE EN ŒUVRE DES MESURES DE PRÉVENTION ET D'INDEMNISATION 45

Chapitre 1-	Les mesures de prévention	45
A.	L'existence du comité de santé et de sécurité	45
B.	Les mesures préventives	48
C.	L'exercice des droits reconnus	50
D.	Difficultés de mise en œuvre des mesures de prévention	57

Chapitre 2- Les mesures d'indemnisation	58
A. Lésions musculo-squelettiques	59
B. Lésions résultant de l'exposition à des produits chimiques	67
C. Lésions résultant de l'exposition à des produits biologiques	73
D. Difficultés de mise en œuvre des mesures d'indemnisation	78
CONCLUSION	81
TABLEAUX	
1 Référence page 16	86
2 Référence page 17	87
3 Référence page 17	88
4 Référence page 17	89
5 Référence page 17	90
BIBLIOGRAPHIE	91
Législation	91
Jurisprudence	92
Doctrine	93
Autres sources	95

INTRODUCTION

Avec l'essor industriel que connaît le monde moderne, beaucoup plus d'individus se retrouvent dans un milieu de travail complexe. Que ce soit dans le domaine de l'industrie, dans celui de la recherche ou de la santé, le nombre de travailleurs spécialisés a augmenté considérablement au cours des dernières décennies. Avec la variété de plus en plus grande des tâches à accomplir et le volume des produits manipulés, il faut s'attendre à une multiplication des accidents de travail et des répercussions néfastes sur la santé des travailleurs. Il est vrai que l'automatisation a grandement réduit le risque dans les manipulations de produits dangereux, cependant le Bureau International du travail (BIT) souligne que le nombre de décès causés par des accidents ou des maladies liés au travail s'élèveraient à plus de 1,3 millions de travailleurs chaque année, soit 3 300 en moyenne par journée de travail, ce qui représente près du double de décès causés par les guerres et plus que le nombre total de décès dus au paludisme¹.

Ces pertes de vie des travailleurs sont si préoccupantes que l'Organisation Internationale du travail (OIT ou BIT) a jugé bon d'attirer l'attention sur le tribut versé à la sécurité et à la santé, au niveau mondial. En hommage aux travailleurs qui décèdent, sont blessés ou sont malades à cause de méthodes de production insoutenables, l'OIT a dédié la journée internationale du 27 avril 2001, à la mémoire des personnes tuées ou blessées au travail.

¹ Organisation internationale du Travail, Communiqué BIT/01/14, «Index, Notes aux correspondants », Genève, (Mardi 24 avril 2001)

« Chaque année, plus d'un million de personnes meurent à la suite d'accidents de travail ou de maladies professionnelles. En fait, le travail fait plus de victimes que la route, le SIDA et la guerre! Les causes, évidemment, sont multiples, et rares sont les livres qui donnent un portrait global du phénomène. C'est pourtant ce que réussit à faire la quatrième édition anglaise – la première a été publiée en 1930 – de l'Encyclopédie d'hygiène et de sécurité au travail. Comportant quatre volumes (en CD-ROM) le document répertorie tous les risques auxquels les humains sont exposés. Premier constat : les principales causes d'accidents de travail et de maladies professionnelles n'ont pas changé depuis 1930. »²

Chaque année, dans le monde, 410 millions de personnes s'absentent du travail en raison d'un accident ou d'une maladie professionnelle³. En l'an 2000, il y a eu au Québec, 180 décès causés par le travail, 5114 cas de maladies professionnelles et 138403 cas d'accidents de travail reconnus par la Commission de la santé et de la sécurité du travail⁴. En 1999, 295830 travailleurs ont été victimes de lésions professionnelles. Ce nombre est passé l'année suivante à 310966, sans compter le nombre de 26913 réclamations avec paiement du programme « Pour une maternité sans danger. »⁵ Ces victimes humaines ont entraîné un coût direct d'indemnités versées de l'ordre de 1,2 milliards de dollars en 2000⁶.

² François MESSIER, « Prévention au travail », CSST et IRSST, Printemps 2000, vol. 13, no.2, p.39

³ *Idem*

⁴ BANQUE DE DONNÉES DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ, « Tout sur la Prévention », 8 janvier 2002.

⁵ COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL : « Annexe Statistique du Rapport annuel d'activité 2000 », p. 23

⁶ *Idem*, Tableau 21, p. 37

Malgré les dispositions de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, malgré les comités de prévention, au Québec en l'an 2000, le nombre total de lésions professionnelles avec des indemnités de remplacement du revenu, de stabilisation économique et sociale, pour dommages corporels, pour incapacité permanente ou de décès s'élevait à 201 270⁷. Les troubles musculo-squelettiques dont les LATR forment une catégorie, représentent près de 50% des maladies professionnelles reconnues par la Commission de la santé et de la sécurité au travail⁸.

Au cours de la dernière décennie, la CSST a accepté plus de 1,7 millions de demandes d'indemnisation pour des accidents et des maladies causées par le travail. Elle a enregistré 2270 décès, versé plus de 12,5 milliards de dollars en indemnités et perçu plus de 15,8 milliards de dollars en prime auprès des employeurs.

D'après la Banque de données de 2001 de la CSST, cet organisme accentue maintenant ses efforts pour favoriser l'enracinement d'une véritable culture de la prévention dans l'ensemble de la population et en particulier dans des secteurs ciblés comme celui de la construction.

Tant sur le plan humain que sur le plan financier, on remarque que des coûts énormes découlent des mauvaises conditions de santé et de sécurité au travail, et vu l'obligation faite aux employeurs de fournir un milieu adéquat, ceci justifie de plus l'instauration de programmes d'amélioration des lieux de travail.

⁷ *Supra*, note 5, p. 23

⁸ Hélène LÉVESQUE, « Ruineuses ces LATR », CSST et IRSST, octobre - novembre - décembre, 1995, vol. 8, no. 4, p. 8

Si les employeurs ou leurs associations amélioraient la qualité de vie de leur personnel, la fréquence et la gravité des accidents du travail diminueraient. Les frais médicaux, les frais d'assurance, les cotisations à la CSST baisseraient; la productivité serait plus élevée car il y aurait moins d'absentéisme et plus d'heures travaillées. Et ce qui n'est pas négligeable, les employés deviendraient plus efficaces et apprécieraient mieux leur milieu de travail.

Des auteurs, tels que Michel Sansfaçon, Bernard Cliche et Gravel , et autres, dans leurs ouvrages⁹, ont traité de façon exhaustive de la dynamique de l'indemnisation des travailleurs atteints d'une lésion professionnelle. Dans ce vaste champ ouvrier, toujours en mutation, par réflexe professionnel personnel, notre intérêt va au groupe des techniciens de laboratoire. C'est un milieu de travail qui nous intéresse particulièrement pour y avoir œuvré plus de 25 ans comme technicienne médicale dans des hôpitaux universitaires. Dans ce contexte, il serait intéressant de s'enquérir du sort réservé aux techniciens de laboratoire. Car, malgré la grande publicité faite autour des problèmes de santé au travail par les médias d'information, il existe peu de renseignements structurés sur la fréquence, la nature des accidents qui se produisent dans le secteur des laboratoires.

Notre connaissance du milieu, nous a permis de constater le peu de réclamations présentées par les techniciens et le peu de ressources dont ils disposent en général pour se défendre adéquatement quand survient un accident ou une maladie professionnelle.

⁹ Michel SANSFAÇON, « L'indemnisation des victimes d'accidents du travail et des maladies professionnelles : Aspects juridiques en droit québécois », 2^e édition, Montréal, Wilson et Lafleur Ltée, 2000, 488.

Bernard CLICHE et M. GRAVEL, « Les accidents du travail et les maladies professionnelles : indemnisation et financement », Cowansville, Yvon Blais , 1997, 995.

Le sujet ne semble pas avoir retenu l'attention puisqu'aucune étude, aucune recherche n'est faite au Québec, sur la situation des techniciens qui oeuvrent dans un secteur important pour le bien-être et la santé. Pourtant, selon Madame Denise Granger, directrice du Programme organisation du travail de l'IRSST, « des grandes études par les indicateurs de lésions professionnelles indemnisées sont publiées tous les cinq ans. »¹⁰

Le but de cet essai est de décrire et d'analyser la problématique de la prévention des lésions professionnelles chez les techniciens de laboratoire et celle de l'indemnisation de ceux qui en ont été victimes. Pour ce faire, nous décrirons leurs tâches et leur environnement, les risques inhérents au travail de ces derniers. L'incidence des lésions professionnelles, si elle est connue, permettra de révéler l'ampleur des problèmes. Nous étudierons la façon dont les techniciens présentent leur cas de lésions professionnelles, comment ces dernières ont été évaluées par les instances décisionnelles, la manière dont les compensations ont été déterminées, les difficultés particulières que présentent leurs demandes d'indemnisation et la réinsertion au milieu de travail, que ce soit en milieu hospitalier, dans les laboratoires de recherche ou dans le secteur industriel. Nous espérons que cette étude saura susciter une certaine curiosité et apporter un peu de lumière sur les difficultés qu'éprouvent cette catégorie de travailleurs.

¹⁰ Denise GRANGER : « À quoi servent les études statistiques? » dans *Prévention au Travail*, Août-Septembre 1997, p. 27

PREMIÈRE PARTIE : RISQUES PROFESSIONNELS ET PROTECTIONS JURIDIQUES

Chapitre 1- Les risques professionnels auxquels sont exposés les techniciens de laboratoire

A. Le travail du technicien de laboratoire

1. Les tâches et l'environnement de travail

a. *Les tâches*

L'éventail des tâches auxquelles s'adonnent les techniciens de laboratoire est des plus vastes et dépend de la spécialisation de l'entreprise qui les emploie. À titre d'exemple, le travail d'un technicien de laboratoire médical consiste à effectuer des tests de laboratoire à la requête d'un professionnel de la santé, pour aider ce dernier à confirmer ou infirmer un diagnostic ou encore pour évaluer le degré d'atteinte d'un organe. Le technicien doit donc s'assurer que les résultats d'analyse soient exacts pour contribuer à étoffer efficacement le dossier du malade. À l'aide de technologies de pointe, il est appelé à effectuer, dans un délai minimum, des tests qui aideront l'équipe traitante à prodiguer des soins dont l'urgence peut être essentielle pour la survie d'un malade. Par l'application de techniques généralement bien établies, les laboratoires obtiennent des informations permettant au clinicien de préciser son diagnostic ou de vérifier l'efficacité de ses manœuvres thérapeutiques.

Les tâches accomplies par les techniciens dans le cadre de leur emploi sont des plus diversifiées. Ils travaillent sur des spécimens (sang, urines, selles, liquide céphalo-rachidien, etc...) provenant des patients. Le technicien peut être appelé à détecter des parasites, des bactéries, des virus, parfois très contagieux et pouvant être résistants aux antibiotiques. Dans la sphère d'immuno - hématologie, il peut être sollicité pour déterminer rapidement un groupe sanguin en vue d'une éventuelle transfusion. Parfois il s'agit d'évaluer la cascade de la coagulation pour déterminer la cause d'un saignement et apporter un correctif, quand ce n'est pas pour déterminer le type d'un cancer du sang¹¹ ou sur un frottis sanguin, une maladie infectieuse quelconque.

Dans les laboratoires de recherche, le technicien peut être attaché au grand domaine de la génétique en ce qui trait aux chromosomes, aux gènes et à la transmission des caractéristiques individuelles. Dans le domaine de la biologie moléculaire, le domaine d'avenir de la biologie, il peut contribuer à expliquer la façon dont se développent les maladies et les moyens de les traiter.

Un technicien de laboratoire de photographie fait usage de produits lui permettant de développer des négatifs à partir d'un film et de transposer le sujet sur le papier définitif. Dans le cadre de son travail, il utilise des produits chimiques dont la nocivité est indiscutable.

Un technicien de laboratoire affecté à l'analyse des eaux s'intéresse aux rivières, aux lacs et aux cours d'eau et suit l'évolution de la qualité de ces eaux au fil des jours. À tout moment, il doit s'assurer d'une eau de qualité idéale pour les aqueducs, pour la baignade, pour l'abreuvoir des animaux et l'irrigation.

¹¹ Loeb STANLEY, " Clinical Laboratory Test", Spring House Corporation, 1991, p.691.

Certaines de ces analyses peuvent être faites par des capteurs, mais d'autres ne se font qu'en laboratoire, comme mesurer la matière organique dissoute, détecter les métaux, les pesticides et les nitrates ou encore identifier et quantifier les bactéries présentes dans l'eau.

L'expertise vient d'une bonne formation de base et de l'expérience acquise au fil des années. Le technicien doit être sensible aux problèmes survenant dans la l'exécution de sa tâche¹².

Ce faisant, il utilise des techniques diverses. Parfois traditionnelles, celles-ci peuvent aller des compteurs pour le décompte globulaire aux agitateurs « Vortex », en passant par la consignation manuelle des données. Actuellement, plus souvent qu'autrement, les techniques sont modernes, sophistiquées avec un appareillage électronique multifonctionnel et une disponibilité de l'ordinateur avec l'écran cathodique, la souris et le clavier.

b. L'environnement de travail

Malgré la diversité des tâches à accomplir, comme on vient de le voir, malgré l'exigence des différents laboratoires, le technicien est exposé généralement à des conditions physiques semblables. Autour de lui, des produits variés, certains toxiques, d'autres irritants, sont répartis sur des étagères en stockage ou dilués dans des éprouvettes sur la table de travail. Ailleurs, ce sont des produits radioactifs dont il faut mesurer les résidus périodiquement et en débarrasser les surfaces de travail par des techniques spéciales. Les laboratoires d'ensemencement des bactéries, virus et parasites sont généralement isolés et les techniciens en charge, répartis dans les différentes parties de ce secteur.

¹² Commission de la santé et de la sécurité du travail, « Qui sommes-nous / Présentation, Historique, La CSST a plus de 20 ans », Montréal, (Mardi 9 octobre 2001)

Partout on retrouve les appareils à pipetter, l'incontournable ordinateur avec son clavier et son écran cathodique. Il ne faut pas oublier les congélateurs et les réfrigérateurs de stockage de produits biologiques.

Habituellement, le technicien exerce dans un local plus ou moins vaste selon le nombre de personnes qui travaillent ensemble. Mais l'espace qui lui est réservé personnellement est en général restreint et le mobilier n'est pas toujours approprié à ses caractéristiques physiques. Il peut être appelé à travailler debout ou assis pendant de très longues périodes. Dans cet espace de travail, souvent exigu, on comprend dès lors que des accidents puissent survenir à tout moment. Une fausse manœuvre peut entraîner facilement des accidents aboutissant à la contamination des lieux et de ceux qui s'y trouvent : d'où la nécessité de manipuler les produits dangereux sous une hotte, d'assurer une bonne ventilation du laboratoire et une cadence de travail acceptable pour éviter des erreurs de manipulation.

2. Les risques professionnels

La problématique des lésions professionnelles chez les techniciens de laboratoire ne semble pas tellement avoir retenu l'attention. J. Estienne et al. ont publié en 1977, en France¹³, la première étude consacrée aux accidents professionnels dans les hôpitaux généraux. Pour y parvenir, un questionnaire a été adressé à tous les biologistes, chefs de service de laboratoire d'hôpitaux généraux pour répertorier le nombre et la nature des accidents survenus dans leurs milieux de travail et inventorier les dispositions déjà prises ou à prendre pour les éviter. Quarante-seize réponses exploitables statistiquement ont

¹³ J. ESTIENNE et al.: « Les accidents dans les laboratoires des hôpitaux généraux dans *Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de Sécurité sociale* », (Paris) 1977, 38, no.7-8, juillet – août pp. 659-668.

servi de base à leur étude. Les conclusions qui en découlent sont renversantes : 13,5% du personnel oeuvrant dans les laboratoires d'hôpitaux généraux ont été victimes d'accidents professionnels s'étalant sur une période de cinq ans, allant de 1970 à 1974. Dans cette étude de J. Estienne et collaborateurs, l'hépatite virale représentait l'infection professionnelle la plus fréquente (65%), suivie de très loin par la tuberculose (1,8%) et enfin de quelques cas de salmonellose, de brucellose et de tularémie. L'on compte également des brûlures chimiques, des coupures par débris de verre, des explosions et des brûlures par flamme qui totalisent environ 3,6% des accidents recensés.

Une étude américaine de 1973 révélait que sur 731 employés travaillant dans 51 laboratoires, il y avait une incidence d'hépatite ictérique et anictérique de 7.4% alors que 2.5% du personnel étaient porteurs d'antigène australien. Il s'agit là d'une incidence plus élevée que dans la population en général¹⁴.

Une autre étude, en 1980¹⁵, montrait que le risque d'attraper l'hépatite virale augmente avec le nombre d'années de travail du technicien de laboratoire, passant de 18% chez les employés ayant moins de cinq ans de service à plus de 33% chez les employés plus anciens.

Quelques années plus tard, l'Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur affaires sociales (ASSTSAS) dont les travaux se sont échelonnés de mars 1982 à 1985, produisait un Guide prévention¹⁶. Ce guide faisait état des différents risques spécifiques dans les laboratoires de biologie médicale et concluait qu'à partir de ces informations, chaque établissement pourra élaborer

¹⁴ LOGRIPPO, G.A., H. HAYASHI, "Incidence of Hepatitis and Australian Antigenia Among Laboratory Workers", Health Laboratory Scientific, vol.10, 1973 pp. 157-162.

¹⁵ HIRSHHCHOWITZ, B.T., C.A. DASHER, F.J. WHITT, G.W.COLE. "Hepatitis B Antigen and Antibody and Tests of liver Function. A Prospective Study of 310 Hospital Laboratory Workers", American Journal Clinical Pathology, vol. 73 no.2, January 1980, pp.63-68.

¹⁶ ASSTSAS, « Les laboratoires : guide prévention relatif à la manipulation des agents agresseurs chimiques, physiques et biologiques dans les laboratoires de biologie médicale », Montréal, 1987, 1v. (p. Multiple).

son propre programme de prévention relatif à la santé et à la sécurité des travailleurs de laboratoire.

a. *Risques par agents biologiques*

Les risques de contamination par des produits biologiques sont grands. Ils sont omniprésents : collection du matériel : sang, urines, selles, liquide encéphalo-rachidien; manipulation de spécimens de biopsies, lors de l'autopsie et des prélèvements d'organes. Les agents ne sont pas les moindres : les différentes sortes de virus de l'hépatite, le virus du sida, le bacille de la syphilis, de la méningite...etc. Puis viennent le transport des spécimens et le stockage avec les dangers de bris des tubes de sang ou leur ouverture inopinée. Par la suite, l'exécution du test lui-même requiert pipetage et manipulation et dans des cas précis, l'ensemencement sur milieu de culture. Quant aux tissus prélevés par biopsie ou à l'autopsie, le danger persiste encore lors de la préparation des lames ou lors de leur lecture en microscopie.

L'enquête SUMER de 1994 en France¹⁷, a recensé 1,2 millions de salariés exposés au risque biologique dont 19 000 travaillaient en laboratoire d'analyse. Le risque biologique en laboratoire d'analyses est dominé par le risque infectieux. Ce risque varie inversement avec l'observance des règles de protection.

La plupart des accidents ont pour cause des piqûres ou des coupures lors de la manipulation de matériel infecté, du pipetage à la bouche, du renversement de flacons, des éclaboussures de tube hors des centrifugeuses, de morsures ou griffures d'animaux de laboratoire. Mais dans la plupart des cas, aucune cause spécifique n'est retrouvée et la contamination par des aérosols infectieux est le plus souvent évoquée.

¹⁷ Alain CANTINEAU, Thomas PERRIN : « Prévention des affections professionnelles dans les laboratoires d'analyses médicales », dans *Base de données de l'Association interentreprises de Médecine du Travail du Bas-Rhin (AIMT)*, 20 juillet 1998, 15p, p.1.

Il y a quelques années, le 4 juin 1997, le quotidien La Presse titrait en première page : « Pléthore d'accidents biologiques –1500 employés d'hôpitaux montréalais ont été exposés à des liquides contaminés au cours des 20 derniers mois. » Selon le Dr Pierre Robillard, médecin coordonnateur des risques biologiques « aucun cas de séroconversion lié à un accident de travail n'a été enregistré à ce jour au Québec. Mais il est possible qu'il y en ait eu puisque l'on perd la trace de 75% des travailleurs touchés par un liquide contaminé au VIH. »

b. Risques par agents physiques

Dans certains milieux, c'est le bruit qui constitue le risque principal. En d'autres lieux, ce sont les variations de température lorsque le stockage en chambre froide est requis. Là où il y a des radiations (rayons X, radioactivité des produits marqués), on a l'habitude de voir les techniciens avec leur dosimètre qui capitalise leur exposition cumulative aux rayons, car ces dernières peuvent être la cause d'infertilité et de cancer. Parfois, l'éclairage est mauvais : plafond trop élevé, tubes néons qui clignotent, d'où une fatigue visuelle qui, à son tour, peut conduire à des accidents. Les centrifugeuses, les fours autoclaves peuvent être sources d'accidents graves. C'est pourquoi il faut un contrôle régulier de tout le matériel par mesure de prévention.

c. Risques par manipulation

Le décompte des cellules sur les compteurs, la numération globulaire par microscopie, le travail sur clavier d'ordinateur avec leur exigence de mouvements répétitifs, le pipetage à répétition des échantillons continuent de créer des problèmes au niveau des articulations et des muscles sollicités. La fatigue oculaire devant les écrans cathodiques des ordinateurs, les douleurs cervico-dorso-lombaires résultant des vices de posture ne sont pas non plus à

négliger. Un contact accidentel avec du verre brisé et souillé, une dernière goutte mal expulsée d'une pipette, une aspiration par pipetage d'un liquide contaminé, une aiguille contaminée par du sang infecté sont autant de facteurs de risque.

d. Risques causés par des facteurs stressants

Les horaires de travail complexes, la grande diversité et l'augmentation des tâches à accomplir, la violence au travail, l'urgence des requêtes, la crainte de se tromper avec la manipulation d'une quantité de plus en plus grande d'échantillons ne constituent qu'une mince partie des facteurs susceptibles de générer du stress au laboratoire. Le travail de nuit, avec ses contraintes temporelles, a ses répercussions sur les rythmes biologiques et apporte son lot de problèmes.

e. Risques associés aux produits chimiques

Le nombre de personnes exposées à des produits toxiques est naturellement très inégal selon qu'il s'agit d'appariteur de laboratoire, technicien ou ouvrier. Aucun groupe professionnel n'est entièrement à l'abri du risque ; la répartition varie aussi d'un laboratoire à l'autre.

Le risque chimique en laboratoire d'analyses médicales a beaucoup perdu de son importance. Les techniques d'analyse font maintenant usage de trousse avec des réactifs prêts à être utilisés si bien qu'on prépare beaucoup moins de solutions, mises à part celles utilisées dans les laboratoires de recherche ou d'enseignement.

L'usage des solvants inflammables dans les laboratoires cliniques, tels le toluène et le xylène en pathologie, les éthers et autres solvants organiques en biochimie, les becs Bunsen en microbiologie sont des causes potentielles d'incendie. De plus, des acides concentrés peuvent causer des brûlures graves, des irritations au niveau des voies respiratoires, des allergies et enfin, les cylindres de gaz sous haute pression peuvent entraîner des blessures et des intoxications.

Plus de 150 produits ont été répertoriés comme susceptibles de provoquer des maladies professionnelles¹⁸. Parmi les plus manipulés se retrouvent avec leurs risques pour la santé : le mercure (gastro-entérite) ; le tétrachlorure de carbone (l'hépatite toxique) ; l'ammoniac (irritation oculaire) ; les traceurs radio-actifs ; le chlore et son acide, l'acide chlorhydrique (brûlure cutanée), le toluène (étourdissement) ; l'alcool éthylique (irritation bronchique et oculaire) ; l'alcool méthylique (cécité). Même si les risques sont moindres en laboratoire d'hôpital que dans l'industrie, ils demeurent présents ; mais c'est surtout en cas de négligence qu'apparaissent les dangers d'intoxication.

Sous la forme gazeuse, les substances rencontrées s'absorbent très rapidement par la peau et le système respiratoire. En conséquence, les risques qui y sont associés sont considérés parmi les plus sérieux. Dans cette catégorie, on trouve l'ammoniaque, le formaldéhyde, le chlore, le fréon pour ne citer que ceux-là.

¹⁸ Edward RUBEINSTEN, "Occupational Safety and Health", *Scientific American Medicine*, (1995) Chap. I, section VII, page 4-24

B. L'incidence des lésions professionnelles chez les techniciens de laboratoire

Il demeure difficile de mesurer l'incidence des lésions professionnelles chez les techniciens de laboratoire. Il faut noter d'une part que les journaux médicaux et autres, ne rapportent en général que les cas les plus sensationnels et ceux qui constituent une nouveauté.

1. Les études et les banques de données

Une recherche effectuée dans la Banque de données informatisée Medline¹⁹ nous a permis de recenser 6834 articles médicaux, en langue française et anglaise, faisant référence aux maladies professionnelles, et s'étendant de 1997 à décembre 2000. De ce nombre, seulement 157 concernaient la maladie d'un technicien de laboratoire. Mais quand on précisait la notion de lésion professionnelle développée chez des techniciens de laboratoire, il ne restait que 35 articles. Ceux-ci donnent un éventail de lésions allant des plus banales aux plus graves. On retrouve des dermites de contact par le latex (comme dans toutes les industries), mais aussi celles dues aux substances, comme l'huile d'immersion utilisée pour la microscopie, des protéases, méthyl-pyridine..., puis des infections connues : hépatites virales A,B,C, tuberculose, brucellose, mais aussi le SIDA. On rapporte même dans la littérature médicale un cas d'infection par le virus de l'immunodéficience simiesque²⁰. Il ne faudrait pas oublier les cas de douleurs aux membres supérieurs et de tunnel carpien résultant du pipetage quotidien et soutenu. Il a même été signalé une augmentation de l'incidence du cancer du sein chez certaines techniciennes oeuvrant dans des laboratoires

¹⁹ BASE DES DONNÉES INFORMATISÉES de la « médecine en ligne » : Medline, accessible depuis l'année 1970

²⁰ Rima KHABBAZ, M.D. and al. : " Brief Report Infection of a Laboratory Worker with Simian Immunodeficiency Virus ", The New England Journal of Medicine, January. 20, 1994, page 172

spécifiques d'hôpitaux²¹. À ce point de vue, il est intéressant de mentionner la nouvelle rapportée par le quotidien La Presse, dans son édition du 26 novembre 2001, d'une concentration de 18 cancers dans le secteur du laboratoire central de l'hôpital Ste-Justine, même si le lien causal entre le milieu de travail et la maladie n'est pas établi scientifiquement.

La banque de jurisprudence informatisée AZIMUT de la Commission des lésions professionnelles que nous avons aussi utilisée pour repérer les cas litigieux soumis plus loin, à la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, nous renseigne sur plus de dix cas qui de 1998 à 2001 ont nécessité une décision de la *Commission des lésions professionnelles* (CLP) Puis dans les recueils des décisions des *Bureaux de révision paritaires* (BRP) et dans ceux de la jurisprudence de la *Commission d'appel des lésions professionnelles* (CALP), nous avons relevé 12 autres décisions. Nous avons laissé de côté les techniciens de certains laboratoires connexes, comme ceux travaillant dans l'amiante, le chrome, par exemple. Leurs maladies professionnelles énumérées dans la section V de l'annexe I, et constituées presque exclusivement de maladies pulmonaires, font l'objet d'une autre problématique et d'un autre mode d'évaluation par la CSST.

2. Les données statistiques de la CSST

L'analyse des données statistiques de la CSST sur la répartition des maladies professionnelles indemnifiables est très révélatrice. Si l'on examine un bloc couvrant la période de l'année 1996 à l'année 2000, il paraît évident que les réclamations du groupe réunissant des techniciens spécialistes et techniciens de laboratoire médicaux (groupe 3156), sont peu nombreuses. Elles ne représentent qu'un mince 0.2% de l'ensemble des réclamations de toutes les professions et ce, pour chacune des années de 1996 à 2000. (Tableau 1). Par

²¹ American Journal of Industrial Medicine : "Cancer Mortality Among Women Employed in Health Care Occupation in 24 U.S. States", 1999, 36, pp.159-165

contre, le pourcentage obtenu n'a pas de valeur indicative absolue au point de vue de l'incidence des lésions professionnelles. Il faudrait avoir comme valeur de comparaison, la fraction que constitue l'ensemble des travailleurs de ce groupe dans la totalité des travailleurs de toutes les professions étudiées.

Si maintenant on prend la catégorie des hôpitaux de courte durée, (secteur 73030) dont les techniciens de laboratoire médicaux font partie, (Tableau 2) on remarque que les réclamations du groupe 3156 ne sont pas plus élevées. Là encore, il faudrait avoir le nombre total respectif des travailleurs pour aboutir à une estimation définitive. Les statistiques détaillées sont publiées tous les deux ans. En 1998, ces statistiques ont départagé le groupe 3156 en techniciens de laboratoire et techniciens spécialistes (Tableau 3). On a alors retrouvé sur le total des 20 réclamations du groupe que deux provenant des techniciens de laboratoire dont une pour inflammation et une autre pour rhumatisme.

Toutes ces données semblent aller dans le même sens : il y aurait peu de réclamations de la part des techniciens de laboratoire médicaux. Les indices indirects comme le taux de tarification et le taux de cotisation semblent corroborer cette conclusion. Pour les secteurs d'activité, groupe 73030 , les taux sont bas en comparaison des autres secteurs et sur la période d'évaluation de 1996 à 2000, ils affichent même une valeur progressivement décroissante (Tableau 4).

Le taux de cotisation des associations sectorielles paritaires affaires sociales, dont fait partie le groupe 3156, est d'ailleurs le plus bas, à 0,03 (Tableau 5). Il faut rappeler que le taux de cotisation et le taux de tarification varient proportionnellement avec le nombre de réclamations.

Les réclamations pour lésions professionnelles sont donc réellement peu nombreuses chez les techniciens de laboratoire médicaux. Il est donc possible que dans la réalité les lésions soient effectivement peu fréquentes. Cependant, il ne faut pas rejeter d'emblée l'alternative qu'il y ait un nombre plus élevé d'incidents non déclarés parce qu'ils sont mineurs ou que les techniciens trouvent eux-mêmes des solutions. Ils ne finissent par consulter un médecin et se rapporter aux instances de leur établissement que si le problème est majeur ou s'il devient chronique, interférant avec leur confort personnel ou leur efficacité au travail.

L'étape suivante est la recherche des causes de la lésion, étape des plus importantes, car elle détermine la validité ou non d'une éventuelle demande d'indemnisation.

C. La recherche des causes des lésions professionnelles : Intérêt et méthodes

1. Intérêt

La recherche des causes d'une lésion contractée au travail est intéressante à plusieurs titres : d'abord en regard de la santé du travail, si le diagnostic n'est pas posé adéquatement, on risque une exposition prolongée avec développement plus sévère, récurrent, voire même irréversible de la maladie. L'élucidation de la cause de l'affection permet de prodiguer les soins appropriés, le traitement quand il est disponible et le retrait du travailleur du milieu du travail, si nécessaire. La singularisation du problème du travailleur peut aussi permettre de retracer d'autres individus affectés, travaillant dans les mêmes conditions.

L'attention apportée à ces cas peut amener la CSST à modifier les conditions de travail dans le secteur impliqué. Toute maladie professionnelle diagnostiquée apporte des éléments nouveaux aux données épidémiologiques qui couvrent ce secteur de la médecine du travail. Enfin, le travailleur peut avoir droit à des compensations qui varieront selon la gravité de l'affection, sa réponse ou non à un traitement. De ce point de vue, rappelons que certaines affections comme l'asthme, disparaissent avec le changement de milieu de travail. Dans certains cas, les crises peuvent disparaître avec le retrait du milieu de travail, mais, il se peut que la broncho-réactivité persiste face à des irritants non spécifiques. D'autres affections, comme la tendinite par exemple, peuvent s'amender avec un retrait et un traitement.

Ces considérations ne sont pas spécifiques au travail en laboratoire, mais sous-tendent la problématique des lésions professionnelles de tous les travailleurs. Les techniciens de laboratoire doivent toutefois, en être conscients car il s'agit d'éléments importants pour leur santé et leur sécurité au travail, la reconnaissance des lésions professionnelles qu'ils peuvent présenter et leur indemnisation éventuelle.

2. Méthodes

On doit donc procéder de façon systématique dans le contexte d'une évaluation la plus exacte possible, en vue de la constitution de la preuve nécessaire à la reconnaissance du caractère professionnel de la lésion et à l'octroi de l'indemnisation. Trois étapes importantes peuvent être considérées.

Premièrement, il s'agit de faire un examen médical du travailleur et d'établir chez lui la présence d'une pathologie susceptible de se développer dans les conditions où il travaille ou a déjà travaillé. L'évaluation médicale doit être

complète avec élimination de toutes les autres causes susceptibles de donner les mêmes pathologies. Lorsque possible, une évaluation quantitative doit être faite de l'incapacité. Cela servira non seulement à établir les compensations, mais aussi à permettre de suivre l'évolution de la maladie.

On comprend l'importance du bilan de santé avant l'embauche du technicien. À défaut, une bonne histoire personnelle, permet d'évaluer la présence de conditions antérieures qu'il faut distinguer du problème actuel. De plus, il est possible que la lésion professionnelle sous étude ne représente qu'une aggravation d'un état morbide pré-existant, parfois asymptomatique.

Deuxièmement , l'étude du milieu de travail doit faire ressortir l'exposition, sa durée et son intensité dans les cas appropriés. Pour les atteintes toxiques, la durée et l'intensité sont importantes. Pour les allergies, ces facteurs ont une importance moindre. L'implication d'une substance comme cause du problème, n'est pas toujours facile, car le travailleur peut être exposé à une grande variété de substances et l'exposition peut varier dans sa nature et avec le temps. Par ailleurs, les normes gouvernementales ne sont que générales et ne définissent qu' un seuil sous lequel le risque est considéré acceptable. Le problème se complique davantage du fait qu'il y a des synergies entre l'exposition en milieu de travail et l'environnement général et personnel du travailleur. À l'extrême, le produit nocif au travail peut se retrouver également dans la maison du travailleur²².

L'évaluation du milieu portera sur la diversité des produits utilisés²³, sur les mesures d'hygiène de l'environnement appliquées par l'employeur; sur les mesures de protection du travailleur et aussi sur le respect ou non de ces mesures par l'employeur et aussi par le travailleur. Lorsqu 'indiqué, il faut revoir

²² Charles E. BECKER, "Principles of Occupational Medicine" in Cecil Textbook, 1992 , page 2332

²³ *Idem*, p.2331

en détail le scénario de l'exécution de la tâche avec description de l'enchaînement des mouvements, des appareils utilisés et du cadre physique du lieu de travail. Seule une évaluation minutieuse, de type ergonomique, peut permettre de se retrouver dans le dédale des lésions musculo-squelettiques dont peuvent se plaindre les travailleurs.

Troisièmement, établir un lien entre l'affection et le type de travail de l'individu : les données épidémiologiques confirment-elles un lien possible entre le type de travail et l'affection? Existe-t-il d'autres cas dans le secteur? Y a-t-il absence d'autres causes pour expliquer ce genre de pathologie? Le développement dans le temps est-il compatible avec ce qui est connu de la pathogénèse de cette affection? La susceptibilité à contracter des maladies varie selon les individus et une affection peut aussi se développer après que l'exposition soit terminée. Aussi, la pathologie peut avoir été contractée dans un autre milieu de travail. Dans les cas heureux pour les travailleurs, des marqueurs biologiques peuvent indiquer la substance responsable : détection de fibres d'amiante dans les lésions pulmonaires; tests cutanés impliquant un allergène dans un urticaire; provocation d'une dermatite de contact avec la substance suspecte; crise d'asthme avec un test de provocation en amenant la substance suspectée au contact de la bronche; amélioration de l'état de santé lors des fins de semaine, des vacances et du retrait du travail. La rigueur scientifique apportée à la constitution du dossier ne vaut pas seulement pour les techniciens de laboratoire, mais présente la norme pour tous. Par contre, dans les laboratoires, la cause d'une lésion peut être moins évidente que par exemple, un accident sur un chantier de construction et nécessite un travail d'élucidation plus difficile et plus nuancé.

Chapitre 2- Les protections juridiques offertes aux techniciens de laboratoire

A. La prévention des lésions professionnelles : *la Loi sur la santé et la sécurité (LSST)*

En 1979, la *Commission de la santé et de la sécurité* voyait le jour et prenait la relève de la Commission des accidents du travail²⁴. La création de cet organisme s'inscrivait dans le cadre d'une vaste et ambitieuse réforme en deux étapes du domaine de la santé et de la sécurité au travail. La première étape fut l'adoption, en 1979, de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (ci- après L.S.S.T.). Le 25 mai 1985, le législateur québécois passait à la seconde étape de sa réforme en adoptant la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (L.A.T.M.P.)²⁵.

1. Historique

Au cours des années 1970, le domaine de la santé et de la sécurité du travail a pris de l'expansion et est devenu une véritable préoccupation sociale²⁶. En 1979, la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (L .S.S.T.) a été promulguée²⁷. La *Loi sur la santé et la sécurité* du travail repose sur deux grands principes : la prévention des dangers relatifs à la santé, à la sécurité et à l'intégrité physique des travailleurs, et la prise en charge par les parties intéressées, travailleurs et employeurs, de l'élimination à la source de ces dangers.

²⁴ L.Q. 1979, c.63

²⁵ L.R.Q., c. A-3.001

²⁶ Josée MARINEAU, « La prévention et l'indemnisation des lésions professionnelles : les conditions personnelles préexistantes » dans *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail*, (1993), vol. 50, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, Cowansville, Yvon Blais , 1 à 30, p. 4

²⁷ L.R.Q., c. S-2.1

Il s'agit là de changements majeurs par rapport à la législation antérieure, qui ne s'attaquait que de façon partielle aux causes des accidents de travail et des maladies professionnelles. En outre, la participation active de toutes les parties engagées, reconnue par l'adoption du principe de la parité, bat en brèche une partie des droits de gérance ancestraux reconnus jusque là aux employeurs²⁸.

2 Mécanismes d'intervention

La *Loi sur la santé et la sécurité du travail* est donc axée sur la prévention. Elle établit les mécanismes de participation des travailleurs, des employeurs ainsi que de leurs associations respectives à la réalisation de cet objectif.

Le concept de santé et de sécurité au travail a connu de grands projets. Quatre lois fédérales portent sur la santé et la sécurité au travail, notamment le *Code canadien du travail*, Partie II²⁹ qui touche tous les employés du gouvernement fédéral, traite en particulier des règlements sur la sécurité au travail employés-employeurs, des obligations employeurs – employés à l'égard de la promotion de la santé et de la sécurité.

Au Québec, La *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST) accorde aux travailleurs des droits en matière de prévention qui sont assujettis à des conditions précises d'application. Ces conditions sont définies par les lois et les règlements et établies par la jurisprudence.

Le législateur, aux articles 58 et suivants de la LSST, a prévu aussi l'obligation pour les entreprises d'élaborer un programme de prévention dans le but d'éliminer à la source les dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité

²⁸ Denis BRADET et al., « Historique, Présentation de la Loi », dans *Droit de la santé et de sécurité au travail*, 2^e Édition, Cowansville, Yvon Blais, 1993 , p. 7

²⁹ L.R.C. 1985, ch. L-2

physique des travailleurs. La loi oblige les établissements employant plus de 20 travailleurs à former localement un comité de santé et de sécurité. La CSST peut toutefois, si elle le juge opportun, exiger la formation d'un tel comité dans un établissement qui regroupe moins de 20 travailleurs. Au sein de ce comité de santé et de sécurité, l'article 87 de la CSST prévoit la création de postes de représentants des travailleurs à la prévention .

Pour l'employeur, il est impérieux de procurer au travailleur un cadre de travail adéquat pour que celui-ci puisse exécuter le travail pour lequel il a été engagé. Le milieu de travail ne doit pas être susceptible de porter atteinte à la santé, à la sécurité et à l'intégrité physique de l'employé comme il est dit à l'article 51 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* : « L'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique du travailleur. » Le même principe est également affirmé dans la *Charte des droits et libertés de la personne*³⁰ à l'article 46 qui précise : « Toute personne qui travaille a droit, conformément à la loi, à des conditions de travail justes et raisonnables et qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique. »

Le 15 février 2001, le conseil d'administration de la CSST adoptait à l'unanimité le *Règlement sur la santé et la sécurité du travail (RSST)*³¹, entré en vigueur le 2 août 2001. Ce règlement est le fruit d'un consensus entre les parties patronales et syndicales au sein des comités paritaires techniques de la CSST. Il est le résultat de la fusion du *Règlement sur les établissements industriels et commerciaux (REIC)* et du *Règlement sur la qualité du milieu de travail*³². Le RSST établit des normes générales pour assurer la santé, la sécurité, l'intégrité physique des travailleurs. Il statue sur des normes applicables à des domaines variés : qualité de l'air, dispositions des matières dangereuses et des déchets

³⁰ L.R.Q., c. C-12

³¹ R.R.Q. S-2.1, r. 19.01

³² R.R.Q. 1981, c. S-2.1, r.9 et R.R.Q. 1981, c. S-2-1, r.15

dangereux, ventilation, machines, aménagement des lieux de travail et certains travaux à risque élevé³³. Le législateur a prévu l'imposition d'amendes ou de perte de permis en cas de non respect de ces directives.

Le législateur a aussi prévu un droit de retrait pour la femme enceinte ou qui allaite lorsqu'un état relié à la grossesse ou à la santé oblige à un arrêt de travail³⁴. On doit donc considérer que les techniciens de laboratoire devraient bénéficier de la protection de ces mesures législatives et d'un retrait si le travailleur est exposé à un contaminant. À l'article 12, il confère aussi à tout travailleur le droit de refuser d'exécuter un travail s'il a des motifs raisonnables de croire que l'exécution d'un travail l'expose à un danger pour sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique.

On doit donc considérer que les techniciens de laboratoire devraient bénéficier de la protection des mesures législatives.

B. L'indemnisation des lésions professionnelles : la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)*

1. Historique et caractéristiques principales

Au début du XX^{ième} siècle, l'ouvrier recevait peu ou pas de protection contre les accidents causés par le travail. Hormis les quelques rares occasions où la faute du patron était reconnue et l'ouvrier indemnisé, l'accident était toujours source de conflit entre la responsabilité du patron employeur et celle de l'ouvrier victime sur les lieux du travail. Les risques d'événements imprévus, de maladies professionnelles et leurs séquelles étaient assumés en grande partie par

³³ Hélène SAVARD, « Une re-naissance attendue... » dans *Prévention au travail*, CSST et l'IRSST, Été 2001, vol.14, no. 3 p. 15

³⁴ LSST, articles 40 et 46

l'ouvrier. Ce dernier, en cas d'échec dans sa réclamation, devenait doublement victime car il perdait son emploi, son salaire et sa santé en même temps³⁵.

C'est en 1909 que fut adoptée, au Québec³⁶, la première loi relative aux accidents du travail, appelée *la Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, et la réparation des dommages qui en résultent*³⁷. La loi de 1909, comme celle de 1928 intitulée *Loi des accidents du travail*³⁸, a prévu l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité absolue temporaire. C'est l'ancêtre de l'actuelle CSST. Puis, en 1931, le législateur adopte une nouvelle *Loi sur les accidents*³⁹, en l'amendant de nombreuses fois par la suite. On assiste à une transformation des relations de travail à compter des années soixante. Dans la foulée de cette transformation, de nouvelles lois et règlements virent le jour⁴⁰.

La *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles* adoptée en 1985, faisait naître un tout nouveau régime d'indemnisation avec de nouveaux droits pour les travailleurs et la création de nouvelles instances décisionnelles. Elle a connu plusieurs modifications législatives après son adoption dont une d'importance en 1992, la création du BÉM dont les conclusions lient la Commission de la santé et de la sécurité du travail et influent sur l'indemnisation. Elle a subi des modifications majeures en ce qui a trait à la procédure d'évaluation médicale, à la reconsidération des décisions de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et à la compétence des

³⁵ Jean-Louis BAUDOUIN, « La responsabilité civile » 4^e édition, Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, 1994, p. 517

³⁶ *Supra*, note 9, page 9

³⁷ S.Q. 1909, c. 66

³⁸ S.Q. 1928, c. 80

³⁹ S.Q. 1930-1931, c. 100

⁴⁰ Denis BRADET, et al : « Droit de la santé et de la sécurité du travail - La loi et la jurisprudence commentées », Cowansville, Yvon Blais, 1986, p.5-6

bureaux de révision à l'égard des questions médicales⁴¹. L'abolition des bureaux de révision paritaire et de la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles en 1998 a amené la création d'un recours en révision administrative et d'un nouveau tribunal à composition paritaire, *la Commission des lésions professionnelles (C.L.P.)*⁴².

La LATMP a grandement modifié le système québécois d'indemnisation des victimes d'accidents du travail. Elle a instauré un nouveau régime de réparation des lésions professionnelles, consolidé certaines dispositions réglementaires et administratives, et consacré le droit de retour au travail. Ainsi, l'employeur qui ne désirait pas reprendre un travailleur accidenté, redevenu capable de travailler, se référait au *Code du travail*⁴³, à la *Loi sur les normes*⁴⁴ ou le cas échéant, à la convention collective. Il n'était pas tenu de maintenir le travailleur dans l'ancien emploi, ni de créer des accommodements qui seraient compatibles avec les nouvelles limitations du travailleur. La situation du salarié, victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, était donc entièrement subordonnée à la volonté de l'employeur. *La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* confère dans les limites prévues au chapitre VII, le droit au retour au travail.

En vigueur depuis 1985, la Loi envisage la protection de l'emploi des salariés victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle. Elle s'efforce pour l'essentiel de maintenir le lien d'emploi pendant l'arrêt de travail et lors du retour au travail. Tout comme les programmes de réadaptation adoptés en vertu de l'ancienne *Loi sur les accidents de travail*⁴⁵, la LATMP aborde

⁴¹ *Supra*, note 25

⁴² Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives, L.Q. 1997, c. 27

⁴³ L.R.Q., c. C-27

⁴⁴ L.R.Q., c. N-11

⁴⁵ L.R.Q. 1977, c. A-3

également la question du devenir social du salarié victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

2. La qualification comme lésion professionnelle

L'article 2 de la LATMP nous fournit une définition de lésion professionnelle qui conditionne l'exercice des droits des travailleurs. Il définit une « lésion professionnelle » comme une blessure ou une maladie qui survient par le fait ou à l'occasion d'un accident du travail, ou une maladie professionnelle, y compris la récurrence, la rechute ou l'aggravation. « En fait, la notion de lésion professionnelle englobe tant la notion d'accident du travail que celle de maladie professionnelle sans toutefois, ajouter quelque élément que ce soit à ces deux dernières notions. »⁴⁶ La maladie professionnelle est définie « comme une maladie contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui est caractéristique de ce travail ou reliée directement aux risques particuliers de ce travail. »⁴⁷ De plus, il est possible que la lésion professionnelle sous étude ne représente qu'une aggravation d'un état morbide pré-existant. En pareil cas, la lésion est reconnue en vertu de la théorie du « thin skull rule » appliquée à quelques reprises par les tribunaux supérieurs dans l'exercice de leur pouvoir de contrôle et de surveillance.

a. *L'accident de travail*

La loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles définit un accident : « un événement imprévu et soudain attribuable à toute cause, survenant à une personne par le fait ou à l'occasion de son travail et qui entraîne pour elle une lésion professionnelle. »

⁴⁶ Bernard CLICHE et M. GRAVEL, « Les accidents du travail et les maladies professionnelles – Indemnisation et financement », Cowansville, Yvon Blais, 1997, 993 p., p. 79

⁴⁷ LATMP, article 2

Pour déterminer si un travailleur est victime d'un accident de travail, il est important au regard de la LATMP de considérer plusieurs facteurs : le moment, les circonstances et le lieu de l'événement. S'ils ne sont pas bien identifiés lors de la réclamation, l'accident ne pourra donner ouverture à son identification, au sens de la LATMP⁴⁸.

La définition d'accident du travail a reçu de la jurisprudence une interprétation large et libérale en vertu de l'article 41 de la Loi d'interprétation du Québec qui se lit : « Toute disposition d'une loi, qu'elle soit impérative, prohibitive ou pénale, est réputée avoir pour objet de remédier à quelque abus ou de se procurer quelque avantage. »⁴⁹

Cependant, un lien d'emploi doit exister entre le travailleur et son employeur pour reconnaître la lésion découlant de cet accident. Mais le législateur pour faciliter la preuve d'une lésion professionnelle, avec sa loi sociale, a adopté à l'article 28 de la loi, une notion de présomption : « Une blessure qui survient sur les lieux du travail alors que le travailleur est à son travail est présumée une lésion professionnelle. » Cependant, pour bénéficier de l'application de la présomption, le travailleur doit démontrer trois éléments : d'abord qu'il a subi une blessure, que cette blessure est arrivée sur les lieux du travail, que cette blessure est arrivée alors qu'il était à son travail. Dans ce cas, il y a présomption légale de lésion professionnelle, selon l'article 28 de la LATMP.

⁴⁸ *Supra*, note 26, p. 18 et s.

⁴⁹ *Supra*, note 9, p.55

b. *La maladie professionnelle*

La *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* fait des distinctions en matière de maladie professionnelle. À l'annexe I, elle énumère un certain nombre de maladies qui « sont caractéristiques du travail correspondant à chacune des maladies et sont reliées directement aux risques particuliers de ce travail. »

Le travailleur est considéré atteint d'une maladie professionnelle, s'il présente une de ces conditions et qu'il a exercé un travail correspondant à l'annexe I. Cette annexe I de la Loi dresse une liste de maladies causées par certains genres de travail particuliers. Si le travailleur est atteint d'une de ces maladies et que le genre de travail effectué correspond à cette description, le travailleur est considéré atteint d'une maladie professionnelle.

Cette présomption a pour effet d'éviter au travailleur de produire une preuve du caractère professionnel de sa maladie. La partie qui entend nier la qualification comme lésion professionnelle doit prouver que le travail n'est pas à l'origine de la maladie.

Pour les maladies non énumérées à l'annexe I, la présomption ne s'applique pas. L'article 30 énonce : « le travailleur atteint d'une maladie non prévue par l'Annexe I, contractée par le fait ou à l'occasion du travail et qui ne résulte pas d'un accident de travail ni d'une blessure ou d'une maladie causée par un tel accident est considéré atteint d'une maladie professionnelle s'il démontre que sa maladie est caractéristique d'un travail qu'il a exercé ou qu'elle est reliée directement aux risques particuliers de ce travail. »⁵⁰ Dans cette perspective, l'apport du médecin consiste à réunir dans son rapport les éléments permettant d'établir le diagnostic.

⁵⁰ LATMP, art. 30

Nous allons maintenant considérer le fonds législatif sur lequel va se décider la reconnaissance officielle de l'implication des conditions de travail sur le développement de l'affectation du technicien.

c. *Autres formes de lésions reconnues*

L'article 31 de la LATMP fut adopté en 1985 par le législateur. Il remédie à un vide juridique car il permet d'indemniser le travailleur victime d'une lésion professionnelle consécutive aux soins reçus ou omis, ou dans le cadre de son plan individualisé de réadaptation.

Ainsi, l'article 31 de la Loi permet, dans une certaine mesure, d'indemniser le travailleur des conséquences néfastes relatives à une lésion professionnelle⁵¹. Les tribunaux accepteront une réclamation fondée sur cet article si l'existence des conditions ci-dessus énoncées sont démontrées. La décision de la Cour d'appel dans *Hardouin c. C. A.L. P.*⁵² confirme cette interprétation libérale de cet article.

Le concept de lésion professionnelle englobe aussi les notions de récurrence, de rechute et d'aggravation. Mais aucune définition de ces notions n'est donnée dans la *Loi sur les accidents et les maladies professionnelles du travail*. Les instances spécialisées ont ainsi eu à se référer aux définitions retrouvées dans les dictionnaires courants⁵³.

⁵¹ *Supra*, note 9, p. 123

⁵² *Hardouin c. C.A.L.P.* [1992] C.A.L.P. 1111 (C.A.)

⁵³ *Supra*, note 9, p. 115

Le technicien qui veut établir une récurrence, une rechute ou une aggravation de sa lésion doit établir par une preuve médicale prépondérante la relation existant entre l'accident initial et la pathologie présentée à l'occasion de la rechute, de la récurrence ou de l'aggravation. La lésion initiale doit avoir été reconnue antérieurement par une décision de la CSST. Les coûts sont imputés à l'employeur où a eu lieu l'accident de travail initial.

Nous allons maintenant considérer le fonds législatif sur lequel va se décider la reconnaissance officielle de l'implication des conditions de travail sur le développement de l'application du technicien.

d. Le problème du lien de causalité

1) Une question déterminante

L'évaluation médicale du travailleur quant au diagnostic revient au médecin qui en a charge, selon l'article 199 de la LATMP. Ce peut être son médecin de famille ou le médecin de garde d'un hôpital ou d'une clinique où il s'est présenté, ou encore un médecin spécialiste auquel il a été référé par le médecin en charge pour opinion. Ce spécialiste agira comme médecin à charge pour tout ce qui relève de son intervention. Le médecin du service de santé de l'employeur ne peut être désigné pour servir de médecin qui a charge du travailleur.

Le rapport ainsi que les autres conclusions établies par le médecin en charge lient la CSST selon l'article 224 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles à moins qu'ils n'aient fait l'objet d'une contestation dans les formes prévues. Il peut y avoir prise de décision par la CSST à la réception du rapport initial du médecin en charge.

L'opinion du médecin en charge peut être contestée soit par la CSST, soit par l'employeur. La CSST peut exiger d'un travailleur qu'il se soumette à l'examen d'un professionnel de la santé qu'elle même désignera pour le réévaluer (article 204 LATMP). Le rapport de ce dernier peut infirmer la conclusion du médecin à charge qui peut alors soumettre un rapport écrit complémentaire dans les 30 jours.(article 205.1 LATMP). La CSST doit alors faire parvenir au Bureau d'évaluation médicale (article 206 LATMP) le rapport qu'elle a obtenu. Il s'ensuivra un avis du BÉM (article 212, 221 LATMP) dans un délai de 30 jours qui liera la CSST (article 224.1) Le cas échéant, si l'avis n'arrive pas dans ce délai, la CSST est liée par ce qu'elle a obtenu du professionnel de la santé qu'elle a désigné. L'employeur peut également contester les conclusions du médecin à charge en désignant son propre expert pour réévaluer le problème (article 209 LATMP). Ce dernier devra alors produire un rapport dans les 30 jours suivants et le médecin en charge pourra y répondre avec un rapport complémentaire (212.1 LATMP). Là encore, ceci pourra aboutir devant le BÉM si les conclusions infirment celles du médecin qui à charge.

Mais, même lorsque les cas suivent le parcours normal aboutissant aux instances décisionnelles, il reste encore des embûches. Le problème crucial est l'établissement d'un lien de causalité entre le travail et la lésion. Même si le lien de causalité relève de la décision d'instances non médicales, cette dernière requiert une évaluation médicale de base qui doit être faite de façon rigoureuse. Il ne faut pas seulement une opinion subjective du médecin en charge, mais un diagnostic bien étayé avec une preuve prépondérante de la relation de cause à effet entre le travail et l'affection du travailleur et à l'appui, la doctrine médicale pertinente. Le dossier médical revêt donc une importance capitale dans la conduite du dossier d'une lésion professionnelle.

En cas de contestation, le technicien aura pour adversaires les conseillers juridiques aguerris, mandatés par la CSST ou l'employeur et les médecins qui travaillent pour ce dernier. Il est donc important pour le technicien de bénéficier d'un soutien juridique adéquat. Le syndicat n'offre pas toujours cette aide et le travailleur, s'il veut défendre son dossier jusqu'au bout, doit souvent faire appel aux services privés d'un avocat avec des notes de frais qu'il lui arrive de ne pouvoir acquitter. Faute de moyens financiers, le travailleur abandonne alors la revendication de ses droits à la santé et à la sécurité, droits fondamentaux reconnus par la Loi.

Pour un dossier bien constitué, un lien de causalité n'est pas difficile à établir, à moins d'un cas litigieux. Dans cette dernière éventualité, il relève du médecin qui a charge et de ses consultants, d'épuiser toute l'information disponible dans la littérature médico – scientifique, pour préparer un dossier capable de servir à établir une preuve, la plus indiscutable possible de la relation cause – effet du travail sur la lésion et éventuellement de démanteler scientifiquement l'explication alternative du médecin contestataire.

Une fois le lien de causalité établi, les droits qui en découlent pour le travailleur comme l'indemnité de remplacement de revenu, les frais médicaux, la réadaptation, les frais de transport pour se rendre à des traitements, la réinsertion éventuelle, sont validés.

2) *Normes juridiques ou normes scientifiques ?*

L'établissement d'un lien de causalité entre le type de travail et la lésion professionnelle est un élément fondamental dans l'indemnisation du travailleur. Lorsque ce dernier est victime d'une lésion, Il doit démontrer la relation existant entre la lésion et le travail. Il doit prouver que la lésion est une conséquence du travail.

« Selon notre régime général de preuve en matière civile, c'est au réclamant de démontrer qu'il a contracté une maladie professionnelle (qu'il est en conséquence porteur d'une lésion professionnelle) et qu'il peut ainsi bénéficier des avantages de la loi.

Cependant, le législateur québécois a institué un régime « exceptionnel » de preuve par présomption dont peut profiter le travailleur en matière de maladie professionnelle. Ce régime exceptionnel s'applique à bon nombre de maladies depuis déjà 1931. Il s'applique aux lésions relatives au travail répétitif (LATR) depuis 1981. »⁵⁴ (Présomption encas d'accident selon les articles 2 et 28 et les maladies professionnelles , selon l'article 29).

Or, la jurisprudence de ces dernières années révèle une interprétation de plus en plus diversifiée du cadre législatif constitué par les articles 28, 29 et 30 de la LATMP.

Pour ce qui est de l'article 28 de la LSST ...« Plusieurs diagnostics de lésion musculo- squelettiques traditionnellement associés au travail répétitif ont été analysés et parfois reconnus sous le titre d'accident de travail. Certains ont été parfois assimilés à une blessure, ce qui permet de présumer de l'existence d'une lésion professionnelle au sens de l'article 28. »⁵⁵

« Lorsque la réclamation est basée sur la théorie des microtraumatismes, la preuve médicale doit démontrer que la lésion a pu se développer suite à des microtraumatismes. »⁵⁶ Ces nuances, dans l'ensemble, favorise la réclamation du travailleur.

⁵⁴ Claude BÉRARD, « L'indemnisation des maladies professionnelles reliées à l'exécution d'un travail répétitif » dans *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail*, Cowansville, Yvon Blais , 1995 , p. 84 –85

⁵⁵ Katherine LIPPEL, « L'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif : bilan jurisprudentiel » dans *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail* », Cowansville, Yvon Blais , 1998 , p. 4

⁵⁶ *Id.*, p. 7

Dans le champ de l'article 29, en ce qui concerne les lésions attribuables aux mouvements répétitifs (LATR), selon Bérard⁵⁷, le travailleur doit démontrer cinq points : 1) qu'il présente une lésion musculo- squelettique 2) se manifestant par des signes objectifs 3) consistant en une bursite, tendinite ou une ténosynovite 4) et qu'il a exercé un travail nécessitant la répétition de mouvement ou de pression et ce 5), sur des périodes de temps prolongées.

Or, selon Lippel⁵⁸, la jurisprudence des dernières années apporte des nuances à chacun de ces points, ayant le plus souvent un caractère restrictif. Pour certains commissaires, la liste des signes objectifs est exhaustive, excluant épithrocléite et épicondylite; pour d'autres, ces dernières s'assimilent aux tendinites. Certains commissaires requièrent une indication précise de la structure atteinte et son implication nette dans le mouvement répétitif sous analyse, d'autres sont moins exigeants. Un certain nombre veulent avoir l'évidence de la répétition du même mouvement plutôt que l'impact de la sommation d'une variété de mouvements sur la structure en discussion ; d'autres sont moins catégoriques. Certains demandent en plus de mouvements répétitifs, un élément d'application de force. Enfin, les opinions divergent sur ce que peut représenter une période de temps prolongée. On assiste même à l'introduction de la notion de cadence dans la répétition. Tout ceci complique le processus de réclamation pour le travailleur qui ne peut plus bénéficier de façon générale de l'application libérale de la présomption de l'article 29 de la LATMP.

⁵⁷ *Supra*, note 54, p. 88

⁵⁸ Katherine LIPPEL, « Les présomptions relatives au caractère professionnel des lésions : interprétation et application » dans *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail*, Service de la formation permanente du Barreau de Québec, Yvon Blais, 2001, No. 148, p. 45 et s, p. 72 ; *Supra*, note 44, p. 20-25

Pour toute maladie suspectée professionnelle qui ne relève pas de l'article 29, l'article 30 en prévoit la reconnaissance, si on arrive à faire la preuve que c'est le travail qui a causé la maladie. Cependant, comme le souligne Lippel :⁵⁹

« La pratique quotidienne au Québec permet de constater que les communautés scientifiques et juridiques vivent encore la confusion des exigences de leurs disciplines respectives. Alors que, dans certaines décisions, la C.A.L.P. prend soin de souligner la distinction entre la probabilité juridique et la probabilité scientifique,.. dans d'autres, elle laisse croire que l'objectif du juriste est d'arriver à la vérité scientifique, et qu'à défaut de preuves concluantes sur le plan scientifique, l'hypothèse de l'absence de relation doit être retenue. »

Pour une réclamation donnée, il peut y avoir complication de la tâche. Le travailleur peut se voir obligé de recourir à une kyrielle d'experts pour étoffer son dossier, et ce, le plus souvent à des coûts prohibitifs.

La causalité juridique est une notion plus étroite que la causalité au sens commun. Le droit ne s'arrête pas non plus aux simples constatations de « bon sens ». « La causalité est une expression du lien qui doit être constaté entre l'acte délictueux et le préjudice subi par la victime pour justifier l'indemnisation de celle-ci par l'auteur de l'acte délictueux. »⁶⁰

Planiol affirme qu'un droit n'est rien sans la preuve de l'acte juridique ou du fait matériel dont il dérive⁶¹. Dès que cet acte ou ce fait est contesté, son existence dépendra de la preuve que l'on fera devant le tribunal pour le convaincre.

⁵⁹ Katherine LIPPEL, et al. : « La Preuve de la causalité et l'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif : Rencontre des sciences de la santé et du droit », dans *The Windsor Yearbook of Access to Justice*, Volume 17, 1999, p. 1-90, p. 77

⁶⁰ *Snell v. Farrell* [1990] 2 R.C.S. 311, page 326

⁶¹ Marcel PLANIOL, « Traité élémentaire du droit civil », 1909, Tome II, 5 ième édition, Paris, note 2 et 3, p. 1

La *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles* édicte à l'article 30 un principe fondamental : Le fardeau de la preuve repose sur celui qui demande la reconnaissance d'un droit, qu'il soit l'appelant ou le demandeur. Ainsi a statué la CALP dans la décision *Société des casinos*⁶². La victime d'une lésion professionnelle a donc la lourde tâche de prouver que sa lésion vient de son travail, avant d'espérer une quelconque indemnisation.

Une preuve prépondérante qui rend l'existence d'un fait plus probable que son inexistence, est suffisante. En droit civil, on exige une probabilité raisonnable.⁶³ La preuve faite doit être suffisante pour permettre de conclure, en toute probabilité, que ce qui s'est produit ne serait pas arrivé en l'absence de faute.⁶⁴ La science ne connaît pas la notion de prépondérance des probabilités et ne décide ni ne propose rien en fonction de ce critère. Elle se réfère plutôt aux statistiques de probabilités, en accordant à celles-ci, un caractère de certitude⁶⁵. Les hommes de science refusent traditionnellement de conclure à l'existence d'un rapport causal à moins que celui-ci ne soit virtuellement certain et incontestable. Ils s'expriment et formulent leurs conclusions en terme de probabilité statistique.⁶⁶

La statistique existe à des fins de prévision. Les conclusions qu'elle produit sont fonction de la répétition des événements sur une grande échelle. La statistique ne nous apprend rien sur ce qui s'est effectivement produit dans le cas d'une maladie professionnelle. Elle est utile pour prédire ce qui risque de se produire.

⁶² *Société des casinos du Québec Inc. et Landry* [1997] C.A.L.P. 150

⁶³ *Martel c. Hôtel-Dieu St-Vallier* (1969) R.C.S. 745

⁶⁴ *Brunelle c. Sirois* (1975) C.A. 779, page 783

⁶⁵ Jean-Pierre MÉNARD : « La causalité dans les causes de responsabilité médicale depuis les affaires Lawson Farrell » dans *Développements récents en droit de la santé*, Formation permanente du Barreau du Québec, 1991, p. 22

⁶⁶ Daniel JUTRAS, « Expertise scientifique et causalité » dans *Congrès du Barreau du Québec*, 1992, p.903

La science peut ne pas être en mesure de conclure à la probabilité d'un rapport causal, mais elle projette une image d'objectivité et de certitude. Elle dira par exemple que la relation causale est seulement possible ou encore moins probable, ou qu'on n'est pas en mesure d'établir scientifiquement le lien de causalité⁶⁷.

Quand le médecin exprime l'opinion que la relation est seulement possible ou qu'il n'y a jamais vu pareil cas, il élimine d'emblée la reconnaissance probable de la lésion professionnelle. Les conclusions scientifiques en effet, sont la plupart du temps fondées sur une analyse statistique du rapport de cause à effet entre un facteur et une conséquence, en fonction de la probabilité de coïncidence acquise à partir d'un examen de la preuve particulière à un litige⁶⁸

Le standard scientifique est beaucoup plus exigeant que le standard juridique. Le standard juridique ne requiert qu'une conviction basée sur une prépondérance de la preuve⁶⁹.

Face à une même problématique, les juristes et les hommes de science n'ont pas nécessairement la même approche⁷⁰. Cela devient particulièrement évident quand l'expertise scientifique est requise pour établir la causalité.

Le rôle de l'expert est d'éclairer la Cour⁷¹. Par sa compétence spécialisée dans un secteur donné d'activités, l'expert fournit les critères scientifiques nécessaires au Commissaire pour qu'il apprécie une preuve portant sur des questions scientifiques ou techniques, et qu'il puisse former son propre

⁶⁷ *Idem.*, p. 899-900

⁶⁸ *Idem.*, p. 908 et 909

⁶⁹ *Idem.*, p. 904

⁷⁰ *Idem.*, p. 908

⁷¹ Jean Paul LANDRY « *De la preuve par expert : la jurisprudence* », 1980, 40 *Revue du Barreau* 652, p. 655 ; Daniel BELLEMARRE, « *L'homme de science devant les tribunaux* », 1977, 37 *Revue du Barreau* 465, p. 484

jugement pour l'application de ces critères aux faits démontrés à la preuve. Son premier devoir sera toujours de vérifier le lien qui existe entre la lésion et le travail. L'opinion de l'expert ne lie pas nécessairement la Cour : « Just because an expert says that something is so, doesn't mean that it is ». ⁷²

Selon Jean-Paul Landry⁷³, le témoin expert indépendant sera peut-être mieux choisi par le juge, puisque ce choix sera fait en fonction de l'ensemble de la preuve. L'expert sera également mieux informé du cadre juridique dans lequel il doit agir. La recherche de la vérité se fera dans une atmosphère plus sereine et partant, plus efficace.

Le lien de causalité fait donc appel à deux éléments-clés de valeur différente et peut-être complémentaire : la preuve scientifique et la causalité juridique. Son établissement relève du juriste. C'est dans ce contexte de cohabitation de la science et du droit que le tribunal est appelé à prendre une décision éclairée. Le tribunal examinera tous les éléments de la preuve et les soumettra à une évaluation comparative pour finalement rendre sa décision sur l'affaire dont la Commission est saisie. Si le lien n'est pas démontré, la lésion survenue ne sera pas reconnue comme ayant une origine professionnelle. La sagesse attendue du Commissaire, dans son évaluation du problème, trouve prédiction dans le *Livre blanc sur la Santé et sécurité au travail* :

*« Or, particulièrement en matière de maladies professionnelles, à cause de l'état plus ou moins avancé des connaissances médicales sur les causes véritables des maladies, il arrive fréquemment que des travailleurs malades ne parviennent pas à déterminer le lien de cause à effet entre leurs conditions de travail et la maladie professionnelle dont ils sont atteints, et dont la fréquence est souvent notoire dans leur secteur d'activité. L'approche législative et médicale en ce domaine gagnerait à être assouplie sinon particularisée. »*⁷⁴

⁷² *Idem.*, p. 656

⁷³ *Idem.*, page 664 et s.

⁷⁴ Le ministre d'État au développement social, « *Livre blanc sur la santé et la sécurité au travail* », Éditeur officiel du Québec, 1978, p. 177

Il s'agit donc d'une étape cruciale dans le réclamation du technicien. De la décision du Tribunal, va finalement dépendre la reconnaissance du droit du travailleur et des indemnités dont il peut bénéficier. Nous allons en discuter dans la prochaine section.

3. Les droits et indemnités attribués aux victimes de lésion professionnelle

L'article 1 de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* énonce que : la Loi a pour objet la réparation des lésions professionnelles et des conséquences qu'elles entraînent pour les victimes.

« Le processus de réparation des lésions professionnelles comprend la fourniture des soins nécessaires à la consolidation d'une lésion, la réadaptation physique, sociale et professionnelle du travailleur victime d'une lésion, le paiement d'indemnités de remplacement du revenu, d'indemnités pour dommages corporels et, le cas échéant, d'indemnités de décès. La présente loi confère en outre, dans les limites prévues au chapitre VII, le droit de retour au travail du travailleur victime d'une lésion professionnelle. »

Ce droit est confirmé par l'article 32 et la présomption de l'article 255 de la LATMP. L'employeur ne peut masquer le congédiement d'une victime de lésion professionnelle en le qualifiant de décision administrative quand il y a preuve que la décision de congédier, de déplacer apparaît comme une sorte de représailles contre le travailleur accidenté ⁷⁵.

Les articles 44 à 144 LAMTP réfèrent à l'indemnisation du travailleur et prévoient : un droit à l'indemnité de remplacement du revenu, (90% du revenu net) lié à l'incapacité d'exercer son emploi ; une indemnité pour dommages

⁷⁵ *Supra*, note 9 page 296

corporels : atteinte permanente à son intégrité, limitations fonctionnelles ; le remboursement des frais engagés ; l'assistance médicale ; des indemnités prévues pour les personnes à charge , lors de décès des suites de lésion professionnelle. C'est une indemnité partielle et forfaitaire, ne représentant pas forcément la perte économique véritable.

Certes, une fois que le technicien est victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, il a droit à une indemnité de remplacement de revenu s'il devient incapable d'exercer son emploi en raison de cette lésion. Selon l'article 44 de la Loi, le technicien a droit au remplacement de son revenu annuel net, et ce, dans une proportion de 90% ; et selon l'article 47 de la LATMP, tant qu'il a besoin de réadaptation pour redevenir apte à exercer son emploi ; ou si cet objectif ne peut être atteint, pour être capable d'exercer à plein temps un emploi convenable.

La Cour suprême du Canada a établi définitivement avec l'arrêt *Béliveau St-Jacques*⁷⁶, l'immunité de poursuite dont jouit l'employeur en confirmant l'article 438 de la LATMP qui interdit à la victime d'une lésion professionnelle l'usage de recours en dommages-intérêts.

Dès que le travailleur déclare une lésion ou une maladie professionnelle et que l'employeur est au courant du fait, il doit assumer le paiement des prestations du travailleur pendant les 14 premiers jours, quitte à se faire rembourser par la CSST ultérieurement en cas de reconnaissance de sa lésion. La loi garantit au travailleur victime un soutien financier (IRR) pendant la durée de son absence du travail ou jusqu'à ce que le dossier soit définitivement réglé quant à l'indemnisation.

⁷⁶ *Béliveau St-Jacques c. Fédération des employés et employées de services publics Inc.*, [1991] R.J.Q. 279 (C.A) ; [1996] 2 RCS, 345

Il y a des cas où le technicien, atteint d'une maladie professionnelle causée par un travail fourni à plusieurs employeurs, comme dans l'arrêt *Gagnon et les Hôpitaux Hôtel Dieu et Ste Justine*⁷⁷, doit être indemnisé. La CSST établira alors la responsabilité de chacun de ces employeurs proportionnellement au temps que ce travail a duré pour chacun d'eux et à l'importance relative que présentait le travail effectué. Le travail doit quand même être en rapport avec la maladie professionnelle du travailleur (art 337 L.A.T.M.P. al.1)⁷⁸. Dans la pratique, c'est l'employeur chez qui s'est produite la lésion qui devra payer pour le travailleur. Les risques du travailleur sont couverts par les cotisations de l'employeur. Vu que l'employeur assume la totalité de la cotisation, il est évident qu'il n'est pas porté à reconnaître facilement les problèmes de son employé et partant son obligation légale d'indemnisation, car plus il enregistre d'accidents ou de maladies dans son entreprise, plus ses primes augmentent⁷⁹. On s'explique alors pourquoi l'employeur offre aux travailleurs de prendre le bénéfice de l'assurance-salaire compris dans la convention collective.

En cas de maladie professionnelle, le travailleur a droit à l'indemnité de remplacement de revenu (I.R.R.) qui est versée en compensation des pertes économiques subies, tels les frais médicaux, les soins pour la réadaptation, mais l'employeur garde un certain contrôle sur la nécessité du versement de l'I.R.R. Pour ce, l'employeur soumettra le travailleur à plusieurs examens médicaux. Si, sans raison valable, le travailleur ne se présente pas pour subir ces examens, l'employeur peut demander à la CSST de mettre fin au versement de l'indemnité de remplacement de revenu en se basant sur l'article 142 de la *Loi sur les accidents et les maladies professionnelles du travail* .

⁷⁷ *Hôpital Ste-Justine ET Hôpital du Saint-Sacrement ET Gagnon CALP*, 58383-03-9404, [1996- 05- 17], références AZ- 4999030320, Commissaire Marie Beaudoin.

⁷⁸ *Supra*, note 9 , p. 233

⁷⁹ *LATMP*, article 326

Par ailleurs, la LATMP peut accorder une indemnité qui tient compte de la perte d'intégrité physique ou psychique. L'article 83 précise qu'elle est versée sous forme de montant forfaitaire.

Aucune des considérations précédentes ne s'applique exclusivement au technicien de laboratoire, mais il est bon de les rappeler, car les techniciens devraient en être conscients. Elles constituent le fil d'Ariane qui doit les guider entre le moment du développement de la lésion et l'établissement de l'éventuelle causalité de leur travail par les instances décisionnelles. Un dossier bien préparé est une condition sine qua non pour gagner sa cause.

Nous allons maintenant considérer l'application des mesures législatives à la prévention et l'indemnisation.

DEUXIÈME PARTIE : LA MISE EN OEUVRE DES MESURES DE PRÉVENTION ET D'INDEMNISATION

Chapitre 1- Les mesures de prévention

A. L'existence du comité de santé et de sécurité

La *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST)⁸⁰ énonce au chapitre IV la possibilité, au sein de toute entreprise, disposant d'un nombre suffisant de travailleurs, de créer un comité de santé et de sécurité. À ce comité siège au moins un représentant des travailleurs. Les fonctions de ce comité énumérées aux articles 78 et suivants, sont très étendues, entre autres, celle d'établir les programmes de formation et d'information en matière de santé et de sécurité au travail.

Comme le souligne Carpentier-Roy :

« La loi favorise donc la formation de comités conjoints de santé et de sécurité du travail et la désignation de travailleurs comme représentants à la prévention, au niveau des établissements de plus de 20 travailleurs, sans cependant aller jusqu'à rendre obligatoire l'existence de ces mécanismes de prise en charge. (Simard 1994) De plus, la Loi prévoit que les établissements de plus de 20 travailleurs de certains secteurs prioritaires, en raison de leur niveau plus élevé de risques, doivent avoir un Programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE). Le mandat d'élaborer ces PSSE et de veiller à leur application est confié au réseau public de santé qui a mis sur pied des unités de santé au travail dans chaque région du Québec, dans le cadre des régies régionales de la santé et des services sociaux. Au cours des dernières années, ces unités de santé au travail ont également reçu le mandat de participer,

⁸⁰ L.R.Q., c., S-2.1

programmes d'intervention intégrée » (PII) ciblant certains risques spécifiques dans les établissements de différents secteurs, comme les travaux au jet de sable de silice, les fumées de soudage, les isocyanates et quelques autres⁸¹.

Une étude récente du professeur Marcel Simard, de l'École des Relations Industrielles de l'Université de Montréal, a été réalisée pour la CSST. Claude V. Marsolais⁸² en a fait un survol exhaustif dans la Presse du 14 janvier 2002. Il ressort de cette étude dont nous avons eu copie⁸³ que les seules provinces qui préconisent encore une approche volontaire de la formation d'un comité paritaire en santé et sécurité et l'élection d'un représentant à la prévention sont le Québec, l'Alberta et l'Île du Prince -Edouard.

Partout au Canada, il y a pour toute entreprise totalisant plus de 20 travailleurs, l'obligation de créer ces comités. Avec cette obligation viennent également d'autres impératifs : disponibilité d'une formation de un à cinq jours par an, pour les membres du comité et du représentant des travailleurs, auprès d'un organisme accrédité ; les superviseurs, sur les lieux de travail doivent évaluer les risques, en informer les travailleurs et prendre les mesures de prévention appropriées. De plus, il y a la responsabilité d'avoir un programme écrit d'activités de prévention des lésions professionnelles. Des sanctions sévères sont prévues en cas d'infraction (Fortes amendes et peines de prison). Au Québec, cette obligation ne tient que pour 10 sur 30 des secteurs de l'économie. Certains secteurs sont complètement ignorés, même si les risques de lésions professionnelles y sont élevés. Les services médicaux et sociaux font partie de ces secteurs négligés.

⁸¹ Marie-Claire CARPENTIER-ROY et al. : « Pour un modèle renouvelé d'intervention en santé au travail dans les petites entreprises », dans *Relations Industrielles* 2001, vol. 56, No.1, p.165-194, p. 166

⁸² Claude V. Marsolais : « Le Québec fait piètre figure » dans La Presse, Montréal, Lundi 14 janvier 2002, p. A1

⁸³ Marcel SIMARD, « Études des mécanismes de prévention et de participation en santé-sécurité du travail au Canada », Rapport final CSST, Montréal, décembre 2000

Par ailleurs, selon le professeur Simard, au Québec, seuls 15 secteurs de l'économie sur 30 tombent sous le coup de l'obligation d'avoir un programme de prévention, mais « depuis peu, cette obligation a été étendue à tout établissement faisant partie d'une mutuelle de prévention quelque soit son secteur d'activité. »

Au Québec, les inspecteurs chargés de surveiller l'observance de la réglementation de la santé et de la sécurité au travail ont une approche plus éducative et incitative que coercitive. Ainsi, ces inspecteurs ne délivrent des avis de correction que dans 15 secteurs ciblés de l'économie et non dans les autres. Les montants exigés ou payés comme amendes n'ont rien de comparable avec ceux exigés dans les autres provinces. Ils sont ridiculement bas et ainsi le pouvoir coercitif se trouve diminué. Selon le professeur Simard, cela a conduit la CSST à privilégier une politique d'incitation financière en fixant la cotisation des différentes institutions selon la fréquence et la gravité des lésions professionnelles rencontrées. Même s'il a résulté une diminution de fréquence des lésions et des coûts, le professeur Simard pense que ceci peut être dû à l'utilisation par les entreprises de l'assignation temporaire et de la contestation de l'admissibilité au régime de compensation.

En conséquence, on peut dire que les techniciens de laboratoire oeuvrant dans les services médicaux et sociaux ne bénéficieraient pas nécessairement des avantages de ces comités. Fort heureusement, via leur affiliation syndicale, dans la plupart des réseaux où se retrouvent ces travailleurs, il existe quand même des comités qui fonctionnent.

B. Les mesures préventives

Les mesures préventives existent. Elles sont censées être connues de tous les techniciens de laboratoire⁸⁴. Elles visent : la protection personnelle contre les liquides biologiques, les radiations, le bruit, les agressions visuelles. On ne parlera jamais assez de l'importance du port de la blouse (sarrau), de gants, de masque, de bottillons, de protection de chaussures, du lavage des mains après le travail, de l'abstinence de manger, de boire et de fumer sur les lieux de travail. Ces mesures concernent également la salubrité de l'environnement : disposition adéquate des produits et des déchets dangereux ; ventilation efficace du lieu de travail, mesure de la radioactivité résiduelle, utilisation de fiches personnelles pour mesurer l'exposition aux radiations.

La prévention du risque biologique fait appel à un principe de base simple : éviter le contact entre le liquide biologique et l'homme par des mesures d'hygiène élémentaires visant la protection du travailleur.

Le technicien doit savoir que tout prélèvement devrait être considéré comme un contaminant potentiellement dangereux et traité comme tel. Les requêtes pour les tests devraient être isolées des échantillons et non enroulées autour du tube avec un ruban élastique. L'échantillon lui-même devrait être placé dans un contenant étanche, non perforable. Les gants sont contaminés après usage et devraient être enlevés avant de toucher à toute autre chose comme la serrure d'une porte ou le téléphone, soit pour répondre, soit pour donner un résultat d'analyse, parfois d'urgence. Il serait souhaitable que les laboratoires en général, disposent de robinets à pédales et de savon bactéricide.

⁸⁴ Matthew LYNCH and Al, : " Medical Laboratory Technology ", W.B. Saunders Company, Philadelphia and London, March 1964, 735, p. 3-8

Si la consigne de ne pas boire, fumer, manger, ni de se maquiller dans les endroits où sont manipulés des prélèvements n'est pas suivie, c'est parce que dans certains secteurs, une tolérance s'est installée.

Les mesures techniques de prévention portent sur la conception du laboratoire, son aménagement interne, sa ventilation, ses sites de stockage pour éviter une exposition du travailleur à des contacts irritatifs et une propagation à un site avoisinant des irritants locaux. Un éclairage trop faible n'est pas toujours incorrect. Le problème d'un éclairage trop puissant, de surfaces trop réfléchissantes et des contrastes trop faibles peuvent causer des problèmes d'inconfort visuel et nuire au travail.

L'adaptation des mesures de prévention de transmission des maladies nouvelles devrait se faire de façon continue. L'apparition récente de nouvelles maladies transmissibles comme le SIDA et l'encéphalopathie spongiforme ou maladie de la vache folle dont la transmission de l'agent causal à l'homme pourrait causer la maladie de Creutzfeld Jacob⁸⁵ a fait voir le développement de techniques particulières pour éviter la contamination des techniciens manipulant des tissus et des liquides biologiques dans les laboratoires.

S'il n'y a pas de mise à jour systématique sur les techniques de prévention, comment ces renseignements pertinents pourront-ils parvenir aux techniciens ? La probabilité qu'eux tous aient accès à l'information reste faible et aléatoire.

On ne peut ignorer dans le grand chapitre de la prévention, les techniques actives de vaccination : la vaccination généralisée contre les hépatites virales pour les techniciens comme cela existe pour les travailleurs à risques, tels les

⁸⁵ Protection of Personnel Environment against Creutzeld Jacob in *Pathology Laboratory Clinical and Experimental Pathology*, 1999, No. 47 (3-4), page 192-200

policiers, les pompiers⁸⁶, la vaccination contre le méningocoque, agent de la méningite, pour les techniciens à risque. Le décès d'une seule technicienne en est une raison suffisante dans ces temps où la vaccination se fait à la grandeur de la province chez des jeunes « à risque »⁸⁷. Comme un seul cas de tuberculose est déjà un cas de trop, une autre mesure de prévention serait de faire vacciner le personnel à risque ou d'établir un système de surveillance si on ne croit pas à l'efficacité du vaccin.⁸⁶⁸⁸ La prévention peut aussi se faire par le rappel de la vaccination antitétanique ou la vaccination pour ceux qui n'en ont pas encore bénéficié chez des techniciens à risque du fait de leur travail⁸⁹. Il ne faut pas oublier la vaccination contre la varicelle et la rubéole chez les techniciennes en âge de procréer, car celles qui n'ont pas eu cette maladie ou n'ont pas été vaccinées courent le risque de contracter la maladie au travail, maladie qui a des conséquences désastreuses pour l'enfant à naître. Rappelons que nombre de techniciens ne viennent pas de pays où la vaccination contre certaines affections courantes sont disponibles dès l'enfance⁹⁰.

C. L'exercice des droits reconnus

Cet exercice ne va pas toujours sans problème et fait ressortir la nécessité d'un dossier bien documenté pour défendre sa cause devant les instances décisionnelles. À la lumière de quelques décisions concernant les lésions professionnelles vécues par des techniciens de laboratoire, nous essaierons d'illustrer les difficultés que rencontrent ces derniers dans l'exercice de leurs droits ; car faire connaître l'impact du milieu sur la santé du technicien n'est pas facile, même en retrait préventif.

⁸⁶ Mark BEERS and Robert BERKOW, " *The Merck Manual* ", Published by Merck Manual Laboratories, 1999, p. 383

⁸⁷ *Id.*, page 1099

⁸⁸ *Id.*, page 1194

⁸⁹ *Id.*, page 1176

⁹⁰ *Id.*, page 2330

Dans l'affaire *Dulude et Centre Hospitalier de l'Université Laval (CHUL)* ⁹¹, la technologiste médicale travaillait au laboratoire de microbiologie. Enceinte, elle a demandé un certificat de retrait préventif à son médecin traitant. La technicienne alléguait qu'il existait des risques biologiques reliés à la possibilité de formation d'aérosols lors de la réalisation de certains tests, notamment celui relié à la détection de la méningite. Le médecin du Département de santé communautaire (D.S.C.) compléta une étude du poste de travail à la demande du médecin traitant de la travailleuse et conclut que la technicienne était en effet exposée à des risques biologiques et chimiques.

Dès cette opinion émise par le médecin du DSC, si on se réfère à la lettre de la loi, le retrait aurait dû être automatique, d'autant plus que le médecin traitant avait émis un certificat de retrait préventif alléguant une exposition à des risques biologiques.

Bien que le DSC ait recommandé un retrait de l'employée après étude du poste de travail, la Commission de la santé et de la sécurité du travail a pourtant statué que la technicienne, bien qu'admissible au retrait préventif, en vertu de l'article 33, n'avait pas droit aux prestations prévues et qu'elle devait être réaffectée à un autre poste. Un autre médecin, microbiologiste - infectiologue, à la demande du service médical de la Commission, après avoir pris connaissance du dossier, vint à la conclusion que ce milieu de travail ne comportait pas de risques, compte tenu des précautions élémentaires qui devaient être respectées.

⁹¹ *Dulude et Centre Hospitalier de l'Université Laval* [1993] B.R.P. 319 à 332

Sur la base de l'opinion du microbiologiste, la CSST statua que les postes offerts ne comportaient pas de danger. La technicienne montra alors à l'aide d'un vidéo, les trois postes qui lui étaient offerts. Elle fit valoir que ces postes d'analyse des urines, des plaies et des liquides oculaires où elle était appelée à travailler comportaient aussi un danger et pour elle et pour l'enfant à naître. Le Bureau de révision répliqua qu'il n'était pas convaincu des dangers de contamination indirecte par le biais des autres équipements communs.

Dans son appréciation du danger relié aux aérosols, le Bureau de révision s'attarda sur les documents référant aux différentes manipulations susceptibles de provoquer des aérosols. « Malgré le souci constant de voir à la sécurité du personnel, il n'en demeure pas moins que les pratiques courantes du laboratoire révélaient certaines lacunes pouvant être particulièrement néfastes pour une travailleuse enceinte. »⁹²

En conséquence, le Bureau de révision a annulé la décision de la Commission et a infirmé la décision rendue. La technicienne enceinte eut droit au retrait préventif et aux prestations qui en découlaient à défaut d'avoir été réaffectée.

L'employeur, le Centre hospitalier de l'Université Laval avait porté l'affaire devant la CALP. Mais le 26 août 1993, il se désista de son appel. Le CHUL avait peut-être considéré qu'il y avait suffisamment d'indices pour conclure que la technicienne avait tout simplement raison de ne pas vouloir travailler dans de telles conditions qui mettaient en danger sa vie et la sécurité de l'enfant à naître.

⁹² *Id.*, p. 330

Dans *Lachance et CLSC des Trois-Saumons*⁹³, il a fallu l'intervention de la Commission d'appel des lésions professionnelles, pour que la travailleuse obtienne le droit au retrait préventif, conformément aux dispositions de la Loi. Ce qui souligne la persévérance et la ténacité dont les travailleurs doivent faire preuve.

Cette technicienne de laboratoire enceinte, avait obtenu de son médecin traitant un certificat visant son retrait préventif. Les risques de contamination biologique étaient évidents et l'employeur acquiesçait au retrait préventif, mais, en offrant une réaffectation dans le même service, au même poste de travail, avec à sa disposition des gants et un masque chirurgical.

Madame *Odette Lachance* refusa la réaffectation et la CSST déclara son inadmissibilité au retrait préventif à cause de son refus d'accomplir les nouvelles tâches proposées. Le Bureau de révision donna raison à l'employeur et à la CSST, considérant conformes à la Loi les dispositions prises par l'employeur. La travailleuse n'accepta pas ces deux décisions, d'où son pourvoi devant la CALP.

Le commissaire Réal Brassard et l'Assesseur Guy Vallières analysant le dossier firent une application judicieuse des articles 2 et 3 de la LSST, loi qui vise l'élimination à la source des dangers pour la santé et la sécurité des travailleurs. C'est en se basant sur l'article 40 de la LSST qu'ils conclurent en faveur de la technicienne. Cette dernière avait le droit de demander une affectation à des tâches ne comportant aucun risque. L'article 40 de la LSST vise « l'inexistence du danger » qu'il ne faut pas confondre avec la « diminution du risque », alors que le travail s'effectuait sur des échantillons contaminés. La proposition de l'employeur n'était pas conforme aux dispositions de cet article. Pour la

⁹³ *Lachance et CLSC des Trois-Saumons* [1996] C.A.L.P. 970 à 974

Commission d'appel, il ne s'agissait pas de savoir si la technicienne avait droit au retrait préventif puisque ce droit lui a été reconnu. Il était clair que ce que visait l'article 40, c'était l'inexistence du danger et non la minimisation du risque. Or, l'employeur a en fait proposé de réduire le risque d'infection par le port de gants et d'un masque, ce qui n'éliminait pas le danger, car, selon Lippel⁹⁴,

« La notion de danger physique prévue à l'article 40 de la Loi inclut alors tous les types de situation présentées par les conditions de travail de la technicienne enceinte et qui sont susceptibles de générer un problème physique qui compromet la santé ou la sécurité de la travailleuse enceinte ou de son enfant à naître. »

La CALP avait raison d'accueillir l'appel de la technicienne avec paiement des prestations.

Le retrait préventif constitue un très bel exemple de prévention. Pour avoir droit à ce droit de retrait, la travailleuse enceinte ou qui allaite doit être en mesure de prouver qu'elle peut être réaffectée, c'est-à-dire que son état de santé lui permet d'exécuter un travail quelconque⁹⁵. Elle doit présenter à son employeur une attestation signée du médecin traitant demandant un retrait immédiat parce que le travail comporte des risques pour elle et pour l'enfant à naître.

L'attestation doit remplir les critères énoncés à l'article 33 de la LSST et dans le *Règlement sur le certificat*⁹⁶ délivré pour le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite.

La loi n'a prévu aucune procédure permettant à l'employeur d'effectuer une contestation auprès de la CSST qui pourrait amener celle-ci à rendre une décision sur le droit au retrait préventif d'une travailleuse, contrairement à ce qu'a fait la CSST.

⁹⁴ Katherine LIPPEL, « Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qu allaite : analyse jurisprudentielle, 1994,, 86, p. 21

⁹⁵ LSST, article 46

⁹⁶ R.R.Q. 1981, c., S-2.1, r.2

Dans les deux cas, chacune des techniciennes, *Dulude* et *Lachance*, a rempli les deux conditions pour un retrait préventif. Mais quand il s'est agi de la réaffectation, les nouveaux postes n'étaient pas sécuritaires.

Toute l'orientation du Livre blanc, Santé et Sécurité au travail ⁹⁷ qui dévoilait les orientations gouvernementales sur le sujet, visait le dépistage précoce et la prévention de toute altération à la santé provoquée par le travail. Les établissements doivent prévoir un programme de santé conforme aux orientations devenues lois ; en particulier pour ce point, à l'article 113.5 .

La loi couvre et tient compte des situations particulières personnelles. Et pour le retrait préventif de la travailleuse enceinte, le législateur a prévu que c'est le médecin de la travailleuse qui décide en dernier lieu d'un retrait préventif, après avoir obtenu les données du poste de travail et l'opinion du médecin du Département de santé communautaire. Malgré la loi très claire sur le sujet, malgré l'avis du médecin du DSC et malgré l'émission d'une attestation de retrait préventif par le médecin de la travailleuse, dans le premier cas (*Dulude*), la CSST s'est servie de sa compétence exclusive pour décider et trancher. *Dulude* n'avait d'autre choix que de faire appel de la décision de la Commission en portant la question devant la Commission d'appel des lésions professionnelles.

Dans le deuxième cas, son refus d'être affectée dans le même service en raison de l'absence de hotte, d'une possible contamination par inhalation, avec seulement comme protection supplémentaire, les gants et le masque chirurgical mis à sa disposition par l'employeur, suivant les recommandations du Directeur des services professionnels, a valu à *Lachance* un rejet de sa demande.

⁹⁷ Gouvernement du Québec, « *Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs* », Éditeur officiel du Québec, 1978

Mais pour la Commission d'appel des lésions professionnelles, il ne s'agissait pas de savoir si la travailleuse avait droit au retrait préventif puisque ce droit lui avait été reconnu. Il s'agissait plutôt de savoir si l'affectation proposée était conforme à l'article 40 de la loi. La loi est une « loi de prévention ». Il ne s'agissait pas d'interpréter le mot « danger » par rapport au risque pour conclure que le législateur visait le risque ou plutôt une improbabilité que le danger se matérialise. Il ne s'agissait pas de diminuer le risque ou le danger d'une tâche par des moyens de protection individuels. Les articles de la Loi s'interprètent dans un contexte d'élimination à la source des dangers. Une affectation avec la fourniture des moyens de protection individuels n'est pas sécuritaire, même si les chances d'actualisation du danger sont minimales⁹⁸.

Les décisions prises face aux techniciennes enceintes, ne sont pas différentes de celles prises pour les autres travailleuses enceintes. Une étude de la CSST (1981-1985) faite pour les femmes employées des hôpitaux, démontre le haut taux (72.1%) de retraits préventifs chez le groupe des infirmières diplômées, des infirmières auxiliaires, des proposées aux bénéficiaires, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes ; le deuxième groupe en importance composé de techniciennes de laboratoire et de techniciennes de radiologie, affiche le taux subséquent (10,14%) et le troisième groupe, celui des préposées alimentaires, le plus bas (3,18 %). Mais il faut dire que le groupe des infirmières représente la majorité des employées. Donc, on ne peut dire que les demandes de techniciennes sont moins bien reçues.

En général, les travailleuses enceintes ne sont pas traitées différemment pour les tâches qui comportent des facteurs de risques identifiés. Cependant, dans les autres cas, comme ceux discutés précédemment, il faut parfois déployer des

⁹⁸ Bernard CLICHE , Serge LAFONTAINE et Richard MAILHOT, Traité de droit de la santé et de la sécurité au travail, Le régime juridique de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, 1993, Cowansville, Yvon Blais, 563p, p. 89 et s.

prouesses rhétoriques pour aboutir à l'établissement de la preuve prépondérante. Par exemple, la Commission d'appel semble insister sur les critères de haute répétitivité pour statuer sur les retraits préventifs en raison de risques ergonomiques chez les techniciennes de laboratoire, même si les critères réfèrent à d'autres éléments aussi, comme on le verra plus loin.

D. Difficultés de mise en œuvre des mesures de prévention

Les techniciens ne se plaignent pas, car on relève peu de réclamations de leur part. Les raisons de ce mutisme peuvent être de nature diverse : peur de se faire remarquer comme malhabile par le chef de secteur; peur de perdre des chances de promotion; règlement sur place, dans l'institution avec le syndicat ; règlement du problème par l'employeur ; règlement du problème par le technicien lui-même, sans attendre l'intervention éventuelle du syndicat ou de l'employeur.

Cette attitude n'est pas sans conséquence. Elle prive l'épidémiologie des accidents d'un enrichissement continu des données de base. Elle ne contribue pas à diversifier la jurisprudence dont pourrait bénéficier la solution de cas futurs. Elle entraîne une attitude déplorable face à la prévention. S'il y a peu de plaintes, on peut penser que les protocoles de prévention fonctionnent bien. Donc, il n'y aurait pas un besoin urgent de vérifier leur fonctionnement, d'assurer leur mise à jour et de les adapter aux problèmes nouveaux d'environnement. S'il y a peu ou pas de plaintes, on peut conclure à tort qu'il n'y a pas de lésion professionnelle liée à ce secteur.

Le problème résiderait dans le fait que la santé et les services sociaux ne représentent pas un secteur, selon l'étude du professeur Marcel Simard déjà citée⁹⁹, ayant l'obligation de créer des comités de santé et de sécurité du travail.

⁹⁹ *Supra*, note 83 page 7

Or, dans ce secteur, on retrouve un nombre important de travailleurs, incluant une grande variété de techniciens de laboratoire dont le travail comporte des risques pour la santé.

Disons toutefois que dans la presque totalité des centres hospitaliers au Québec, il y a des comités de santé et de sécurité. Mais la formation des membres du comité de santé et de sécurité et du représentant des travailleurs est-elle adéquate comme elle doit l'être dans d'autres provinces du Canada ? Les inspecteurs ont-ils une approche plus incitative que coercitive au Québec ? Font-ils un travail d'information et de prévention, à l'inspection du milieu ? Est-ce que tous les établissements à risque ont, comme la loi l'oblige, un PSSE et PII ? Pour toutes ces raisons, on comprend que la mise en application des mesures de prévention, leur supervision et leur adaptation au fil des ans puissent prêter à critique. Dans un tel contexte, on peut assister au développement progressif d'un laisser-aller et de l'indifférence de la part des travailleurs, donc des techniciens.

En ce sens, une bonne nouvelle est que la CSST a décidé d'intensifier son programme de promotion de la prévention en passant de la traditionnelle semaine annuelle de la prévention à un programme intensif qui se déroule durant toute l'année.

Chapitre 2- Les mesures d'indemnisation

Les règles d'indemnisation des techniciens de laboratoire, victimes de lésions professionnelles, ne diffèrent pas de celles utilisées pour les autres travailleurs. Le problème réside plutôt dans la démarche primaire de la reconnaissance de leur affection comme lésion professionnelle. L'étude de quelques cas

permettront de vérifier cette assertion en mettant en évidence les embûches qui jalonnent le parcours devant les instances décisionnelles. Nous aborderons successivement les cas de lésions musculo-squelettiques, de l'exposition à des produits chimiques, puis à des produits biologiques et pour terminer avec les difficultés de mise en œuvre des mesures d'indemnisation.

A. Les lésions musculo-squelettiques

Un cas illustrant une lésion musculo- squelettique est celui de la technicienne travaillant dans un laboratoire de biochimie : *Centre hospitalier Jeffery Hale et Johanne Benoît*¹⁰⁰. Cette dernière devait effectuer des mouvements répétitifs dans le cadre de son travail. Elle devait pipeter 100 à 200 éprouvettes par jour et même 300 à une période donnée. La technicienne présenta une douleur au coude droit et un médecin diagnostiqua une épicondylite. Vu que les douleurs persistaient, elle consulta un autre médecin qui posa le même diagnostic. La CSST accepta sa demande d'indemnisation pour deux périodes de soin. L'employeur contesta cette décision.

L'épicondylite a été reconnue au rang des lésions musculo-squelettiques énumérées à la section IV de l'annexe I de la loi (ténosynovite, tendinite et bursite), la C.A.L.P.¹⁰¹ l'ayant assimilée à la tendinite en ce qu'elle constituait une inflammation des tendons au niveau de leur attache sur l'épicondyle. Selon l'annexe I, une telle lésion est reconnue caractéristique d'un travail nécessitant une répétition de mouvements ou de pression sur une longue période.

Or, dans le cas de Johanne Benoît, selon le B.R.P., si on tient compte du rythme selon lequel l'appareil fonctionne et du nombre de tests effectués lors du développement de la douleur, on ne peut parler de mouvements répétitifs. La

¹⁰⁰ *Centre Hospitalier Jeffery Hale et Benoît* [1991] B.R.P. 366 à 372

¹⁰¹ *Id.*, 370

présomption de l'article 29 qui se lit : « Les maladies caractéristiques énumérées dans l'annexe I sont caractéristiques du travail correspondant à chacune de ces maladies d'après cette annexe et sont reliées directement aux risques particuliers de ce travail », n'a pas trouvé application dans son cas. Et même si les mouvements étaient répétitifs, le B.R.P. a considéré qu'ils n'avaient pas été faits contre résistance. Pour cette manipulation, il suffisait d'un simple effleurement du doigt pour déclencher l'appareil. La technicienne n'ayant soumis aucune preuve médicale sous forme d'expertise, ou aucune donnée statistique sur les épicondylites et les tendinites chez les techniciens de laboratoire, son témoignage n'a pas convaincu le B.R.P.

De plus, comme la technicienne n'avait pas fait la preuve selon l'article 30 de la L.A.T.M.P., qu'il s'agissait d'une maladie caractéristique de son travail ou reliée aux risques de son travail, la demande de révision de l'employeur fut acceptée.

Dans le cas de *Hôtel Dieu de Sorel et Johanne Rivard*¹⁰² Cette dernière, technicienne en cytologie, a fait une réclamation pour une maladie de Dupuytren qu'elle considérait être d'origine professionnelle. Elle travaillait depuis 1988 au même hôpital. Elle examinait au microscope 40 à 45 lames par jour et complétait par écrit les rapports de ses observations. Pour examiner chacune des lames, elle devait faire un balayage complet de la lame en déplaçant le plateau du microscope au moyen de vis situées de chaque côté de celui-ci. Pour rejoindre la hauteur de la vis axiale située à la droite du microscope ZEISS qu'elle utilisait, la technicienne devait fléchir le coude et son avant-bras ne se trouvait pas appuyé sur la table sauf au niveau du coude. Elle exécutait cette tâche deux semaines sur trois, l'autre étant consacrée à la préparation des lames. En octobre et en novembre 1992, les diagnostics de tendinite et d'épitrôchléite antérieure interne furent posés.

¹⁰² *Hôtel-Dieu de Sorel et Johanne Rivard* [23 septembre 1996] CALP AZ-4999031748, dossier 54105-62B-9309, Commissaire Mireille Zigby

La CSST a rejeté la demande d'indemnisation de la technicienne, ainsi qu'une seconde demande pour récurrence, rechute et aggravation en date du 31 mars 1993. La technicienne en appela de cette décision.

Pour bénéficier de la présomption de l'article 29 de la loi, la technicienne devait démontrer que son travail impliquait des mouvements répétitifs sur des périodes de temps prolongées. Or, les mouvements exécutés au microscope par Johanne Rivard n'avaient pas de caractère répétitif au sens de la jurisprudence et de la littérature médicale ; il y avait des temps de repos et des temps de récupération. La présomption de l'article 29 ne pouvait donc pas s'appliquer.

Pour ce qui est de l'application de l'article 30 de la loi, aucune preuve n'avait été faite que la technicienne était soumise aux risques particuliers du travail; aucune preuve qui permettrait de conclure à l'existence d'une maladie professionnelle n'a été fournie,

Enfin, la CALP, dans sa décision a retenu que « la technicienne contrôle le rythme de son travail, que la rédaction de ses rapports apporte un temps de récupération suffisant pour les muscles ou tendons sollicités. »¹⁰⁰¹⁰³ La commission des lésions professionnelles ajouta que le travail de préparation des lames était également varié et ne comportait ni cadence imposée, ni d'amplitude extrême au niveau des mouvements qui étaient exécutés lorsqu'elle procédait au balayage des lames.

La CALP a accueilli l'appel de l'employeur, « étant d'avis que la travailleuse n'a pas subi de lésion professionnelle, le ou vers le 25 septembre 1992. Par voie de conséquence, il ne pouvait y avoir de lésion professionnelle sous forme de récurrence, rechute ou aggravation le 31 mars 1993. »¹⁰⁴

¹⁰³ *Id.*, page 369

¹⁰⁴ *Supra*, note 102 page 21

Dans le cas de *Michel Rioux et Shell Canada Ltée*, Rioux¹⁰⁵, technicien de laboratoire, affecté à l'analyse de produits pétroliers, a produit une réclamation dans laquelle il a allégué avoir subi une maladie professionnelle. Son médecin traitant a émis le diagnostic d'épitrôchléite avec cervico-brachialgie droite. Son travail consistait à analyser des échantillons de produits pétroliers. Dans le cadre de son travail, il utilisait une machine automatisée et informatisée. Il devait aussi faire de l'entrée de données à l'ordinateur. Comme tâche connexe, il s'occupait également de la gestion du système informatique de son département consistant à corriger les programmes informatiques. Pour ce faire, il utilisait les deuxième et troisième doigts droits sur une souris, ce qui, selon lui, a causé l'apparition d'un tunnel carpien. La CSST a refusé la réclamation. L'instance de révision a entériné cette décision.

Le médecin expert retenu par le travailleur pour déterminer le diagnostic n'a pas été reconnu comme médecin ayant charge. Son diagnostic ne pouvait donc se substituer à celui du médecin qui a charge, bien que le diagnostic de ténésynovite des tendons fléchisseurs des deuxième et troisième doigts qu'il avait posé, fût le plus probable. Le médecin en charge n'avait pas confirmé ce diagnostic. De plus, comme le diagnostic et les autres questions médicales relevant de l'article 212 LATMP n'avaient pas été contestés, ils liaient la CSST en vertu de l'article 224 de la LATMP.

Quant au diagnostic du tunnel carpien, il ne pouvait être retenu car l'électromyographie (EMG) était normale. Les diagnostics d'épitrôchléite et de cervico-brachialgie ne sont pas prévus à l'annexe I de la LATMP. La présomption de l'article 29 ne s'appliquait donc pas. Par ailleurs, aucune preuve n'a démontré que ces diagnostics constituaient une maladie caractéristique du genre de travail effectué par le travailleur à la gestion du système informatique ou qu'ils étaient reliés aux risques particuliers de ce travail

¹⁰⁵ *Michel Rioux et Shell Canada Ltée* [4 juillet 2000] C.L.P. Lanaudière, 123085-63-9909, Commission Doris Lévesque

pour être en présence d'une maladie professionnelle au sens de l'article 30 de la LATMP. Enfin, la reprise de la symptomatologie en mars 2000, alors que le travailleur n'utilisait plus son membre supérieur droit, compte tenu de la modification ergonomique du poste de travail de manière à ce qu'il pût utiliser la souris de sa main gauche, amène un argument supplémentaire selon lequel il est difficile d'établir une relation entre le travail effectué au poste de gestion du système informatique et les diagnostics émis par le médecin qui avait charge du travailleur. Il y a donc lieu de conclure que le travailleur n'a pas subi de maladie professionnelle.

Une particularité intéressante de ce cas était la mise en lumière de l'importance du médecin qui a charge du travailleur. L'opinion d'un autre médecin, même s'il est un expert, n'était pas valable si elle n'était pas sollicitée par le médecin qui a charge.

Dans *Société Canadienne de la Croix-Rouge et Martel*¹⁰⁶, la travailleuse qui s'occupait depuis 10 ans de fractionnement de produits sanguins, accepta en 1994, un poste d'assistante technique. Elle devait alors manipuler 800 questionnaires et sacs de sang par jour, procéder à l'ouverture fréquente d'une porte de réfrigérateur et manipuler des contenants avec le pouce et le bout des autres doigts. Martel a développé une épicondylite et une épitrochléite bilatérale et demande une indemnisation. Sa demande a été rejetée par la CSST. Ces lésions n'étaient pas assimilables à une tendinite et n'étaient pas acceptables non plus comme lésions musculo-squelettiques énumérées à la section IV de l'Annexe I de la LATMP. La présomption prévue à l'article 29 de la *Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles* ne pouvait s'appliquer en regard de ces lésions.

¹⁰⁶ *Société canadienne de la Croix-Rouge et Martel* [25 octobre 1996] C.A.L.P. 67200-60-9503, Commissaire Marie Lévesque

La technicienne devait établir l'existence d'une maladie professionnelle par le biais de l'article 30 de la LATMP. Or, en l'absence d'étude épidémiologique ou systématique pour établir une probabilité de relation de cause à effet, la technicienne n'a pas établi que l'épicondylite et l'épitrôchléite bilatérale constituaient des maladies reliées directement à ses tâches. Certes, quatre travailleurs sur 12, faisant le même travail pendant des années, ont fini par présenter le même problème. Or, La CSST avait accepté la demande de trois cas semblables mais sans contestation. De ce fait, il n'y avait pas eu d'établissement scientifique rigoureux de la relation cause-effet. Ces cas ne pouvaient être évoqués valablement en jurisprudence. Même si on admet que la technicienne faisait des mouvements répétitifs, ces derniers étaient légers, sans grande amplitude, entrecoupés de repos et sans contre-résistance significative. La pathologie ne répondait pas aux critères des lésions attribuables aux mouvements répétitifs, d'autant plus que la technicienne travaillait surtout du bras droit et présentait une lésion bilatérale ; ce qui laissait à penser que sa lésion était personnelle et non professionnelle. La demande a été rejetée.

Dans le cas de *Viviane Chaperon et Agence Canadienne d'inspection des Aliments*¹⁰⁷, Madame Chaperon était technicienne de laboratoire à l'emploi d'agriculture Canada depuis 22 ans, En 1997, elle travaillait au laboratoire de produits laitiers et de fraude économique, dans le département de microbiologie quantitative. Elle a ressenti une douleur sous forme d'inconfort à l'épaule en décembre 1997. À l'audience, la travailleuse expliqua en détail le genre de travail qu'elle faisait avec description des positions de travail adoptées pour exécuter les diverses opérations inhérentes à son travail de technicienne de laboratoire.

¹⁰⁷ *Viviane Chaperon et Agence canadienne d'inspection des aliments* [19 mars 2000] C.L.P. Longueuil, AZ-99305221, Commissaire Suzanne Mathieu

Elle effectuait des épreuves microbiologiques quantitatives sur des produits alimentaires, la majorité de ceux-ci étant du domaine fromager. Il y avait dans une chambre froide des tablettes plus hautes que sa taille sur lesquelles étaient placés des items dont elle avait besoin pour son travail. À cela il fallait ajouter l'ambiance thermique d'exécution de la tâche. La technicienne n'avait pas de poste attitré puisqu'elle occupait un poste variable correspondant au type de travail d'analyse qu'elle devait effectuer. Elle évaluait qu'elle faisait 12h de pipetage par semaine.

Le 3 décembre 1997, elle décida de laver l'incubateur réfrigérant, car elle avait du temps libre. Une fois par mois, une technicienne se chargeait de ce travail. Le soir, la douleur ressentie à la fin de sa journée de travail augmenta et le lendemain aussi. Les différents médecins qui examinèrent la travailleuse posèrent un diagnostic de tendinite de l'épaule droite, lors de son examen le 4 décembre, avec une possibilité de capsulite adhésive à corroborer.

À l'audience, le représentant de la technicienne déposa en preuve une étude réalisée sur les problèmes musculo-squelettiques des techniciens en laboratoire. Cette étude mettait en évidence certains problèmes au niveau des épaules chez ce groupe de travailleurs, particulièrement ceux qui utilisaient des pipettes à piston, comme celles utilisées par la technicienne Viviane Chaperon à Agriculture Canada.

La Commission d'appel en matière de lésions professionnelles fut d'avis que le législateur, n'ayant pas défini les concepts de « répétitions de mouvements ou de pressions sur des périodes de temps prolongées », avait voulu s'en remettre à l'appréciation de l'instance décisionnelle en regard de chaque cas d'espèce qui pouvait lui être soumis¹⁰⁸. Elle examina la preuve dans ce cas sous l'angle

¹⁰⁸ *Supra*, note 46 p. 275

de l'accident de travail, ce dernier étant entendu au sens prévu à la *Loi sur l'indemnisation des agents de l'État*¹⁰⁹.

La Commission des lésions professionnelles conclut que la preuve entendue permettait de retenir que le 3 décembre 1997, madame Chaperon avait exécuté une tâche, certes prévue dans son travail, mais qu'elle n'exécutait que rarement, le lavage de l'incubateur réfrigérant. Ce faisant, elle a développé une tendinite à l'épaule droite. La Commission des lésions professionnelles a accueilli la requête déposée par la travailleuse et a déclaré que madame Viviane Chaperon a subi une lésion professionnelle le 3 décembre 1997.

La preuve déposée par la technicienne a été soutenue par une des deux études déposées devant la Commission dont une suédoise réalisée sur un groupe de 128 employés des laboratoires de recherche de l'Université d'Upsala¹¹⁰. Cette étude a compensé quelque peu la faiblesse de la preuve en ce qu'elle a identifié en quoi la tâche de technicienne de laboratoire utilisant des pipettes est susceptible de causer des problèmes aux mains et aux épaules. (No. 65 page 12 de l'affaire Chaperon).

Sur les quatre réclamations pour lésions musculo-squelettiques, les trois cas supposés être des LATR ont été rejetés. Ils n'ont pu bénéficier de la présomption de l'article 29 car, ou la lésion n'était pas inscrite à l'annexe I, ou le genre de travail n'était pas censé donner ce type de lésion. Dans un des cas, il y a même eu vice de présentation, le diagnostic étant différent entre celui de médecin qui avait charge et celui de l'expert consulté par le demandeur. Ironiquement, le seul cas accepté dans ce vaste champ de travail manuel que constitue un laboratoire, résulta d'un accident de travail.

¹⁰⁹ S.R..C., c. G-5 (La L. I. A. E)

¹¹⁰ Étude suédoise intitulée : Affections des mains et des épaules chez les techniciens de laboratoire qui se servent des pipettes à piston modernes, par Marianne Gerner Björkstén, Bo Almby et Sassarinis Jansson, paru dans *Applied Ergonomics*, 1994, volume 25, number 2, page 88 et ss.

B. Exposition à des produits chimiques

Dans l'affaire Choquette et Agriculture Canada¹¹¹, la technicienne en toxicologie, Danielle Choquette, effectuait un travail consistant essentiellement à étudier les effets d'insecticides sur des populations données d'insectes. En septembre 1985, elle commença une grossesse et en janvier et en février 1986, elle procéda à une expérience au cours de laquelle elle affirma avoir respiré des vapeurs d'acétone et des produits chimiques. Elle demanda alors un retrait préventif. Des agents d'hygiène avaient jugé que le lieu de travail comportait des risques en raison de problèmes de ventilation. Son médecin diagnostiqua une hématurie microscopique¹¹² qu'il lia à la toxicité de l'air ambiant dans son milieu de travail. Elle quitta le travail en mars. Un médecin, nommé par la CSST, conclut que l'hématurie microscopique n'était qu'un phénomène transitoire probablement en rapport avec une néphropathie gravidique. Elle n'aurait aucun lien avec le milieu ambiant. Malgré la corroboration du médecin de l'employeur relative à la ventilation inadéquate du site où travaillait la technicienne, malgré qu'une compagne de travail avait affirmé avoir connu les mêmes problèmes de santé, la CSST et le bureau de révision ne reconnurent pas le lien entre la maladie et le travail.

L'exposition aux vapeurs toxiques n'avait pas été démontrée, donc n'a pas été acceptée et n'a pas pu être retenue. La seule recommandation de fournir une aération convenable du lieu de travail par les agents d'hygiène ne pouvait prouver à elle seule l'existence d'un danger pour la santé. La technicienne Choquette n'avait pas établi la nature accidentelle de son affection de sorte que l'article 28 ne pouvait trouver application. L'hématurie microscopique avec

¹¹¹ *Choquette et Agriculture Canada* [1993] C.A.L.P. 430 à 444

¹¹² *Id.*, p. 439 Hématurie : Émission d'urines contenant du sang ; Hématurie dite macroscopique c'est-à-dire franche, avec parfois des caillots.

élévation de la créatinine et de l'acide urique ne constitue pas une blessure au sens de l'article 28. Donc, il n'y avait pas lieu d'appliquer la présomption de lésion professionnelle.

L'hématurie n'est pas une maladie mentionnée à l'annexe I. Elle ne pouvait constituer une lésion professionnelle au sens de l'article 29. La preuve n'a pas été faite que plusieurs personnes souffraient de la même maladie que la technicienne Choquette. Aucune étude ou statistique ne prouvait une élévation du nombre de cas d'hématurie microscopique chez des employés effectuant le même travail. Donc la démonstration n'a pas été faite dans le sens de l'article 30 de la LATMP.

La concomitance de la grossesse avec l'hématurie a compliqué la preuve de la technicienne. Pour le médecin de la CSST, il s'agissait d'hématurie gravidique. La réclamation de la travailleuse fut rejetée.

Dans la décision *Liliane Ouellet et Société de l'assurance automobile*¹¹³, Madame Ouellet était technicienne dans un laboratoire de photographie. Elle travaillait avec un appareil contenant de l'ammoniac qu'elle devait remplacer régulièrement. Elle était atteinte d'une kérato-conjonctivite sèche sévère bilatérale, compliquée par une kératite filamenteuse. Elle croyait que l'utilisation de l'ammoniac pour préparer les photos était la cause de sa maladie car les vapeurs d'ammoniac sont irritantes pour la cornée et généralement pour l'œil. Bien plus, la grille d'évacuation (hotte) était mal située et ne la protégeait pas contre les vapeurs d'ammoniac qui se dégageaient au moment de l'entretien de la machine. L'employeur fit valoir que les concentrations d'ammoniac étaient en dessous des normes acceptables. La CSST refusa d'indemniser la technicienne.

¹¹³ *Liliane Ouellet et Société de l'Assurance Automobile du Québec* [1991] B.R.P. 273 à 277

La décision était que cette lésion ne tombait pas sous le coup de l'article 29 de la L.A.T.M.P. Donc la technicienne devait faire la preuve que la lésion résultait du fait du travail ou qu'elle était liée au risque du travail. Selon la preuve médicale, la maladie n'a pas été contractée par le fait du travail, mais les vapeurs respirées au travail ont aggravé le problème. La lésion était donc liée au risque du travail. Le Bureau de révision paritaire s'est référé à la jurisprudence *Produits chimiques Expro Inc. c. Richer*¹¹⁴, en matière d'accidents de travail entre l'exposition à ces vapeurs et le développement de la pathologie ou son aggravation. Ce qui importe, a dit le Bureau de révision de la décision, c'est que la technicienne ait été exposée à une substance irritante pendant l'exercice de ses fonctions. Le Bureau de révision fit donc droit à la demande de révision logée par madame Ouellet et reconnut que la pathologie dont souffrait la travailleuse était liée aux risques particuliers de son travail.

Donc, malgré les controverses, le commissaire du Bureau de révision a départagé entre Hippocrate et Galien : deux médecins, deux opinions médicales contradictoires.

La preuve prépondérante a démontré l'existence d'un lien de causalité entre l'exposition aux vapeurs d'ammoniac et la lésion professionnelle. Même si l'employeur prétendait qu'on était en présence d'une condition personnelle préexistante, le BRP a accepté de reconnaître le lien entre l'évolution de la pathologie de la travailleuse et son emploi de technicienne.

¹¹⁴ *Produits chimiques Expro Inc. c. Richer* [1988] C.A.L.P. 247 à 252

Dans la décision de *Ville de Ste-Foy et Carmen Richard* ¹¹⁵, cette dernière, était technicienne de laboratoire à l'usine de traitement des eaux de la Ville de Sainte-Foy, depuis 1976. Madame Richard alléguait avoir développé une hypersensibilité à des produits chimiques avec lesquels elle travaillait. Le 15 octobre 1990, elle cessa de travailler à la suite du diagnostic du médecin qui la suivait depuis plusieurs années, et qui lui recommanda d'arrêter de travailler. Elle devait souffrir d'une réaction labyrinthique secondaire à l'exposition à des produits chimiques. Le médecin l'avait référée à un confrère expert en toxicologie, le docteur Nantel.

Depuis 1980, elle présentait des céphalées fréquentes, problème qu'elle n'avait jamais connu auparavant. Ces céphalées débutaient le matin vers 11h et disparaissaient le soir. Loin du milieu de travail pendant ses grossesses en 1982 et 1985, ses symptômes disparaissaient. Les tests en otho-rhino-laryngologie pour une supposée neuronite vestibulaire commandés par son médecin Dr Zacharia, s'avèrent négatifs. Le 15 octobre 1990, le Dr Nantel écrit ¹¹⁶ :

« Mentionnons tout d'abord que madame Richard ne présente pas de signes de surexposition aiguë à des contaminants chimiques et, plus particulièrement à des solvants volatils. Le tableau que nous observons correspond beaucoup plus à une hypersensibilité acquise à de telles substances. Nous ne disposons malheureusement pas de tests spécifiques pour diagnostiquer de tels cas. Nous pouvons procéder que par une technique de ré-exposition et de retrait du milieu. C'est ce que nous avons fait dans le cas présent et il nous apparaît évident qu'il existe une relation de cause à effet entre son milieu de travail et ses problèmes de santé. »

¹¹⁵ *Ville de Ste-Foy et Carmen Richard* [1991] B.R.P. 463 à 468

¹¹⁶ *Id.*, p. 465

Le témoignage de Madame Richard mentionna que ses symptômes disparaissaient lors des arrêts de travail et depuis le 15 octobre 1990, son état de santé s'était amélioré progressivement et ses symptômes avaient presque disparu.

Elle travaillait 32h et demie par semaine. Ses tâches au laboratoire consistaient essentiellement à procéder aux analyses bactériologiques et physico-chimiques de l'eau. Il ressortit de la preuve que sous le laboratoire situé au premier étage de l'usine, se trouvait la chambre de bombonnes de chlore et la chambre de chloration. Monsieur Normand, le supérieur de la technicienne, témoigna dans le même sens. Malgré la présence d'une hotte sous laquelle elle ne travaillait pas toujours, la technicienne déclara qu'elle était constamment exposée à des vapeurs chimiques.

La preuve soumise par la travailleuse avait porté le Bureau de révision paritaire à reconnaître que l'exposition à des produits chimiques à l'usine d'épuration était à l'origine de la lésion professionnelle. La demande de révision de l'employeur fut rejetée.

L'hypersensibilité acquise au produit chimique ne fait pas partie des maladies énumérées à l'Annexe I, donc la présomption de maladie professionnelle de l'article 29 ne s'applique pas. Selon la jurisprudence de la Commission d'appel en matière de lésion professionnelle, la technicienne avait le fardeau de démontrer qu'elle était atteinte d'une maladie professionnelle en vertu de l'article 30 de la Loi.

La preuve médicale prépondérante établit la relation entre l'hypersensibilité acquise et l'exposition à des produits chimiques dans le milieu de travail. Le Bureau de révision conclut que le travail de Madame Richard présentait des risques particuliers étant donné son environnement. Il était convaincu, vu la

preuve faite, que la maladie de la technicienne de laboratoire était directement liée aux risques particuliers de son travail à l'usine d'épuration de la ville de Sainte-Foy. Il s'agit donc d'une maladie professionnelle au sens de l'article 30 de la Loi.

Dans *Renée Auclair et Centre Hospitalier Jeffery Hale*¹¹⁷, la technicienne du laboratoire d'anatomopathologie de cet hôpital souffrait d'une dermatite de contact aux mains. Son travail l'obligeait à utiliser du formaldéhyde et du toluène qui sont des irritants pour la peau. Cette maladie est prévue à la section III de l'annexe I de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. La présomption de l'article 29 devrait s'appliquer. Le bureau médical de la CSST contesta, stipulant que la technicienne devait porter des gants pour travailler. La dermatite serait une condition personnelle d'autant plus qu'un dermatologue avait diagnostiqué chez elle un psoriasis et une xérodémie. Or, la fixation et le montage des spécimens requièrent de la dextérité et la technicienne pour mieux préparer ses lames, enlevait parfois ses gants. Le contact de la formaldéhyde avec la peau provoque une irritation. Il en est de même pour le contact prolongé ou répété avec le toluène qui peut provoquer une irritation de la peau au point de causer une dermatite. Le retrait du travail favoriserait la résorption de la symptomatologie alors que le fait de travailler de manière régulière favoriserait la persistance de la dermatite.

Même le médecin de l'employeur qui a examiné la technicienne, avait confirmé la présence d'une dermatite de contact irritative. Le fait qu'elle ait été exposée au travail à plusieurs substances irritantes pour la peau par contacts répétitifs, substances qui étaient susceptibles de provoquer une dermatite de contact irritative par action cumulative, lentement progressive, avait amené le B.R.P à lui accorder le bénéfice de la présomption de maladie professionnelle édictée à

¹¹⁷ *Renée Auclair et Centre Hospitalier Jeffery Hale* [1994] B.R.P. 316 à 319

l'article 29 de la LATMP. Même si elle souffrait de conditions personnelles, les substances ont aggravé la lésion, d'autant plus que les symptômes avaient augmenté depuis qu'elle travaillait cinq jours par semaine au lieu de trois.

La preuve de lésion professionnelle fut acceptée par le BRP parce que les symptômes augmentaient avec le nombre de jours de travail ; ce fait confirmait la survenue d'une lésion professionnelle et un lien avec les risques particuliers du travail. Ce qui montrait une fois de plus que la reconnaissance de la lésion et de son lien avec le travail de la technicienne n'était pas automatique.

Sur les quatre cas reliés à l'exposition à des produits chimiques, trois ont été acceptés et un rejeté. Parmi les cas acceptés, malgré la difficulté du diagnostic, les dossiers étaient tellement bien préparés que les demandeurs ont eu gain de cause.

Pour *Ouellet*, il a fallu établir une preuve prépondérante de l'aggravation de sa maladie par le travail ; pour *Richard*, une étude environnementale devait révéler l'implication des vapeurs toxiques venant du sous-sol dans la pathogénèse de sa lésion et pour *Auclair*, même si la maladie était énumérée à l'annexe III, une révision en détail du travail en anatomie pathologique a établi le lien entre le travail et la dermatite de contact. Dans le cas de *Choquette*, il est évident que la relation entre l'exposition aux vapeurs de produits chimiques et l'hématurie microscopique n'avait pas été soigneusement démontrée dans le dossier par le médecin qui avait charge. Choquette n'avait pas dans son dossier les outils pour contrer l'argumentation du médecin de l'employeur. Il s'agissait là soit d'une plainte non fondée soit d'une mauvaise préparation de dossier.

C. Lésions résultant de l'exposition à des produits biologiques

Les deux cas suivants illustrent le parcours extrêmement difficile conduisant à l'octroi des indemnités qui, de toute évidence, semblaient être méritées.

Dans l'affaire *Velasco et Hôtel-Dieu de Montréal*¹¹⁸, on diagnostiqua en décembre 1981, chez Monsieur Velasco, technicien de laboratoire effectuant des tests immunologiques depuis des années, une hépatite B chronique active avec légère stéatose. Le technicien était en contact régulier avec du matériel contaminant en l'occurrence du sérum de patient atteint d'hépatite B. Chez lui, on a retrouvé un tableau net d'hépatite avec des perturbations de test hépatique compatible avec une hépatite. De plus, des tests supplémentaires indiquaient la présence d'anticorps anti-viraux de l'hépatite B. Donc, Velasco souffrait d'une hépatite B. La CSST reconnut que M. Velasco était atteint d'une maladie professionnelle et l'indemnisait. Dès lors, il reçut une indemnité de remplacement de revenu.

Le technicien cessa de travailler en juillet 1984 en raison de problèmes cardiaques pour lesquels il fut opéré. Un peu moins de deux ans plus tard, on nota une progression de son état d'asthénie. En mai 1986, le médecin en charge du travailleur confirma son diagnostic d'hépatite chronique active. Le diagnostic fut corroboré par un expert en gastro-entérologie et médecine interne. Ce dernier ajouta « qu'il y a augmentation des enzymes hépatiques et qu'une évolution vers une pathologie cirrhotique est à craindre. »

¹¹⁸ *Velasco et Hôtel –Dieu de Montréal* [1988] C.A.L.P. 706 à 716 ; 541 à 546

Trois mois plus tard, le 4 août 1986, la progression de l'hépatite chronique fut confirmée par le médecin en charge du technicien. Ce même 4 août 1986, une demande d'indemnisation fut faite à la CSST car le médecin traitant ne prévoyait pas de retour au travail vu que la santé de son patient se détériorait. Il était porteur de limitations fonctionnelles et d'une atteinte permanente.

La CSST décida que les soins reçus étaient en relation avec l'hépatite diagnostiquée le 15 décembre 1981 et avisa l'employeur de son devoir d'indemniser le technicien pour sa maladie professionnelle.

L'employeur contesta ces décisions auprès du bureau de révision. Il fit intervenir deux médecins qui, à la suite de l'examen du technicien, ne notèrent « aucun problème cardiovasculaire significatif et affirmèrent que l'hépatite ne justifie pas un arrêt de travail. » Le commissaire conclut que l'avis d'incapacité du technicien depuis août 1986 était surtout lié à son hépatite. La CSST entérina cet avis. Le commissaire de la CALP considéra également que le technicien était un travailleur au sens de l'article 2 de la LATMP tout comme la Loi des accidents du travail (LAT), car sa première déclaration en 1981 relevait de la L.A.T. et la rechute de 1986, relevait de la LATMP régissant les réclamations survenues après 1985.

Le Commissaire Jean-Marc Dubois, et le docteur Guy Vallières, assesseur, qui entendaient l'affaire rappelèrent que le technicien avait contracté une maladie professionnelle avant le 19 août 1985 et qu'il ne s'était pas absenté du travail pour une raison autre que celle de sa maladie déjà connue ; ce que l'employeur ne nia pas. Plus le traitement est long, et l'hépatite chronique, plus le risque de complication est présent. Donc, aux dires de la CALP, en raison des nombreux avis médicaux affirmant que l'hépatite du travailleur s'était détériorée depuis mai 1986, il est difficile de retenir l'opinion des médecins désignés par l'employeur qui affirment que l'incapacité du travailleur depuis le 4 août 1986 résultait de ses

problèmes cardiovasculaires. La CALP a rejeté l'appel de l'employeur et a confirmé la décision du Bureau de révision en ce qui a trait à l'indemnité de remplacement de revenu, à la lésion professionnelle et aux salaires à titre d'indemnité.

Faut-il le rappeler ? Si Velasco avait été vacciné contre l'hépatite B, lors de son embauche, il ne serait pas affligé au point de vue de santé.

Dans le cas de *Renée Veilleux et Centre Hospitalier de Dolbeau*¹¹⁹ la technicienne, madame Veilleux, travaillait à l'hôpital Hôtel Dieu de Dolbeau au laboratoire de microbiologie. Elle avaitensemencé un milieu de culture d'un échantillon venant d'un patient atteint de méningite. Elle développa la méningite dans un délai correspondant à la période d'incubation de la maladie. Le sérotype du méningocoque était le même et dans le cas du patient et dans le cas de la technicienne. Scientifiquement, il était plus que probable que la technicienne eût développé une méningite par contamination à partir de son milieu de travail et en soit morte. La succession demanda compensation.

La CSST refusa la réclamation au motif qu'il n'était pas prouvé que le décès de la technicienne était relié à des risques particuliers de son travail. De plus, un des experts dans l'affaire, a répondu qu'il n'était pas en mesure d'identifier l'origine de la contamination même si, auparavant, il avait prétendu qu'il s'agissait d'une infection professionnelle. La succession eut gain de cause devant la Commission d'appel en matière de lésions professionnelles et l'indemnisation fut accordée.

En réalité, cette réclamation devrait être acceptée si on s'arrête aux termes de la loi. En effet, les tribunaux n'exigent pas que le demandeur établisse le lien causal au-dessus de tout doute et d'une manière certaine. Il suffit, selon

¹¹⁹ *Veilleux et Centre Hospitalier de Dolbeau* [1993] B.R.P. 70 à 83

Baudouin¹²⁰, que la preuve rapportée « rende probable l'existence d'un lien direct. » Le problème est que la LATMP ne parle pas « nommément » de la méningite, donc la CSST refusa le cas comme infection d'origine professionnelle.

Les organismes décideurs, comme le souligne Katherine Lippel¹²¹, « ne se questionnent pas souvent sur le rapport qui existe entre le risque que présente un produit et les conséquences pour la santé d'un travailleur en particulier. »

Aujourd'hui, dix ans plus tard, après le refus de la CSST, il serait moins difficile de prouver que madame Veilleux ait attrapé la méningite à partir de son milieu de travail. La méningite, en effet, constitue une maladie dont le mode de transmission est plus publicisé et on est conscient du taux de morbidité et de mortalité assez élevé. Ce qui explique les campagnes de vaccination et la surveillance épidémiologique de la maladie. Il faut signaler que ce risque a toujours existé pour les techniciens de laboratoire, car il suffit d'un spécimen pour contaminer tout un personnel de laboratoire s'il advenait que ce produit biologique fut manipulé par erreur ou par manque de précaution.

Si madame Veilleux avait été vaccinée contre le méningocoque, en considération de son travail à risque, elle ne serait pas morte, d'autant plus que son médecin avait signalé dans sa présentation l'existence de deux autres cas de méningite à méningocoque accidentels aux États - Unis.

Velasco et Veilleux, deux cas de contamination par agents biologiques, constituent un désastre au point de vue humain. Velasco est atteint d'une maladie incurable et Veilleux est décédée. Dossier bien constitué, établissement

¹²⁰ Jean Louis BAUDOIN et Patrice DESLAURIERS, « La responsabilité civile », 5^e édition, Cowansville, Yvon Blais, 1998, 1684, p 360

¹²¹ Katherine LIPPEL, « L'incertitude des probabilités en droit et en médecine », 1992, 22 R.D.U.S. 445-472, page 464

scientifique rigoureux d'une relation de cause à effet, reconnaissance de la validité de la réclamation par les instances décisionnelles, malgré toutes les tentatives de l'employeur de se démettre de ses responsabilités, mais cela ne ramènera ni la santé ni la vie aux réclamants.

D. Difficultés de mise en œuvre des mesures d'indemnisation

Parmi les nombreux cas étudiés, nous en avons retenu une dizaine pour notre travail dont cinq portaient sur les lésions attribuables aux mouvements répétitifs, trois sur les lésions induites par des produits chimiques et deux sur des infections graves.

Nous avons constaté que le domaine des LATR représentaient le point faible des techniciens de laboratoire. Les statistiques de la CSST de l'année 1996 à l'Année 2000 n'ont recensé que 93 lésions attribuables aux mouvements répétitifs sur un total de 794 du groupe 3156 dont nous avons déjà parlé, qui comprend des techniciens spécialistes et des techniciens de laboratoire médicaux. D'ailleurs, quatre des cinq cas ont essuyé un refus.

Certains dossiers ont été mal préparés. Les lésions ne répondaient pas aux critères stricts établis pour définir une LATR. Pour qu'il y reconnaissance de LATR, il faut considérer les critères suivants : qu'il y ait des gestes répétitifs, que tous ces gestes mettent en tension les masses musculaires dont on ne se plaint pas et qu'il y ait un poids à manipuler. Le travail du technicien n'impliquait pas de répétition de mouvements de pression sur des périodes de temps prolongées au sens de la loi. Les mouvements étaient variés et exécutés avec des temps de repos mais aucune étude ergonomique, aucune expertise, aucune étude épidémiologique n'ont été soumises comme par exemple dans *Rioux et Shell Canada Ltée*. Dans d'autres affaires, *Centre hospitalier Jeffery-Hale et Benoît*,

Croix-rouge et Martel, Hôtel-Dieu et Rivard, la démonstration n'a pas été faite. Toutes ces affaires n'ont pu être traitées, ni sous l'article 29, ni sous l'article 30.

D'autres cas étaient mal défendus. Dans le cas *Croix-Rouge et Martel* où il a été établi que quatre travailleuses sur douze avaient présenté les mêmes pathologies après un certain nombre d'années au poste de travail, on n'a pas insisté suffisamment sur cette donnée. Il est vrai que la travailleuse Martel a utilisé son membre supérieur droit et a développé des pathologies à deux catégories de muscles aux deux membres supérieurs, ce qui rend moins probable une relation de cause à effet du travail sur la lésion.

Par ailleurs, le rejet des cas peut dépendre des commissaires qui forment le groupe de décideurs. Certains interprètent la loi d'une manière plus restrictive que d'autres.

Dans les cas de produits chimiques, nombre de substances identifiées ou non sont répandues dans l'atmosphère du laboratoire. Il est difficile d'identifier celles qui spécifiquement causent la lésion. Une bonne étude environnementale peut contribuer à l'établissement scientifique de la preuve prépondérante de l'implication d'une substance donnée, à la pathogénèse de la lésion. Les cas de *Ouellet, Richard et Auclair* ont bénéficié de cette opportunité. Des décisions favorables ont été rendues suivant l'article 29 ou 30 de la LATMP.

Toutefois, même dans les cas où il y a ouverture à l'application de la présomption et que la maladie est énumérée à l'annexe I, *Velasco* d'abord, et les *héritiers de Veilleux* ensuite, ont dû se battre pour que soient reconnus l'hépatite et la méningite comme maladie professionnelle. On comprend que les employeurs se soient défendus pour se décharger de leur responsabilité. Mais la preuve scientifique était telle, que les commissaires ne pouvaient que donner raison aux plaignants.

Pour clore ce chapitre, disons tout de suite que tout au long de ce parcours, on a pu constater la difficulté qu'éprouve le technicien de laboratoire à faire reconnaître sa lésion comme liée au travail et aux risques particuliers de celui-ci en tant que lésion professionnelle, surtout quand il s'agit de lésions attribuables au travail répétitif.

Lorsqu'on examine la situation de l'indemnisation des techniciens de laboratoire, il faut d'abord comprendre que le problème ne se situe pas au niveau de l'enveloppe des droits, mais au niveau de l'exercice des droits par ces techniciens. Cette recherche révèle que les techniciens de laboratoire n'exercent pas ou très peu, les droits qu'ils détiennent, et ce, même en présence des situations hautement préjudiciables. D'ailleurs, on a vu précédemment que les demandes d'indemnisation pour un accident ou une maladie professionnelle sont peu nombreuses.

La situation financière précaire due à la lésion professionnelle porte le plus souvent le technicien à accepter l'assurance - salaire qui est un accessoire du contrat de travail. Si la perte de revenu est attribuable à une lésion professionnelle, il est normal que le remplacement du revenu soit fait en vertu de la LATMP, c'est-à-dire 90% du salaire, et ce revenu est non imposable et non saisissable. On ne peut que conseiller aux techniciens de s'occuper eux-mêmes de leur sort et de connaître à fond le processus de la demande d'indemnisation pour ne pas perdre leurs droits conférés par le législateur à toute victime.

CONCLUSION

Cet essai nous a permis d'entrevoir l'éventail possible des lésions professionnelles pouvant se développer chez les techniciens de laboratoire. L'enquête systématique de J.Estienne en France, avait montré que l'incidence des lésions était assez considérable dans ce secteur. La littérature médicale montre un spectre considérable de lésions professionnelles chez les techniciens. Ces lésions vont des troubles mineurs, telles que céphalées, irritations de la peau, jusqu'à des problèmes graves comme l'hépatite, la tuberculose, la méningite, le cancer et même le SIDA. L'étude des lésions professionnelles chez les techniciens de laboratoire est rendue difficile du fait de l'absence de compilation et de structuration des plaintes. Dans les statistiques de la CSST de 1996 à 2000 on a noté le peu de réclamations de la part des techniciens. Certaines sources d'information comme la Presse du 4 juin 1997 laissent entrevoir la possibilité que les plaintes sont peu nombreuses. Un tel état de fait, gêne considérablement l'enrichissement de l'épidémiologie, laissant penser que les mesures de prévention sont très efficaces. Donc, la prévention doit être encouragée, mise à jour et adaptée aux nouveautés de l'environnement. La CSST, fort heureusement, a décidé d'intensifier ce programme. Alors, les techniciens doivent profiter de cette attitude nouvelle pour discuter des problèmes rencontrés dans l'exercice de leurs tâches. Ce n'est qu'en faisant cet effort qu'ils amélioreront leurs conditions de travail pour en faire un milieu de plus en plus sécuritaire. Ils devront aussi défendre certains aspects plus spécifiques de la prévention comme la vaccination pour certains secteurs à risque.

Une fois le problème apparu, le technicien doit faire évaluer sa condition par un médecin compétent en la matière. Ce dernier sera considéré comme médecin qui a charge. Pour le bien-être de tous, il existe de plus en plus d'omnipraticiens et de spécialistes intéressés aux différents secteurs de la médecine du travail. Un dossier médical bien préparé est une condition fondamentale pour bien défendre son point de vue devant les instances décisionnelles et il est du devoir du technicien de collaborer pleinement avec son médecin à charge pour y parvenir.

S'il obtient gain de cause, il aurait droit à différentes indemnisations et réparations et il est important pour lui de connaître la gamme des services offerts pour bien s'assurer des compensations appropriées.

Les contestations possibles par la CSST et l'employeur, loin d'être toujours négatives, pourraient permettre l'expression d'une argumentation susceptible d'aider à la solution de problèmes futurs.

Le problème serait probablement moins difficile à résoudre si la loi obligeait les établissements de plus de 20 travailleurs à créer des comités de santé et de sécurité comme cela se fait dans plusieurs autres provinces du Canada et dans certains secteurs de l'économie du Québec. Pour les établissements de moins de 20 travailleurs, il y aurait obligation d'élire un représentant à la prévention.

Avec cette obligation, on devrait aussi exiger la formation adéquate des membres des comités de santé et de sécurité. De plus, il devrait y avoir des comités d'inspection actifs et coercitifs. Ces inspecteurs devront évaluer les dangers potentiels du milieu de travail avec obligation d'informer les techniciens et de proposer des mesures de prévention. Ceci pourrait sensibiliser les travailleurs aux risques de leur emploi, aux lésions professionnelles possibles dans leur activité.

L'écueil principal pour les techniciens de laboratoire semble résider dans la difficulté de faire reconnaître le caractère professionnel de leurs lésions, donc par voie de conséquence, de bénéficier d'une indemnisation. Ceci est particulièrement manifeste dans le champ des lésions musculo-squelettiques. Mais, même lorsque le diagnostic est scientifiquement évident comme dans certaines infections spécifiques, il leur faut se battre sans répit pour obtenir gain de cause. En d'autres circonstances, il leur faut présenter une argumentation extensive, ce qui ne va pas sans coûts prohibitifs.

La mise en place d'un programme de prévention propre à chaque établissement devrait être obligatoire, pas seulement dans les 15 secteurs de l'activité économique. La mise en place d'une réglementation adéquate par la CSST n'est pas suffisante. Il faudrait que son application soit faite d'une façon adéquate et rigoureuse par le service d'inspection.

Ces mesures vont bénéficier à tous les travailleurs donc aussi aux techniciens de laboratoire. La sensibilisation à la prévention leur permettra d'être plus conscients de l'impact de leur milieu de travail sur leur santé. Avec le travail des inspecteurs, ils pourraient être plus conscients des facteurs nocifs de leur milieu de travail. Les résultats de ces enquêtes pourraient alimenter l'épidémiologie des lésions professionnelles, car c'est ce qui manque le plus dans leur démarche pour faire la preuve du caractère professionnel des lésions contractées éventuellement au travail.

Cet essai ne serait pas complet s'il ne débouchait pas sur un certain nombre de recommandations visant assainir le milieu de travail. Au lieu de simplement informer les travailleurs des risques, on devrait solliciter l'expression de leur expérience personnelle et leur point de vue, en regard des risques en question.

Les membres du comité de santé et de sécurité doivent favoriser un fonctionnement paritaire, interagir régulièrement avec les travailleurs pour rester informés des problèmes de santé et de sécurité qui les préoccupent, organiser le travail du comité de manière à s'assurer de la participation des cadres, des travailleurs qui n'en sont pas membres et surtout, demeurer visibles sur les lieux de travail.

La direction devrait viser la stabilité des affectations et promouvoir un style de supervision qui favorise le renforcement des équipes de travail, de l'entraide entre les travailleurs et du partage du savoir-faire.

Les mauvaises habitudes se reprennent vite. Il est par conséquent nécessaire d'organiser périodiquement des séances de formation dans le milieu de travail et surveiller l'application des mesures de prévention si l'on veut en conserver le bénéfice.

Il est donc indispensable d'identifier les problèmes de lésions liés aux techniciens de laboratoire. On n'insistera jamais assez sur l'application des mesures de prévention. Seule la détermination des techniciens peut contribuer à faire établir les normes et des statistiques pour faire valoir leurs droits en matière de santé et de sécurité afin que des dispositions soient prises pour favoriser la reconnaissance de certaines maladies professionnelles liées à ce groupe. Cela qui non seulement facilitera l'établissement du lien de causalité, mais favorisera aussi sinon la disparition du moins la diminution des préjudices causés par le travail.

Le 24 avril 2001, l'Organisation internationale du Travail dans un communiqué de Presse à Genève coiffait son invitation par cette phrase : L'OIT va commémorer la journée internationale à la mémoire des personnes tuées ou blessées au travail. Cette journée avait un but très noble, celui d'attirer l'attention ne serait-ce qu'une journée « sur le tribut versé à la sécurité et la santé au travail », à travers le monde. Par cette phrase l'OIT voulait faire prendre conscience de l'immensité de la tâche à accomplir car trop souvent, si l'accident ou la maladie ne frappe pas un proche, on peut continuer à ignorer que le travail, source de santé économique et de prospérité est aussi générateur de maladies de lésions, de maladies invalidantes... quelquefois mortelles.

Le Bureau International du travail (BIT) souligne que le nombre de décès causés par des accidents ou des maladies liées au travail s'élèveraient à plus de 1.3 millions de travailleurs chaque année soit 3 300 en moyenne par journée de travail. Ce rappel du BIT en ce 24 avril 2001 nous remet à l'esprit qu'il ne faut jamais oublier la prévention qui pourrait se définir aisément comme le moyen de protection contre la réalisation du risque.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1

RÉPARTITION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES ACCEPTÉES
SURVENUES DE 1996 À 2000, SELON L'UNITÉ DE TARIFICATION, L'ANNÉE
DE L'ÉVÉNEMENT ET LA PROFESSION

ANNÉE	Nombre de Techniciens	Autres professions	Total	%
1996	171	74306	74477	0,30%
1997	202	722870	73072	0,28%
1998	155	74597	74597	0,21%
1999	152	75840	75992	0,20%
2000	159	77203	77362	0,20%

Source : C.S.S.T., Direction de la statistique et de la Gestion de l'Information - Rapport (DO2-151A) 2002-03-07

Tableau 2

RÉPARTITION DES LÉSIONS SPROFESSIONNELLES ACCEPTÉES
 SURVENUES DE 1996 À 2000, SELON L'UNITÉ DE TARIFICATION 73030,
 (Hôpital de courte durée) L'ANNÉE DE L'ÉVÉNEMENT ET LA PROFESSION

Année de l'événement	Nombre de techniciens	Autres professions	Total
1996	59	4232	4291
1997	43	3860	3903
1998	34	3802	3836
1999	38	3724	3762
2000	30	3925	3955

Source : C.S.S.T., Direction de la Statistique et de la Gestion de l'Information - Rapport G.R.
 (DO2-151A) 2002-03-07

Tableau 3

ASSOCIATION PARITAIRE DU SECTEUR DES AFFAIRES SOCIALES
 DESCRIPTION DES MALADIES PROFESSIONNELLES INDEMNISABLES –
 1998 . RÉPARTITION DES CAS RELATIFS AUX PROFESSIONS DU
 GROUPE : MEDICAL AUTRE

GROUPE DE PROFESSION	AUTRE MALAD. INFECTIEUSE, PARASITES, NCA	BRÔNCHO PNEUMONIE OBSTRUCT. CHRONIQUE	DERMATITE	INFLAMMATION, RHUMATISME, SAUF RACHIS	TROUBLE DU SYST. NERVEUX PERIPHÉRIQUE	TOTAL
AUTRE PERS. MEDICAL, SANTÉ, NCA	1	0	0	2	0	3
DENTISTES	0	0	2	0	0	2
DENTUROLOGISTE, HYGIÉNISTE DENTAIRES	0	1	2	5	2	10
PERSONNEL DIAGNOSTIC, TRAIT. MALAD. , NCA	0	0	0	1	0	1
PHARMACIENS	0	0	0	1	0	1
TECHNICIENS EN RADIOLOGIE	0	0	0	1	0	1
TECHNICIENS LABORATOIRES MEDICAUX	0	0	0	2	0	2
Total	1	1	4	12	2	20

Source : Associations sectorielles paritaires lésions professionnelles statistiques 1998 présentées par CAEQ (classification des activités économiques du Québec) Tome I, CSST, de la Statistique et de la gestion de l'information - Service de la statistique.

Tableau 4

TAUX DES UNITÉS DE TARIFICATION POUR LESQUELLES DES LÉSIONS
ACCEPTÉES DONT LA PROFESSION EST TECHNICIEN A ÉTÉ DÉCLARÉE

UNITÉ DE TARIFICATION	1996	1997	1998	1999	2000	2001
73030	\$1.71	\$1.54	\$1.38	\$1.13	\$1.01	\$0.89

Source : C.S.S.T., DIRECTION DE LA STATISTIQUE ET DE LA GESTION DE
L'INFORMATION. RAPPORT G.R. 2002-03-07

TABLEAU 5

LES TAUX DE PRIME RELATIFS AU FINANCEMENT DES ASSOCIATIONS
SECTORIELLES PARITAIRES POUR L'ANNÉE 2002.

SECTEURS D'ACTIVITÉ	0,03	0,04	0,05	0,06	0,07	0,08	0,09	0,13
Affaires sociales	X							
Administration provinciale		X						
Affaires municipales		X		X				
Habillement						X		
Mines et services miniers								X
Services automobiles								X
Transport et entreposage				X				
Textile et bonneterie							X	
Imprimerie et activités connexes					X			
Fabrication de produits en métal et de produits électriques			X					
Fabrication d'équipe ment de transport et de machines			X					
Construction							X	

Source : Table des Taux 2002, CSST, Québec

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c., C-12

Code canadien du travail, L.R.Q. 1985, ch. L-2

Code du travail, L.R.Q., c. C-27

Commission de la santé et de la sécurité, L.Q. 1979, c. 63

Loi concernant les responsabilités des accidents dont les ouvriers sont victimes dans leur travail, et la réparation des dommages qui en résultent, S.Q. 1909, c.66

Loi des accidents du travail, S.Q. 1928, c.80

Loi instituant la Commission des lésions professionnelles et modifiant diverses dispositions législatives, L.Q., 1997, c.27

Loi sur la santé et la sécurité du travail, L.R.Q., c. S-2.1

Loi sur les accidents, S.Q. 1930-1931, c. 100

Loi sur les accidents de travail, L.R.Q. 1977, c. A-3

Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles, L.R.Q., c. A-3.001

Loi sur les normes du travail, L.R.Q., c. N-1.1

Loi sur l'indemnisation des agents de l'État, S.R.C., c. G-5

Règlement sur la santé et la sécurité du travail, R.R.Q. S-2.1, r. 19.01

Règlement sur la qualité du milieu de travail, R.R.Q. 1981, c. S-2.1, r.15

Règlement sur le certificat, R.R.Q. 1981, c. S-2.1, r.2

Règlement sur les établissements industriels et commerciaux, R.R.Q. 1981, c. S-2.1, r.9

JURISPRUDENCE

Béliveau St-Jacques c. Fédération des employés et employées de services publics Inc. [1991] R.J.Q. 279 C.A. ; [1996] 2 R.C.S. 345

Brunelle c. Sirois [1975] C.A. 779, page 783

Centre hospitalier Jeffery Hale et Johanne Benoît [1991] B.R.P. 366

Choquette et Agriculture Canada, [1993] CALP 430 à 444

Hardouin c. CALP, [1992] C.A.L.P. 1111 (C.A.)

Hôpital Ste-Justine et Hôpital du Saint-Sacrement et Gagnon, [1996 - 05 - 17] C.A.L.P. 58383-03-9404 Référence AZ-4999030320

Hôtel-Dieu de Montréal et Velasco, [1988] C.A.L.P. 706 à 716

Hôtel-Dieu de Sorel et Rivard, C.A.L.P. AZ-4999031748, dossier 54105-62B-9309

Julie Dulude et Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), [1993] B.R.P. 319

Lachance et CLSC des Trois-Saumons, [1996] CALP 970

Liliane Ouellet et Société de l'Assurance Automobile du Québec, [1991] B.R.P. 273 à 277

Martel c. Hôtel Dieu de Saint-Vallier, [1969] R.C.S. 745

Michel Rioux et Shell Canada Ltée, [4 juillet 2000] C.L.P. Lanaudière 123058-63-9909

Produits chimiques Expro Inc. c. Commission d'appel en matière de lésion professionnelle, [1998] C.A.L.P. 287 (C.S.)

Renée Auclair et Centre hospitalier Jeffery Hale, [1994] B.R.P. 316 à 319

Snell v. Farrell , [1990] 2 R.C.S. 311

Société canadienne de la Croix-Rouge et Martel, [25 octobre 1996] CALP 67200-60-9503

Veilleux et Centre hospitalier de Dolbeau , [1993] B.R.P. 70 à 83

Velasco et Hôtel-Dieu de Montréal, [1988] C.A.L.P. 541 à 546

Ville de Ste- Foy et Carmen Richard, [1991] B.R.P. 463

Viviane Chaperon et Agence Canadienne d'inspection des aliments, [9 mars 2000] C.L.P. Longueuil AZ-99305221

DOCTRINE

BAUDOIN, J.L., et P. DESLAURIERS, *La responsabilité civile*, , 5^{ième} édition, Cowansville, Éditions Yvon Blais, 1998.

BECKER, C. E., *Principles of Occupational Medicine in Cecil Textook*, 1992.

BEERS, Mark and Robert BERKOW, *Infections disease*, in Merck Manual of Diagnostics, 1992.

BELLEMARRE, D., *L'homme de science devant les tribunaux* , 1977, 37 Revue du Barreau.

BÉRARD, C., *L'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif : bilan jurisprudentiel dans Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail*, Yvon Blais, 1995.

BRADET, D., et al, *La loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles - Aspects pratiques et juridiques*, 4^{édition} , Cowansville, Les Éditions Yvon Blais Inc. , 1998.

BRADET , D. et al , *Droit de la santé et de la sécurité du travail- La loi et la jurisprudence commentées*, Cowansville, Yvon Blais, 1986.

CANTINEAU, A, T. PERRIN , *Prévention des affections professionnelles dans les laboratoires d'analyses médicales, Base de données de l'Association interentreprises de Médecine du Travail du Bas-Rhin (AIMT)* , 20 juillet 1998.

CARPENTIER-ROY, M.C. et al , *Pour un modèle renouvelé d'intervention en santé au travail dans les petites entreprises* , dans *Relations Industrielles* 2001, vol. 56, No.1.

CLICHE B., M.GRAVEL et L. STE-MARIE, *Les accidents du travail et les maladies professionnelles : indemnisation et financement*, Cowansville, Yvon Blais Inc. 1997, 995 p.

CLICHE B., S. LAFONTAINE , R. MAILHOT, *Traité de droit de la santé et de la sécurité du travail : le régime juridique de la prévention des accidents du travail et les maladies professionnelles*, Cowansville, Yvon Blais, 1993.

ESTIENNE , J. et al , *Les accidents dans les laboratoires des hôpitaux généraux* dans Archives des maladies professionnelles de médecine du travail et de Sécurité sociale (Paris) 1977, 38, no. 7-8 , juillet -août .

HIRSHHCHOWITZ, B.T., and al. , *Hepatitis B Antigen and Antibody and Tests of liver Function. A Prospective Study of 310 Hospital Laboratory Workers* , American Journal Clinical Pathology, vol. 73, no.2, January 1980.

JUTRAS, Daniel , *Expertise scientifique et causalité*, dans Congrès du Barreau du Québec, 1992.

KHABBAZ, R., *Brief Report Infection of a Laboratory Worker with Simian Immunodeficiency Virus*, The New England Journal of Medicine, January 20, 1994

LANDRY, J.P., *De la preuve par expert : la jurisprudence* (1980) 40 Revue du Barreau.

LIPPEL, K., *Le droit des accidentés du travail à une indemnité – Analyse historique et critique* , Montréal, Les Éditions Thémis, 1986.

----- *L'Incertitude des probabilités en droit et en médecine* , (1992) 22 Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke 445 –472.

----- *L'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif : bilan jurisprudentiel dans Développements récents en droit de la santé et de la sécurité au travail*, Yvon Blais, 1998.

----- *Les présomptions relatives au caractère professionnel des lésions : interprétation et application dans Développements récents en droit de la santé et de la sécurité du travail* , Service de la formation permanente du Barreau de Québec, Yvon Blais, 2001, No.148.

----- *Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite : analyse jurisprudentielle* , 1994.

LIPPEL, K., K. MESSING, S. STOCK et al., *La preuve de la causalité et l'indemnisation des lésions attribuables au travail répétitif : rencontre des sciences de la santé et du droit* , (1999) 17 Windsor Yearbook of Access to Justice, 35 .

LOGRIPPO, G.A., H. HAYASHI, *Incidence of Hepatitis and Australian Antigenia Among Laboratory Workers*, Health Laboratory Scientific, vol. 10, 1973 .

MARINEAU, J., La prévention et l'indemnisation des lésions professionnelles : les conditions personnelles préexistantes dans *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail* (1993), vol. 50, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, Cowansville, Yvon Blais, 1993.

MÉNARD, J.P., La causalité dans les causes de responsabilité médicale depuis les affaires Lawson Farrell dans *Développements récents en droit de la santé*, Formation permanente du Barreau du Québec, 1991.

PLANIOL, M., *Traité élémentaire de droit civil*, Tome II, 4^e édition, Paris 1909.

RUBEINSTEN, E., *Occupational safety and Health, Scientific American Medicine*, (1995)

SANSFAÇON, M., *L'indemnisation des victimes d'accidents du travail et des maladies professionnelles : aspects juridiques en droit québécois*, 2^e éd., Montréal, Wilson & Lafleur 2000.

SIMARD, Marcel, Étude des mécanismes de prévention et de participation en santé-sécurité du travail au Canada, Rapport final, CSST, Montréal, décembre 2000.

AUTRES SOURCES

American Journal Of Industrial Medicine 36 : 159 (1999) : Cancer Mortality Among Women Employed in Health Care Occupation in 24 U.S. States, 1984-1993.

Association de la santé et de la sécurité au travail, section affaires sociales (ASSTSAS) « Les laboratoires : guide prévention relatif à la manipulation des agents chimiques, physiques et biologiques dans les laboratoires de biologie médicale », Montréal, 1987, 1v. (p. multiple).

BANQUE de données de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Banque de données informatisées de la médecine en ligne « Medline », accessible depuis 1970.

(CSST) « Tout sur la prévention », 8 janvier 2002.

CSST :Annexe statistique 2000 Rapport annuel d'activité

CSST : Associations sectorielles paritaires Lésions professionnelles, Statistiques 1998, Tableau 5 en Annexe

CSST : Qui sommes-nous/ Présentation Historique, La CSST a plus de 20 ans , Montréal, Mardi 9 octobre 2001.

CSST et IRSST : Prévention au travail , octobre –novembre-décembre 1995 vol.8, no.4

GOUVERNEMENT du Québec, Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs , Éditeur officiel du Québec, 1978.

GRANGER, D., À quoi servent les études statistiques ? dans *Prévention au Travail*, Août-Septembre 1997.

LÉVESQUE, H. Ruineuses ces LATR », CSST et IRSST, octobre- novembre - décembre, 1995, vol. 8, no 4

LYNCH M., and al., Medical Laboratory Technology, W.B. Saunders Company, Philadelphia and London, March 1964.

MARSOLAIS , C.V., *Le Québec fait piètre figure* dans La Presse, Montréal, Lundi 14 janvier 2002.

MESSIER , F., *Prévention au travail* , CSSST et IRSST, Printemps 2000, vol. 13, no. 2.

MINISTRE (LE) d'État au développement social « Livre blanc sur la santé et la sécurité au travail , éditeur officiel du Québec, 1978.

ORGANISATION INTERNATIONALE DU TRAVAIL, Communiqué de Presse BIT/01/14, Index, Notes aux correspondants ,Genève, Mardi 24 avril 2001.

Pathology Laboratory Clinical and Experimental Pathology, Protection of Personnel Environment against Creutzfeld Jacob , 1999, No. 47(3-4).

SAVARD , H., *Une re-naiissance attendue* dans *Prévention au travail* , CSST et IRSST, Été 2001, vol. 14, no. 3.

STANLEY, L., Clinical Laboratory Test , Spring House Corporation, 1991.
