

Université de Sherbrooke
Faculté de droit

Le programme de santé spécifique à un établissement
20 ans après sa mise en application

Joanne Roy

Essai soumis à la Faculté de droit en vue de
l'obtention du grade de «Maître en droit»

© Joanne Roy, 2002

«Le travail est l'un des aspects les plus fondamentaux de la vie d'une personne, un moyen de subvenir à ses besoins financiers et, ce qui est tout aussi important, de jouer un rôle utile dans la société. L'emploi est une composante essentielle du sens de l'identité d'une personne, de sa valorisation et de son bien-être sur le plan émotionnel.»

D.M. Beatty, 1980

Résumé: Le contexte dans lequel le Programme de santé au travail a évolué depuis ses débuts, jusqu'à ce jour, est très complexe. D'une part, l'objectif visé est le même pour tous: l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs tel que stipulé par l'article 2 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail et ce, dans le cadre de la prise en charge par les milieux de travail. D'autre part, les acteurs sont multiples, les champs de compétence pas toujours très clairs et les intérêts nombreux. Le programme de santé spécifique à un établissement n'a pas échappé à ces tiraillements. Ce programme, enchâssé dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail à l'article 113, est, selon certains auteurs, la pierre angulaire de la prévention en matière de santé et de sécurité du travail. La responsabilité d'élaborer et de mettre en oeuvre les activités découlant de l'article 113 est dévolue au Ministère de la santé et des services sociaux. Ce mandat est réalisé aujourd'hui principalement par les équipes de santé au travail des Centres locaux de santé communautaire avec le support conseil des équipes régionales de santé au travail des Directions de santé publique des Régions régionales de la santé et des services sociaux. Ce programme de santé s'est développé en quatre volets, soit la surveillance environnementale, la surveillance médicale, l'information et les premiers soins. Chacun de ces volets s'est vu attribuer des activités. Certaines de ces activités ont connu des difficultés de sources diverses dont les principales sont le manque de ressources financières auxquelles s'ajoute la remise en question continue de la Commission de la santé et de la sécurité à l'égard de la mise en oeuvre et de la réalisation de ce programme par les ressources du Réseau de la santé. Cet essai cherche à montrer les conséquences de ces difficultés sur l'application de l'article 113 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail à la lumière des objectifs initialement visés par la Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs.

Abstract: The context in which the Occupational health and safety programme evolved from its inception up to now is very complex. On the one hand, the objective is the same for everyone: elimination at source of the dangers to the health, safety and physical well-being of workers as stipulated in article 2 of the Act Respecting Occupational Health and Safety, in keeping with workplaces assuming responsibility for it. On the other hand, there are many players, the fields of competency are not always very clear, and numerous interests are involved. An establishment's specific health programme has not escaped these frictions. This programme, entrenched in article 113 of the Act Respecting Occupational Health and Safety, is, according to some authors, the cornerstone of prevention in occupational health and safety. The responsibility for developing and implementing the activities ensuing from article 113 has devolved to the Ministry of Health and Social Services. This mandate is carried out today mainly by the occupational health teams in Local community service centres (CLSC), with consulting support from the occupational health teams of the Public health branches of the Regional health and social services boards. This health programme has four components, namely environmental monitoring, medical monitoring, information and first aid. Activities have been assigned to each of these components. Some of these activities have had difficulties that originate from various sources, with the main ones being the lack of financial resources and the continual calling into concern. Of the Occupational Health and Safety board (CSST) about how this programme is implemented and carried out by the resources in the health network. This essay attempts to demonstrate the consequences of these difficulties on the application of article 113 of the Act Respecting Occupational Health and Safety in light of the initial objectives of the Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs (Quebec policy on worker health and safety).

REMERCIEMENTS

À Me Diane L. Demers, professeure à la faculté de droit de l'Université du Québec à Montréal qui a accepté de me diriger dans cette étude du Programme de santé spécifique à un établissement. Sans ses connaissances de l'univers de la santé et de la sécurité du travail, ses conseils, son support, ses encouragements et sa disponibilité, cet essai n'aurait jamais vu le jour.

Je remercie ma famille et tout particulièrement les deux personnes avec qui je partage ma vie, Michel et Stéphanie. Souvent à leurs dépens, la réalisation de ce projet académique a pu être menée à terme. J'aimerais ici vous faire part d'une question que Stéphanie m'a demandée à plusieurs reprises tout au long de la rédaction de cet essai: *Pour être vétérinaire, est-ce que je devrai écrire un essai moi aussi?*

Je tiens aussi à remercier tout particulièrement Mesdames Diane Caron et Francine St-Denis pour leur amitié et leurs précieux encouragements durant la rédaction de cet essai.

Un merci tout spécial à Jean-François Jutras, *mon secrétaire* tel que je prends plaisir à le surnommer, pour la correction des épreuves et la vérification du texte final.

Je termine en remerciant les personnes qui ont mis à ma disposition plusieurs documents qu'il m'aurait été impossible de me procurer sans leur précieuse collaboration, ces documents étant non disponibles à l'extérieur du Réseau de la santé au travail et de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

TABLE DES MATIÈRES

| | |
|----------------------------|----------|
| INTRODUCTION: | 1 |
|----------------------------|----------|

PARTIE I:

Chapitre préliminaire :

| | |
|--|-----------|
| L'organisation des services de prévention en matière de santé et de sécurité du travail | 7 |
| La Commission de la santé et de la sécurité du travail | 11 |
| Les Associations sectorielles paritaires | 12 |
| L'institut de recherche en santé et sécurité du travail | 13 |
| Les services de santé au travail | 14 |

Section 1

| | |
|---|-----------|
| 1.1 Une politique d'intervention | 19 |
| 1.2 Une programme de santé spécifique à un établissement | 24 |
| 1.3 Un programme de prévention en complémentarité | 31 |

Section 2

| | |
|--|-----------|
| 2.1 Une mise en oeuvre coordonnée | 36 |
| 2.2 Les étapes d'implantation du programme de santé spécifique à un établissement | 40 |
| 2.3 Le médecin responsable et le programme de santé spécifique à l'établissement | 44 |
| 2.4 Des objectifs pour un programme de santé spécifique à un établissement | 47 |
| 2.5 Les activités et les ressources nécessaires au programme de santé | 50 |

Section 3

| | |
|---|----|
| 3.1 Les volets du programme de santé..... | 53 |
| 3.2 La surveillance environnementale..... | 54 |
| 3.3 La surveillance médicale..... | 58 |
| 3.4 L'information..... | 65 |
| 3.5 Les premiers soins..... | 68 |

PARTIE II:

| | |
|---|----|
| Le programme de santé et son application..... | 71 |
|---|----|

Chapitre préliminaire:

| | |
|--|----|
| 1.1 Le contexte de la mise en application du programme..... | 72 |
| 1.2 Les difficultés inhérentes au Réseau de la Santé..... | 72 |
| 1.3 Les difficultés reliées à l'organisation des services..... | 74 |
| 1.4 Les difficultés extérieures au Réseau de la santé..... | 78 |

Section 2

| | |
|---|-----|
| 2.1 La surveillance environnementale: une application incomplète..... | 85 |
| 2.2 La surveillance médicale: une interaction unique et limitée..... | 92 |
| 2.3 L'information: un outil privilégié d'intervention..... | 100 |
| 2.4 Les premiers soins..... | 107 |

| | |
|-----------------|-----|
| CONCLUSION..... | 113 |
|-----------------|-----|

ANNEXES

| | |
|--|-----|
| Annexe I: Responsabilités et pouvoirs du médecin responsable..... | 122 |
| Annexe II: Fonctions du comité de santé et sécurité..... | 124 |
| Annexe III Programme de santé spécifique à un établissement..... | 127 |
| Annexe IV: Programme de prévention..... | 129 |
| Annexe V: Les volets du programme de santé spécifique à un établissement..... | 131 |
| Annexe VI: M.O.I.T.E..... | 133 |
| Annexe VII: Le cycle des apprentissages en santé au travail..... | 135 |
| Annexe VIII: Premiers-secours et premiers-soins..... | 137 |

| | |
|--------------------|---|
| BIBLIOGRAPHIE..... | I |
|--------------------|---|

INTRODUCTION

«L'économie qui prétendait encore faire passer l'homme après les machines serait vouée à l'échec»

René Lévesque, mars 1977

Les préoccupations des gouvernements en ce qui concerne la santé au travail n'originent pas de la *Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs*¹, celle-ci constituant plutôt une Réforme de l'ensemble des lois et règlements concernant la protection des travailleurs adoptés et modifiés depuis 1885². La première loi relative à la santé et à la sécurité des travailleurs fut adoptée en 1885: il s'agit de *l'Acte des manufactures de Québec*. Par la suite, d'autres lois et règlements ainsi que quelques commissions ont encadré la santé et la sécurité des travailleurs.

En 1930, la Commission présidée par Édouard Montpetit recommandait de créer une «Division de l'hygiène industrielle au ministère de la Santé et de doubler le nombre des inspecteurs au Ministère du travail.»³ La même année, la première *Loi des accidents du travail* fut adoptée. Quelques années plus tard, la juridiction des services d'inspection fut élargie et, en 1936, une Division d'hygiène industrielle fut

¹ MINISTÈRE D'ÉTAT AU DÉVELOPPEMENT SOCIAL, *Santé et sécurité au travail : politique québécoise de la santé et sécurité du travail*, Éditeur officiel du Québec, 1978. [Ci-après Politique].

² Voir généralement *ibid* p. 53 à 63 et COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Le régime québécois de santé et de sécurité du travail, de 1885 à nos jours*, octobre 2001, en ligne: http://www.csst.qc/fr/12_la_csst/121_presentation/1213_historique/historique_details.php(dernière modification 26 octobre 2001). [Ci-après, site historique].

³ Politique, *supra*, note 1, p. 57.

créée suite à l'adoption de la *Loi de l'hygiène publique*. Cette équipe mise en place au sein du Ministère de la santé était composée de médecins, d'ingénieurs et de chimistes.

Depuis 1972, la préoccupation de la santé et de la sécurité des travailleurs est encore plus présente dans notre société et les interventions sont plus fréquentes. Nous n'avons qu'à penser à la refonte des règlements visant *Les établissements industriels et commerciaux*; c'est en vertu de cette loi que le titre de médecin hygiéniste fut attribué aux Chefs des départements de santé communautaire. Puis, il y eut création du Groupe de travail sur les objectifs et les structures de la Commission des accidents du travail du Québec. Les résultats des travaux de ce groupe de travail ont jeté les bases de tous les changements survenus depuis lors.

En 1978, *La politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs*⁴ est publiée et mieux connue sous le nom de *Livre blanc*. Cette *Politique* se veut une politique de développement social qui vise à créer les conditions assurant la reconnaissance de la «valeur et de la dignité fondamentale de l'être humain»⁵, entre autres dans son milieu de travail. Les auteurs de la *Politique* souhaitent que ces conditions soient celles de l'ensemble de la population des travailleurs. Cette *Politique* prône une réforme de l'ensemble du système de santé et de sécurité des travailleurs.

C'est dans la foulée de cette *Politique* et des nombreuses consultations et discussions avec les milieux concernés que le gouvernement québécois adopte en décembre

⁴ Afin d'alléger la lecture du texte, le terme *Politique* sera utilisé pour indiquer la *La politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs*.

⁵ *Politique, supra*, note 1, p. I.

1979, la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*.⁶ Cette *Loi* crée un nouvel organisme, institué sous le nom de la Commission de la santé et de la sécurité du travail⁷, qui remplace la Commission des accidents du travail du Québec. La nouvelle Commission prend la relève en 1980⁸.

Cette *Loi*, qualifiée d'importante, a pour objet «l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs»⁹. Elle se situe à l'avant-garde des lois similaires «par la participation qu'elle requiert des travailleurs et des employeurs pour sa mise en oeuvre, et enfin par la création d'un réseau de services publics intégrés»¹⁰.

L'implantation d'un programme de santé au travail s'inscrit dans cette réforme qui souhaite pallier au manque de ressources spécialisées en santé au travail dans les entreprises.

Les maîtres d'oeuvre de la réforme postulent que l'accès à de telles ressources amènera les entreprises à prendre conscience de leurs problèmes, à investir à court terme dans la prévention pour réduire à plus long terme la prévalence des lésions professionnelles et leurs

⁶ *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, L.R.Q., c. S-2.1. Afin d'alléger la lecture du texte le terme *Loi* sera utilisé pour indiquer la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*. Ce présent essai étudie la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, en plus spécifiquement l'article 113, lorsque nous citons *Loi* dans le texte, nous référons explicitement à *Loi sur la santé et la sécurité du travail* donc une note infra-paginale ne sera pas notée à chaque mention de la *Loi*.

⁷ Afin d'alléger la lecture du texte le terme *Commission* sera utilisé pour indiquer la *Commission de la santé et de la sécurité du travail*.

⁸ Voir G. LÉVESQUE, *Les effets du programme québécois de santé au travail sur l'élimination des sources de danger*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en administration des affaires, profil recherche. Université du Québec à Montréal, 1997, p.2.

⁹ Site historique, *supra*, note 2 p. 5.

¹⁰ M. VÉZINA, «La prévention en santé et en sécurité du travail au Québec: une réforme avant-gardiste inachevée ou inachevable?» (Mai 1990) *Médecin du Québec*, p. 81.

taux de cotisation à la Commission de la santé et de la sécurité du travail.¹¹

Avant la réforme, les programmes de santé au travail étaient laissés à la discrétion des employeurs. En général, seuls les établissements¹² de grande taille disposaient des ressources nécessaires pour réaliser des programmes de santé. La réforme vise à donner accès aux programmes de santé au travail à l'ensemble des établissements.

Ces services sont confiés au Ministère des affaires sociales et à son réseau par l'intermédiaire des Départements de santé communautaire de l'époque. Ceux-ci reçoivent comme mandat de veiller à l'implantation du programme de santé au travail dans les établissements¹³. Le programme de santé spécifique à un établissement en constitue le principal outil de prévention en matière de santé au travail. «Cependant, le programme de santé au travail¹⁴ est, depuis plusieurs années, au centre d'un débat politique. Les employeurs et leurs représentants au conseil d'administration de la Commission de la santé et de la sécurité au travail considèrent

¹¹ D. BERTHELETTE, et R. PINEAULT, «Analyse d'implantation du programme de santé au travail. résultats d'une recherche évaluative» (1992) 8:4 *Travail et santé*, p. S-23.

¹² La notion d'établissement, dans tous les cas, doit se comprendre au sens de la *Loi* dont la définition enchâssée à l'article 1 est la suivante: «établissement», l'ensemble des installations et de l'équipement groupés sur un même site et organisés sous l'autorité d'une même personne ou de personnes liées, en vue de la production ou de la distribution de biens ou de services, à l'exception d'un chantier de construction; ce mot comprend notamment une école, une entreprise de construction ainsi que des locaux mis par l'employeur à la disposition du travailleur à des fins d'hébergement, d'alimentation ou de loisirs, à l'exception cependant des locaux privés à usage d'habitation. *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art. 1.

¹³ Voir D. BERTHELETTE, *Évaluation des résultats et de l'implantation du programme de santé au travail*, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en santé communautaire, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, 1990, p.1.

¹⁴ Nous désignons ici par le terme, *programme de santé au travail* l'ensemble du Chapitre VIII de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6.

que la réforme leur coûte cher»¹⁵. Ce débat nous a interpellé.

Pour en comprendre les causes et les conséquences, nous croyons utile de dresser un bilan du programme de santé. Nous croyons pertinent de répondre aux questions suivantes: qu'est-ce que le Programme de santé spécifique à l'établissement et à quels objectifs répond-il? Quels sont les éléments de la *Politique* retenus par le législateur? Qu'est devenu le programme de santé 20 ans après son implantation et ce, suite à toutes les remises en question? Respecte-t-il toujours les prescriptions de l'article 113 de la *Loi*? Peu d'auteurs se sont intéressés au sujet. Par cet essai, nous espérons apporter quelques réponses à ces préoccupations.

Dans un premier temps, nous présentons l'ensemble de l'organisation des services de prévention en matière de santé et de sécurité du travail tel qu'initialement proposé par les auteurs de la *Politique* et nous décrivons les rôles des principaux acteurs en matière de santé et sécurité du travail. Nous présentons également les objectifs et les fonctions attribués aux services de santé au travail, ces derniers ayant comme principale fonction la mise en application du Chapitre VIII de la *Loi*, et, plus particulièrement, de l'article 113 de cette *Loi*. Ce rappel de la *Politique* permet d'identifier la philosophie dans laquelle s'inscrit cette réforme de la santé et de la sécurité du travail, qui sous-tend l'énoncé législatif de la notion même de programme de santé. Cet exercice fait apparaître les liens existants entre les objectifs développés par la *Politique* et le libellé de l'article 113 de la *Loi*. Ceci nous conduit par la suite à examiner le contenu du programme de santé tel que défini par un groupe de travail mis sur pied par la Commission de la santé et de la sécurité du travail. Ce groupe a comme mandat de traduire l'article 113 de la *Loi* en activités de prévention dans le

¹⁵ D. BERTHELETTE, *surpa*, note 13, p. 11.

cadre du programme de santé; pour ce faire, il doit tenir compte de l'esprit et de l'objet de la *Loi* ainsi que de l'approche préconisée par la *Politique*, soit l'approche de santé publique. Cette démarche résultera en un programme de santé dont le contenu comporte quatre volets auxquels sont rattachées des activités spécifiques que nous décrivons.

Une fois complétés ces rappels, nous proposons, en deuxième partie, d'examiner les difficultés de mise en application rencontrées par les intervenants de la santé dans le cadre de l'implantation du programme de santé au travail. Ces difficultés sont de deux ordres: des difficultés inhérentes au Réseau de la santé et des difficultés extérieures au Réseau de la santé¹⁶. Afin d'illustrer ce qu'il en est du contenu du programme de santé 20 ans après sa mise en application, nous présentons chacun des volets du programme de santé en pointant sur les difficultés de mise en oeuvre tout autant que sur l'évolution de ces volets depuis l'implantation du programme de santé en 1982. Nous situons le tout en relation avec le contenu proposé par le groupe de travail de la Commission lors de l'implantation du programme de santé. Cette deuxième partie met l'accent sur ce qu'il est advenu du programme de santé et des activités s'y rattachant, en somme sur le contenu actuel du programme.

¹⁶ Les termes *Réseau de la santé* sont utilisés dans le milieu de la santé et de la sécurité du travail pour désigner l'ensemble des intervenants de la santé qui sont liés par contrat avec la Commission en vertu de l'article 107 de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6.

PARTIE I

Chapitre préliminaire:

L'Organisation des services de prévention en matière de santé et sécurité du travail

Nous ne pouvons traiter du programme de santé spécifique à un établissement¹⁷ ainsi que de l'évolution de ce dernier sans présenter l'ensemble de l'organisation des services de prévention en matière de santé et de sécurité du travail tel que défini par la réforme de 1978. Nous croyons important de faire un rappel des objectifs de la *Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs*¹⁸, d'identifier les différents acteurs et de préciser les mandats et les rôles de chacun. L'organisation des services de santé et de sécurité du travail telle que proposée par les auteurs¹⁹ de la *Politique* devait permettre d'atteindre l'ensemble des objectifs énoncés dans la *Politique*. Selon les auteurs, la *Politique* se voulait une *Politique* de développement social, soit:

[...] comporter l'ambition légitime de créer les conditions qui permettront que soient reconnues la valeur et la dignité fondamentales de l'être humain sous tous les aspects de son existence et dans tous les lieux de son activité. De façon privilégiée, une telle reconnaissance doit être garantie là où la majorité des citoyens passent une grande partie de leur vie, c'est-à-dire au travail.²⁰

¹⁷ Afin d'alléger la lecture du texte, le terme *programme de santé* sera utilisé pour indiquer le *programme de santé spécifique à un établissement*.

¹⁸ Afin d'alléger la lecture du texte, le terme *Politique* sera utilisé pour indiquer la *Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs*.

¹⁹ Afin d'alléger la lecture du texte, les termes *auteurs* ou *auteurs de la Politique* seront utilisés pour indiquer le *groupe gouvernemental* qui a rédigé la *Politique*.

²⁰ *Politique, supra*, note 1, p. V.

L'activité privilégiée par la *Politique* est:

[...] l'élimination des accidents du travail et des maladies professionnelles. Pour atteindre le but poursuivi, il faut s'attaquer à l'ensemble des risques qui existent sur les lieux de travail.²¹

En se basant sur la prémisse que les gens travailleront ensemble, la *Politique* place au centre de l'action de prévention l'employeur et le travailleur en leur attribuant des droits et des obligations:

Aucun service d'inspection ne pourra jamais non plus se substituer à la surveillance préventive que seules ces mêmes personnes peuvent faire sérieusement. Employeurs et travailleurs ont donc des responsabilités à assumer en même temps que des droits à exercer.²²

Afin d'atteindre leurs objectifs, les auteurs de la *Politique* proposent des structures internes au milieu de travail. Ces structures devraient, selon eux, faciliter la mise en application des droits ainsi que le respect par les travailleurs et les employeurs des obligations que leur impose la *Loi*. En conséquence, les auteurs suggèrent la formation de comités paritaires de santé et sécurité du travail²³. Selon l'énoncé de *Politique*, ces comités devraient être obligatoires et présents dans les établissements de plus de 10 travailleurs. Toujours selon les auteurs, ces comités paritaires²⁴ auront un pouvoir décisionnel et pourront formuler des avis et des recommandations à l'employeur sur le programme de prévention et sur le choix du médecin responsable.

²¹ *Politique*, *supra*, note 1, p. 193.

²² *Ibid.*, p. VI.

²³ Voir *ibid.*, p. 208.

²⁴ La *Loi* les désigne sous l'appellation de « comité de santé et de sécurité », *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art.1.

Ils se voient aussi attribuer les responsabilités suivantes par le groupe de travail:

- exercer par toute méthode appropriée, y compris la visite des lieux de travail, une surveillance préventive en milieu de travail;
- recevoir, prendre en considération et répondre aux plaintes des travailleurs et des employeurs qu'il représente;
- recevoir et analyser tout rapport d'accident [...]
- tenir des registres des accidents du travail, des blessures, des maladies et des plaintes des travailleurs;
- recevoir et étudier les statistiques produites par le médecin du travail, le responsable de sécurité de l'établissement, les départements de santé [...]
- communiquer à la Commission, à l'employeur, aux travailleurs et au syndicat toute information relative à la composition du comité et à la fréquence de ses réunions, le compte-rendu des réunions et un rapport annuel de ses activités;
- accomplir toute autre tâche que l'employeur et les travailleurs ou leur syndicat lui confient, par entente mutuelle.²⁵

Les auteurs de la *Politique* reconnaissent que l'État doit mettre en place des outils et des moyens externes aux milieux de travail en vue de supporter les milieux dans la recherche de solutions. Dans le modèle proposé, l'État a aussi la responsabilité de fixer certaines balises et de voir à ce que le système s'organise. Conséquemment, il devra identifier des moyens pour faciliter la prise en charge de la santé et de la sécurité du travail par les milieux de travail. Le souhait des auteurs de la *Politique* est que ces moyens soient diversifiés et accessibles au plus grand nombre de milieux de travail comme en témoigne cet énoncé:

Plutôt que de prétendre régler les problèmes à la place des citoyens impliqués, il s'emploiera à mettre à la disposition de ces derniers les outils et les moyens leur permettant de trouver eux-mêmes les solutions. Il lui faudra bien sûr fixer et ajuster au besoin les règles du jeu, assurer la reconnaissance des droits et des devoirs de

²⁵ *Politique, supra*, pp. 212-213.

chacun et établir des normes. Il faudra aussi quelquefois animer le jeu, mettre de l'huile dans le système, stimuler la prise en charge. Mais à cette fin, il n'est aucunement besoin de faire surgir quelque super-machine bureaucratique investie du pouvoir tout-puissant de décider à la place des gens. Les fonctions à créer sont essentiellement des services de soutien à l'action du milieu, services qui doivent être accessibles au plus grand nombre et à la plus grande variété possible d'agents et d'intervenants.²⁶

La Commission de la santé et de la sécurité du travail

Afin de mettre en oeuvre la *Politique*, les auteurs proposent l'adoption d'une législation assurant la transformation de la Commission des accidents de travail en une Commission de la santé et de la sécurité du travail. La Commission assumera les responsabilités qu'assumait antérieurement la Commission des accidents de travail en matière d'indemnisation et de réadaptation. De plus, la Commission se verra confier plusieurs rôles en matière de prévention de la santé et de la sécurité du travail, dont un rôle d'inspection en vertu duquel elle devra voir à l'application de la *Loi* et des divers règlements en découlant²⁷.

Globalement, les inspecteurs exercent cinq fonctions: ils effectuent des inspections de conformité, des inspections suite à une plainte, des enquêtes suite à un accident, des interventions lors de l'exercice d'un droit de refus et des visites de contrôle.²⁸

Elle aura aussi comme responsabilité de voir à la mise en place des moyens qui favoriseront la prise en charge de la santé au travail par les milieux de travail: «à

²⁶ *Politique, supra*, note 1, p. VII.

²⁷ Voir J. P. VILLAGI, *La protection des travailleurs: l'obligation générale de l'employeur*, Cowansville, Yvon Blais, 1996, p. 19.

²⁸ *Ibid.*, p. 23.

savoir la formation, l'information, la recherche, le conseil et les programmes de santé au travail»²⁹. Conséquemment, les fonctions de formation, d'information, de recherche, de conseil et d'élaboration des programmes de santé au travail seront assurées par des structures différentes de celles de la Commission: des Associations sectorielles paritaires, un organisme de recherche et les services de santé au travail.

Les Associations sectorielles paritaires

Les Associations sectorielles paritaires se voient attribuer le mandat de formation, d'information et de conseil spécifique à leur secteur d'activité. Elle devront intervenir à la demande des établissements. Le groupe de travail recommande que la composition des Associations sectorielles soit la même que celle des comités de santé et de sécurité, donc de représentants d'employeurs et de travailleurs. À cet effet, on peut lire que:

Les objectifs visés par ces associations doivent être, d'une part, de servir de point de rencontre aux comités paritaires de santé et de sécurité du travail et, d'autre part, de fournir à leurs membres des services de formation, d'information et de consultation qui correspondent à leurs besoins réels et utilisent des méthodes qui leur conviennent.³⁰

De plus:

Les Associations sectorielles paritaires peuvent intervenir à titre d'expert-conseil à la demande des entreprises.³¹

²⁹ Politique, *supra*, note 1, p. 223.

³⁰ *Ibid.*, p. 214.

³¹ D. BERTHELETTE et R. PINEAULT, *supra*, note 11, p. S-25.

À ces fins, les associations sectorielles pourront:

- aider à la formation et au fonctionnement des comités de santé et de sécurité;
- concevoir et réaliser des programmes de formation et d'information pour les comités de santé et de sécurité;
- faire des recommandations relatives aux règlements et aux normes de santé et de sécurité du travail;
- collaborer avec la Commission et les chefs de Départements de santé communautaire à la préparation de dossiers ou d'études sur la santé des travailleurs ou sur les risques auxquels ils sont exposés;
- élaborer des guides de prévention particuliers aux activités des établissements;
- donner leurs avis sur les qualifications requises des inspecteurs au sens de la Loi,³²

L'Institut de recherche en santé et sécurité du travail

Les auteurs de la *Politique* qualifient de limitées et fragmentaires les connaissances de recherche en matière de santé et de sécurité du travail, tant du côté des connaissances médicales que du côté des connaissances technologiques. Ainsi, les auteurs proposent que les efforts de recherche soient intensifiés et coordonnés en fonction de priorités.

Dans le but de répondre aux besoins et aux priorités de recherche en santé et sécurité du travail, les auteurs suggèrent de créer un organisme qui permettra une utilisation maximale des groupes ou centres de recherche déjà en place et de voir, en conséquences à éviter de dédoubler des travaux de recherche déjà réalisés ou en

³² L. G. BOUCHER et D. BROCHU, *Droit du travail*, Montréal, Wilson & Lafleur, 1990, p. 116.

cours à l'intérieur tout comme à l'extérieur du Québec. C'est pourquoi, les activités de recherche devront se faire en étroite collaboration avec les autres acteurs de la santé et de la sécurité du travail ainsi que les milieux de travail³³.

Suite à l'adoption de la *Loi*, un groupe de travail fut constitué. Ce groupe a reçu comme mandat de formuler des recommandations afin que soit mis en oeuvre l'organisme voué à la recherche. C'est ainsi que fut créé en 1980, l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail, dont les objectifs sont précisés dans les lettres patentes assurant sa création³⁴. Les recommandations du rapport Martin orientent les fonctions de l'Institut à partir des six principes suivants:

- Les contributions de l'Institut devront être originales;
- Les activités de l'Institut devront être d'un haut niveau scientifique et libres de toute influence;
- L'institut devra veiller à ce que soit assurée une utilisation maximale des ressources déjà existantes en les stimulant et en les appuyant aussi bien sur le plan scientifique que sur le plan financier;
- Les activités de l'Institut seront axées sur la solution de problèmes concrets;
- Les orientations générales et les programmes de l'Institut devront être déterminés avec la participation du monde du travail;
- L'Institut devra être étroitement lié à la mission de la Commission de la santé et de la sécurité du travail.³⁵

³³ Voir Politique, *supra*, note 1, p.235-236.

³⁴ Voir B. CLICHE, S. LAFONTAINE et R. 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*, Cowansville, Yvon Blais, 1993, p. 165.

³⁵ *Ibid.* p. 66.

Les Services de santé au travail

Les auteurs de la *Politique* adoptent les objectifs de l'Organisation mondiale de la santé en matière de médecine du travail. À cette fin, ils considèrent que l'organisation proposée en matière de prévention de la santé et de la sécurité du travail devrait permettre d'atteindre ces objectifs qui sont:

[...]de promouvoir et de maintenir le plus haut degré de bien-être physique, mental et social des travailleurs dans toutes les professions, de prévenir tout dommage causé à la santé de ceux-ci par la condition de leur travail, de les protéger dans leur emploi contre les risques résultant de la présence d'agents préjudiciables à leur santé; de placer et de maintenir le travailleur dans un emploi convenant à ses aptitudes physiologiques et psychologiques, en somme d'adapter le travail à l'homme et chaque homme à sa tâche.³⁶

Les intervenants en santé au travail qui, à l'époque, étaient sous la gouverne du Ministère des affaires sociales se verront confier les responsabilités des services de santé au travail telles que définies par la *Politique*. Les auteurs souhaitent que les services de santé au travail ne soient plus sous la responsabilité administrative des employeurs ni que ces derniers soient «les seuls responsables de la réalisation des objectifs que l'Organisation mondiale de la santé a fixés à la médecine du travail»³⁷.

De plus, les auteurs de la *Politique* recommandent que ces services soient prioritairement conçus selon une approche de santé publique. Ils ne désirent pas limiter les services à des interventions cliniques et individuelles. Les auteurs prétendent que l'approche préconisée en santé publique contribuera à éliminer à la

³⁶ *Politique*, *supra*, note 1, p. 238.

³⁷ *Ibid.*, p. 238

source les causes des problèmes de santé des travailleurs, de tracer des portraits collectifs de leur santé et de cueillir l'information qui permettra de s'attaquer aux sources des problèmes. Les deux approches réunies comprendront les fonctions suivantes:

- La surveillance de l'état de santé des travailleurs assurant le dépistage précoce et la prévention de toute altération à la santé provoquée ou aggravée par le travail.
- L'identification et l'évaluation des risques à la santé physique et mentale causés par le milieu de travail.
- La mise sur pied et le bon fonctionnement d'un service adéquat de premiers soins pour faire face aux urgences médicales et traumatiques et pour faciliter la réadaptation au travail.
- La connaissance des caractéristiques individuelles des travailleurs, afin de faciliter leur affectation à des tâches non susceptibles de porter atteinte à leur santé ou à leur sécurité.³⁸

Afin d'assumer les fonctions énumérées précédemment, les auteurs de la *Politique* recommandent trois paliers d'intervenants en ce qui concerne les services de santé au travail soit, un premier palier couvrant les services de santé au niveau local, un deuxième palier relevant de l'organisation des services de santé au niveau régional et un troisième palier se situant au niveau central. Les auteurs prévoient des fonctions spécifiques pour chacun des paliers.

Ainsi, les intervenants des services de santé au niveau local devront:

- collaborer avec le comité paritaire à la définition du programme de santé propre à l'établissement;
- assurer l'application de ce programme et du programme-cadre de santé publique défini par le CH-DSC;
- assurer des services de diagnostic précoce des premiers symptômes d'une maladie professionnelle;

³⁸ Politique, *supra*, note ,1 pp. 239-240.

- évaluer les caractéristiques individuelles de santé des individus afin de faciliter leur affectation à des tâches qui correspondent à leurs aptitudes et qui ne portent pas atteinte à leur santé et à leur sécurité.³⁹

Les objectifs des intervenants de santé au niveau régional seront de:

[...] procéder à la surveillance de l'état de santé des travailleurs de leurs territoires, par la collecte systématique et l'analyse des données épidémiologiques, de coordonner les programmes de santé au niveau des établissements et d'en évaluer le fonctionnement.⁴⁰

L'organisation des services de santé au niveau central assumera les:

[...] fonctions de surveillance de l'état de santé des travailleurs, d'élaboration de programmes-cadres et d'évaluation générale de l'efficacité des programmes de santé. Ces diverses fonctions seront assumées par la Commission de la santé et de la sécurité au travail. Toutefois, les programmes-cadres seront élaborés en collaboration avec le ministère des Affaires sociales.⁴¹

De plus:

Les programmes-cadres sont de deux types: «des programmes généraux de dépistage et de protection s'appliquant à tous les travailleurs, selon la nature des risques auxquels ils sont exposés [...] des programmes particuliers d'intervention propres à solutionner des problèmes retenus comme prioritaires.⁴²

Tel que mentionné précédemment, le volet prévention de la santé au travail est sous

³⁹ Politique, *supra*, note ,1 p. 242.

⁴⁰ *Ibid.*, p. 244.

⁴¹ *Ibid.*, p. 245.

⁴² *Ibid.*, p. 247.

la responsabilité du Ministère des affaires sociales. Les auteurs de la *Politique* n'ont pas voulu créer de nouvel organisme. Ils désiraient mettre à contribution l'organisation des services de santé au travail déjà en place. Les organismes existants comportaient déjà trois niveaux d'intervention: un niveau local attribué aux Centres locaux de services communautaires, un niveau régional attribué aux centres hospitaliers possédant un Département de santé communautaire et un niveau provincial attribué au Ministère des affaires sociales.

Chacun de ces paliers s'est vu attribuer des fonctions spécifiques par la *Politique*, l'actualisation de ces fonctions étant dépendantes les unes des autres. Ainsi, si les fonctions locales ne sont pas réalisées, les instances régionales n'ont pas l'information voulue pour assumer leurs responsabilités et les fonctions ministérielles ne pourront être documentées. L'inverse est aussi vrai: les fonctions ministérielles n'étant pas respectées, les fonctions régionales ne peuvent être assurées complètement et les acteurs locaux n'ont pas l'information requise pour intervenir auprès des établissements selon les règles de l'art.

Le rôle de chacun de ces paliers d'intervention en matière de santé au travail ainsi que les informations qu'ils devront se transmettre entre eux sont enchâssés dans le chapitre VIII de la *Loi*. Le tout est repris de façon plus détaillée dans le contrat type intervenu entre la Commission et le Ministère des affaires sociales et dans les contrats spécifiques intervenus entre les Directions régionales de la Commission et les Centres hospitaliers possédant un Département de santé communautaire.⁴³

⁴³ *Ibid.*, art. 107. COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Contrat type relatif aux programmes de santé au travail dispensé en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail*, 1993. [non publié] [Ci-après Contrat type]

Il appartiendra à la Commission de voir à ce que l'ensemble du système mis en place fonctionne de façon cohérente et ce, en obtenant la collaboration de tous les acteurs identifiés par la *Politique*:

Les ressources ne sont pas si nombreuses qu'on puisse se permettre des chevauchements et des gaspillages d'énergie et ce n'est pas la moindre des responsabilités de la Commission que de créer les conditions propices à cette collaboration nécessaire entre les divers intervenants.⁴⁴

1.1 Une politique d'intervention

La notion de «programme de santé spécifique à un établissement» a été introduite dans le milieu de la santé et de la sécurité du travail lors de la réforme de 1978. Les auteurs de la *Politique* proposent une conception de programme de santé qui repose sur certains principes et objectifs, attribue des pouvoirs et des responsabilités à certains acteurs, formule des modalités de fonctionnement et énumère certains paramètres. Le législateur a pris en considération l'ensemble de ces éléments pour rédiger la *Loi*. Dans le cadre de celle-ci, le rôle des services de santé et leurs modalités de fonctionnement se retrouvent au chapitre VIII. En somme, ce chapitre circonscrit les activités des intervenants en santé au travail, dont la principale activité est l'élaboration et la mise en application du programme de santé.

La présente section a pour objet la présentation de la vision des auteurs de la *Politique* et l'influence de cette vision sur le libellé de l'article 113 de la *Loi*, article qui enchâsse le contenu du programme de santé. Nous avons vu précédemment que

⁴⁴ *Politique, supra*, note ,1 p.228.

les auteurs ont proposé une définition du programme de santé spécifique à l'établissement ainsi que des modalités de fonctionnement et d'application. La vision des auteurs de la *Politique* ne se limite pas seulement aux problèmes de santé spécifiques au milieu de travail, mais inclut aussi les services de promotion générale de la santé requis pour la prévention de problèmes de santé tels que l'hypertension, le tabagisme, etc⁴⁵. À cet égard, les auteurs n'envisagent cependant aucune prescription relative au mandat des services de santé au travail en regard de ce volet. Nous pouvons donc retenir que ce volet de la prévention peut faire partie du mandat des services de santé au travail ou en être exclu. En d'autres termes, les intervenants en santé au travail pourraient assumer ces services ou les référer à d'autres services de santé spécialisés dans ces questions afin que ces derniers assument ces activités. Quoiqu'il en soit, le volet de services de promotion générale de la santé pour la prévention de certains problèmes n'a pas été retenu par le législateur.

Selon les auteurs de la *Politique*, la responsabilité de définir le programme de santé relève du comité de santé et de sécurité; ils voient le rôle des professionnels de la santé comme un rôle de support. Toujours selon les auteurs, ce rôle consiste à fournir les renseignements et le soutien technique nécessaire pour que les membres du comité de santé et sécurité prennent des décisions en connaissance de cause, c'est-à-dire en connaissant les risques présents dans leur milieu de travail et l'importance qu'ils représentent pour la santé des travailleurs. Selon l'énoncé de *Politique*, les intervenants des services de santé au travail doivent fournir toute l'information nécessaire pour que le comité de santé et de sécurité fasse un choix et établisse des priorités entre les situations de risques qui devront faire l'objet d'une intervention. Les services de santé au travail se voient donc confier un rôle conseil

⁴⁵ Voir *Politique*, *supra*, note ,1 p. 243.

par les auteurs de la *Politique*. C'est pourquoi le législateur a attribué au médecin responsable⁴⁶ à l'article 112 de la *Loi* l'élaboration du programme de santé⁴⁷ et, au comité de santé et de sécurité en vertu de l'article 78 à l'alinéa 2 de la *Loi*, le pouvoir d'approuver le programme de santé élaboré par le médecin responsable⁴⁸. De plus, le législateur prévoit dans l'article 75 de la *Loi* la possibilité que le médecin responsable puisse participer, sans droit de vote, au comité de santé et sécurité⁴⁹. Ainsi, on peut dire que le législateur permet au médecin responsable d'exercer un pouvoir d'influence sur les décisions du comité de santé et de sécurité.

Selon la *Politique*, le programme de santé devrait être réalisé à partir de programmes-cadres déterminés pour l'ensemble du Québec. L'élaboration ou la définition de programmes-cadres relève de la responsabilité de la Commission; cette dernière doit toutefois s'assurer d'élaborer ces programmes en collaboration avec le Ministère des affaires sociales pour l'ensemble du Québec. D'autres programmes-cadres devront aussi être rédigés, mais ces programmes auront cette fois une portée régionale: ils préciseront l'intervention des services de santé relativement aux risques classés prioritaires dans les régions par secteur d'activité ou en fonction des risques spécifiques à ces régions. Ces programmes-cadres devront être réalisés par les Départements de santé communautaire pour chacun de leur territoire⁵⁰. Ils comprennent notamment:

⁴⁶ Afin d'alléger la lecture du texte et par respect du libellé de la *Loi*, nous mentionnons le terme *médecin responsable* pour l'élaboration et la réalisation du programme de santé à l'établissement. À moins d'indication contraire l'utilisation du terme *médecin responsable* sous-entend les personnes qu'il désigne à savoir les intervenants en santé au travail, soit les infirmières et les technicien en hygiène du travail.

⁴⁷ Voir *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art. 112; Annexe I: Responsabilités et pouvoirs du médecin responsable.

⁴⁸ Voir *ibid.*, art.78; Annexe II: Fonctions du comité de santé et de sécurité.

⁴⁹ Voir *ibid.*, art. 75; Annexe I: Responsabilités et pouvoirs du médecin responsable.

⁵⁰ Voir *Politique*, *supra*, note 1, p. 243.

- des programmes généraux de dépistage et de protection s’appliquant à tous les travailleurs, selon la nature des risques auxquels ils sont exposés. Ces programmes pourraient viser, par exemple, la prévention des effets nocifs sur la santé de certains agents agresseurs, tels le bruit, le plomb, le mercure, etc.
- des programmes particuliers d’intervention propres à solutionner des problèmes retenus comme prioritaires, tels les problèmes de santé liés au secteur des fonderies, etc.⁵¹

Le législateur traduit la notion de programmes-cadres à l’article 107 de la *Loi*, sous l’appellation de «programmes de santé au travail»⁵². La *Loi* prescrit l’application de ces programmes sur les territoires et détermine que ces programmes devront être pris en compte dans l’élaboration du programme de santé spécifique à l’établissement.

Selon les auteurs de la *Politique*, le comité de santé et de sécurité a la responsabilité de définir ce programme de santé en fonction des besoins des travailleurs et de la liberté professionnelle des intervenants du Réseau. Il est proposé, en cas de mésentente entre les membres du comité de santé et sécurité, que la responsabilité de décider revienne au chef du département de santé communautaire. Afin d’exercer cette responsabilité, les auteurs proposent que le chef du département de santé communautaire s’appuie sur les programmes-cadres élaborés pour sa région⁵³. Or, le législateur n’a pas retenu la recommandation visant à confier au comité de santé et de sécurité la responsabilité d’élaborer le programme de santé; au contraire, il a confié ce devoir au médecin responsable dans son article 112⁵⁴. Toutefois, la notion de mésentente au sein du comité de santé et de sécurité ainsi que les modalités de solution proposées par les auteurs de la *Politique* ont été retenues et enchâssées dans

⁵¹ *Politique*, *supra*, note 1, p. 247.

⁵² *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art. 107.

⁵³ Voir *Politique* pp. 243-244

⁵⁴ Voir *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art. 112; Annexe I: Pouvoirs et responsabilités du médecin responsable.

la *Loi*, à l'alinéa 7 de l'article 127⁵⁵.

Précédemment, nous avons mentionné que les auteurs ne recommandaient pas de limiter le programme de santé aux seuls risques inhérents au milieu de travail; ils privilégiaient plutôt d'accorder une certaine latitude au comité de santé et de sécurité ainsi qu'aux intervenants des services de santé au travail en matière de prévention de la santé. Ils ouvraient la porte à d'autres activités non reliées aux dangers présents dans les milieux de travail. Nous croyons que les auteurs désiraient assurer, par cette proposition, que ledit programme respecte les besoins du milieu et vise à répondre à ces mêmes besoins. Du moins, c'est ce que l'on peut supposer de ces propos:

[...] un programme de santé se caractérise globalement par un ensemble cohérent et intégré d'activités et de services, en vue d'améliorer l'état de santé d'une population donnée.

[...] ne se limite donc pas à une simple dispensation d'examen médicaux aux travailleurs, mais doit également comporter des activités d'éducation sanitaire, d'information et d'animation de même que des analyses des exigences de certains postes de travail.

[...] pourra comporter, des services de promotion générale de santé prévoyant, entre autres, des activités de dépistage et d'éducation sanitaire pour la prévention de certaines maladies non nécessairement reliées au travail.⁵⁶

Nous verrons ultérieurement que le législateur n'a pas retenu la notion d'activités non spécifiquement reliées à la prévention des risques associés aux milieux de travail. Au contraire, il a mis l'accent sur les dangers présents dans les milieux de travail comme en témoigne le libellé de l'article 2:

La présente loi a pour objet l'élimination à la source même des

⁵⁵ Voir *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art. 127.

⁵⁶ *Politique*, *supra*, note 1, p. 243.

dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physiques des travailleurs.⁵⁷

Ainsi:

La loi, telle qu'elle fut adoptée, a donc retenu une formulation différente de celle de l'Énoncé de politique: en effet, ce ne sont pas les *risques* susceptibles de causer des accidents de travail ou des maladies professionnelles qu'il faut éliminer, mais bien les *dangers* pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs.⁵⁸

D'ailleurs, le juge Beetz, dans l'affaire *Commission de la santé et de la sécurité du travail c. Bell Canada*⁵⁹, affirme qu'il s'agit d'un objectif négatif. C'est pourquoi il ne l'interprète pas comme un énoncé de prévention, mais il nous ramène plutôt à la philosophie même de la *Politique* qui vise à «[...] assurer au travailleur des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique.»⁶⁰ Ainsi, pour le juge Beetz, même si l'objectif de la *Loi* est rédigé de façon négative, la fin poursuivie demeure la même, soit d'assurer le respect de «la santé et la sécurité du travailleur»⁶¹.

1.2 Un programme de santé spécifique à un établissement

L'étude de ce programme nécessite, par ailleurs, que nous démontrions le lien existant entre les objectifs énoncés dans la *Politique* et le libellé de l'article 113 enchâssant le contenu de ce programme de santé. Pour ce faire, nous présenterons

⁵⁷ *Loi sur la santé et la sécurité du travail. supra*, note 6, article 2.

⁵⁸ CLICHE, S. LAFONTAINE et R. MAILHOT, *supra*, note 34, p. 89.

⁵⁹ Voir *ibid.*, p. 90.

⁶⁰ *Ibid.*

⁶¹ *Ibid.*

les principaux objectifs et fonctions énoncés dans la *Politique* qui, selon nous, sont spécifiques aux intervenants des services de santé au travail et qui devront influencer leur intervention. À cet égard, la *Politique* énonce que:

Le but ultime de tout programme global d'intervention dans le secteur de la santé et de la sécurité au travail est l'élimination des accidents du travail et des maladies professionnelles.⁶²

C'est pourquoi les auteurs croient qu'il y a lieu de:

Créer les conditions qui permettent une prise en charge de la santé et de la sécurité au travail par le milieu de travail lui-même.⁶³

Fixer le cadre à l'intérieur duquel pourra se développer la participation des travailleurs et des employeurs.⁶⁴

[...] permettre aux travailleurs et aux employeurs d'assumer pleinement leurs droits et leurs obligations et de participer activement et conjointement à l'amélioration des conditions de santé et de sécurité de leurs lieux de travail.⁶⁵

Contribuer à éliminer à la source les causes des problèmes de santé des travailleurs.⁶⁶

Tracer des portraits collectifs de la santé des travailleurs par secteur d'activité économique et par entreprise en fonction de certaines caractéristiques individuelles.

Identifier les facteurs de risques à la santé propres à certains types de travaux.

Surveillance de l'état de santé des travailleurs assurant le dépistage précoce et la prévention de toute altération à la santé provoquée ou aggravée par le travail.⁶⁷

Identification et évaluation des risques à la santé physique et

⁶² *Politique*, *supra*, note 1, p. 193.

⁶³ *Ibid.*, p. 194.

⁶⁴ *Ibid.*, p. 195.

⁶⁵ *Ibid.*, p. 221.

⁶⁶ *Ibid.*, p. 238.

⁶⁷ *Ibid.*, p. 239

mentale causés par le milieu de travail.⁶⁸

La mise sur pied et le bon fonctionnement d'un service adéquat de premiers soins pour faire face aux urgences médicales et traumatiques et pour faciliter la réadaptation au travail.

La connaissance des caractéristiques individuelles des travailleurs, afin de faciliter leur affectation à des tâches non susceptibles de porter atteinte à leur santé ou à leur sécurité.⁶⁹

En outre, la *Politique* propose comme objectif ultime: «l'élimination des accidents du travail et des maladies professionnelles»⁷⁰ dans un esprit de complémentarité et de concertation. Les auteurs ont identifié les acteurs⁷¹ en matière de prévention, attribué des rôles à ces acteurs, tracé des lignes de fonctionnement et défini des éléments ou des paramètres de certains outils, tel le programme de santé à l'établissement. Le législateur a introduit la majorité de ces éléments à l'intérieur de la *Loi* en tenant compte de l'objectif fondamental de la réforme et de principes énoncés par le groupe de travail⁷².

Tel que mentionné précédemment, ce programme de santé s'est vu proposer un contenu par la *Politique*. Nous croyons que le législateur a tenu compte des recommandations relatives au contenu suggéré et aux principes énoncés par les auteurs de la *Politique*. Le législateur a enchâssé le contenu du programme de santé à l'article 113 de la *Loi*:

⁶⁸ *Politique*, *supra*, note 1, p. 240

⁶⁹ *Ibid.*, p. 240.

⁷⁰ *Ibid.*, p. 243

⁷¹ Le terme acteur sous-entend: la Commission, les Associations sectorielles paritaires, le Ministère des affaires sociales et son Réseau ainsi que l'Institut de recherche en santé et sécurité du travail.

⁷² Voir *Politique*, *supra*, note 1, p. 222.

113. Le programme de santé spécifique à un établissement doit notamment prévoir, compte tenu des programmes de santé visés dans l'article 107 applicables à l'établissement et du contrat intervenu en vertu de l'article 109, les éléments suivants:

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

2° les activités d'information du travailleur, de l'employeur ainsi que, le cas échéant, du comité de santé et de sécurité et de l'association accréditée sur la nature des risques du milieu de travail et des moyens préventifs qui s'imposent;

3° les mesures visant à identifier et à évaluer les caractéristiques de santé nécessaires à l'exécution d'un travail;

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

5° les mesures de surveillance médicale du travailleur en vue de la prévention et du dépistage précoce de toute atteinte à la santé pouvant être provoquée ou aggravée par le travail;

6° les examens de santé de pré-embauche et les examens de santé en cours d'emploi prévus par règlement;

7° le maintien d'un service adéquat de premiers soins pour répondre aux urgences;

8° l'établissement et la mise à jour d'une liste des travailleurs exposés à un contaminant à partir des registres tenus par l'employeur.⁷³

Nous partageons le point de vue de certains auteurs à l'effet que programme de santé est la pierre angulaire de la prévention en matière de santé et sécurité au travail.

Ce programme est l'un des éléments les plus importants en regard de la prévention à la source des dangers pour la santé et la sécurité des travailleurs.⁷⁴

Un des objectifs de la Loi étant «l'élimination à la source même

⁷³ *Loi sur la santé et la sécurité du travail, supra*, note 6, art. 113. Annexe III: Programme de santé spécifique à un établissement.

⁷⁴ CLICHE, S. LAFONTAINE et R. MAILHOT, *supra*, note 34, p. 202.

des dangers pour la santé» le programme de santé est un outil privilégié par la Loi pour atteindre cet objectif dans le cadre du programme de prévention.⁷⁵

L'énoncé de *Politique* propose, comme première fonction pour les professionnels des services de santé, la surveillance de l'état de santé des travailleurs. Les auteurs retiennent que l'activité de surveillance de l'état de santé des travailleurs se traduit par des examens spécifiques en fonction d'un agent agresseur présent dans le milieu de travail. Ils prévoient aussi la possibilité qu'un travailleur présentant les premiers signes d'une atteinte à la santé spécifique à un agresseur présent dans son milieu de travail soit retiré de son emploi. L'activité de surveillance devrait permettre l'atteinte des objectifs suivants:

Tracer des portraits collectifs de la santé des travailleurs par secteur d'activité économique et par entreprise en fonction de certaines caractéristiques individuelles et la surveillance de l'état de santé des travailleurs assurant le dépistage précoce et la prévention de toute altération à la santé provoquée ou aggravée par le travail.⁷⁶

On retrouve cette fonction aux alinéas 5 et 6 de l'article 113 de la *Loi*.

La deuxième fonction mise de l'avant par la *Politique* est l'identification et l'évaluation des risques à la santé physique et mentale présents dans les milieux de travail. Les auteurs considèrent qu'une approche de santé publique est essentielle dans le cadre de cette activité. Toujours selon les auteurs, c'est grâce aux résultats obtenus que des correctifs pourront être apportés dans les milieux de travail afin

⁷⁵ D. BRADET et al., *Droit de la santé et de la sécurité du travail: la loi et la jurisprudence commentées*, 2^e ed., Cowansville, Yvon Blais, 1992, p.122.

⁷⁶ *Politique*, *supra*, note 1, p. 239.

d'adapter ces milieux au travailleur. Cette fonction rejoindrait les objectifs suivants:

Identifier les facteurs de risques à la santé propres à certains types de travaux.⁷⁷

Identification et évaluation des risques à la santé physique et mentale causés par le milieu de travail.⁷⁸

Contribuer à éliminer à la source les causes des problèmes de santé des travailleurs.⁷⁹

Le législateur a incorporé ces éléments aux alinéas 1 et 8 de l'article 113 de la *Loi*.

La fonction de mise sur pied et de maintien du bon fonctionnement d'un service de premiers soins est la troisième fonction énoncée par la *Politique*. Si les auteurs élaborent peu sur cette fonction, ils la considèrent cependant comme un moyen permettant de faire face aux urgences ce qui, selon eux, devrait faciliter la réadaptation des travailleurs. Le législateur reprend cette fonction sous une forme plus spécifique et non en tant que fonction de coordination, comme pourrait être interprétée la position énoncée par la *Politique*. On la retrouve à l'alinéa 7 de l'article 113 de la *Loi*.

La quatrième fonction n'est pas la moindre puisqu'elle cible les caractéristiques individuelles du travailleur. Selon les auteurs de la *Politique*, cette fonction a comme but de voir à affecter les travailleurs à des tâches qui ne sont pas susceptibles de porter atteinte à leur intégrité physique ou à leur intégrité psychologique. L'objectif énoncé par la *Politique* est le suivant:

⁷⁷ *Politique, supra*, note 1, p. 239.

⁷⁸ *Ibid.*, p. 240.

⁷⁹ *Ibid.*, p. 238.

[...] faciliter leur (travailleurs) affectation à des tâches non susceptibles de porter atteinte à leur santé ou à leur sécurité.⁸⁰

Le législateur a enchâssé cette fonction et son objectif aux alinéas 3 et 4 de l'article 113 de la *Loi*.

Finalement, notons que l'alinéa 2 de l'article 113 de la *Loi* ne semble relié à aucun des objectifs ou fonctions énoncés par la *Politique* relativement aux services de santé au travail. Il se lit ainsi:

2° les activités d'information du travailleur, de l'employeur ainsi que, le cas échéant, du comité de santé et de sécurité et de l'association accréditée sur la nature des risques du milieu de travail et des moyens préventifs qui s'imposent;⁸¹

En somme, cet exercice d'association entre les objectifs et fonctions énoncés par la *Politique* et le texte de la *Loi* permet de confirmer que, sous réserve de l'alinéa 2, le législateur s'est inspiré directement de la *Politique* pour la rédaction de l'article 113.

Avant de poursuivre, il importe de noter que le programme de santé fait partie intégrante du programme de prévention et, de ce fait, partage le même objectif visant l'élimination à la source des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs⁸². C'est pourquoi il nous apparaît impossible d'étudier ce programme de santé sans présenter le programme de prévention. Pour certains auteurs, le programme de prévention «[...] constitue une pièce majeure dans la poursuite de

⁸⁰ *Politique*, *supra*, note 1, p. 21.

⁸¹ *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art.113.

⁸² *Ibid.*, art.59; Annexe IV: Programme de prévention.

l'objectif de la *Loi* formulé à l'article 2»⁸³.

1.3 Un programme de prévention en complémentarité

Le programme de prévention a comme but principal la prévention des maladies professionnelles et des accidents de travail. Pour atteindre ce but dans les établissements, le programme de prévention prévoit un ensemble de moyens qui doivent être mis en application par l'employeur⁸⁴. Le programme de prévention tel que défini par le législateur comprend les éléments suivants:

59. Un programme de prévention a pour objectif d'éliminer à la source même les dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs.

Il doit notamment contenir, en outre du programme de santé visé dans l'article 113 et de tout élément prescrit par règlement :

1° des programmes d'adaptation de l'établissement aux normes prescrites par les règlements concernant l'aménagement des lieux de travail, l'organisation du travail, l'équipement, le matériel, les contaminants, les matières dangereuses, les procédés et les moyens et équipements de protection collectifs;

2° des mesures de surveillance de la qualité du milieu de travail et des mesures d'entretien préventif;

3° les normes d'hygiène et de sécurité spécifiques à l'établissement;

4° les modalités de mise en oeuvre des autres règles relatives à la santé et à la sécurité du travail dans l'établissement qui doivent inclure au minimum le contenu des règlements applicables à l'établissement;

5° l'identification des moyens et équipements de protection individuels qui, tout en étant conformes aux règlements, sont les mieux adaptés pour répondre aux besoins des travailleurs et de l'établissement;

⁸³ CLICHE, S. LAFONTAINE et R. MAILHOT, *supra*, note 34, p. 303.

⁸⁴ Voir COMMISSION DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Le programme de santé spécifique à un établissement, un guide d'élaboration et de mise en application*, Bibliothèque nationale du Québec, 1983, p. 6. [Ci-après, Guide de la Commission]

6° des programmes de formation et d'information en matière de santé et de sécurité du travail.

Les éléments visés dans les paragraphes 5° et 6° du deuxième alinéa sont déterminés par le comité de santé et de sécurité, s'il y en a un conformément aux paragraphes 3° et 4° de l'article 78.⁸⁵

Le programme de prévention doit être élaboré dans les établissements visés par règlement⁸⁶. Selon l'énoncé de *Politique*, l'employeur doit s'assurer de la mise en place et du respect d'un programme de prévention dans son établissement. À ce sujet, les auteurs s'expriment ainsi:

Les employeurs ont l'obligation de s'assurer de l'existence d'un programme de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles dans leur établissement. Par voie de conséquence, ils ont le droit de prendre les mesures appropriées pour qu'un tels programme soit appliqué.⁸⁷

En outre, le législateur stipule que:

58. L'employeur dont un établissement appartient à une catégorie identifiée à cette fin par règlement doit faire en sorte qu'un programme de prévention propre à cet établissement soit mis en application, compte tenu des responsabilités du comité de santé et

⁸⁵ *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art. 59; Voir Annexe IV: Programme de prévention..

⁸⁶ *Règlement sur le programme de prévention*, R.R.Q., c. S-21, r.13.1, annexe I; J.-P. VILLAGI, *supra*, note 26 ,p. 14: «Ces catégories d'établissement sont divisées en trois groupes: «Le premier groupe comprend les industries de la construction, les industries chimiques, les exploitations forestières, les services forestiers, les industries du bois de sciage et des bardeaux, les mines, les carrières, les puits de pétrole et l'industrie de la fabrication des produits métalliques. Le second groupe comprend l'industrie du bois, les industries des produits en caoutchouc, les industries des produits en matières plastiques, les industries du matériel de transport, les industries de première transformation des métaux, et les industries des produits minéraux non métalliques. Le troisième et dernier groupe est constitué des services gouvernementaux, des industries des aliments, des industries des boissons, des industries du meuble et des articles d'ameublement, des industries du papier et des produits en papier et des transports et entreposage.»

⁸⁷ *Politique*, *supra*, note 1, p. 205.

de sécurité, s'il y en a un⁸⁸.

Au même titre que le programme de santé, le comité de santé et de sécurité doit être consulté lors de l'élaboration du programme de prévention. La *Politique* recommande que le comité de santé et sécurité soit consulté sur les paramètres suivants:

- la détermination du programme de services de santé spécifique à l'établissement;
- le choix du médecin responsable des services de santé auprès de l'établissement, parmi les médecins agréés à cette fin par un centre hospitalier;
- la détermination des programmes de formation et d'information en matière de santé et sécurité.⁸⁹

En ce qui concerne les autres paramètres du programme de prévention, la *Politique* propose que le comité de santé et de sécurité ait un pouvoir de recommandation⁹⁰. Les auteurs de la *Politique* recommandent que la Commission ait la responsabilité de conseiller l'employeur dans le cadre de l'élaboration du programme de prévention.

Elle fournira les conseils permettant à ces organismes d'élaborer leurs programmes de prévention, d'auto-régulation et d'auto-surveillance et les aidera, de façon générale, à trouver les solutions appropriées aux problèmes de santé et de sécurité qui les confrontent.⁹¹

Or, à la lecture de la *Loi*, on note que le législateur n'a pas enchâssé explicitement

⁸⁸ *Loi sur la santé et la sécurité du travail, supra*, note 6, art 58; Annexe IV: Programme de prévention.

⁸⁹ *Politique, supra*, note 1, p. 211. *Loi sur la santé et la sécurité du travail, supra*, note 6, art. 78, 112 et 118. Voir Annexe II: Fonctions du comité de santé et de sécurité; Annexe I: Responsabilités et pouvoirs du médecin responsable.

⁹⁰ Voir *ibid*, *Politique*, p. 211.

⁹¹ *Ibid*, p. 223.

ce rôle conseil de la Commission. Il est cependant possible de prétendre que le libellé de l'alinéa 3 l'article 167 de la *Loi* puisse correspondre à cette recommandation:

167. En outre des autres fonctions qui lui sont attribuées par la présente loi, les règlements ou toute autre loi ou règlement, la Commission exerce notamment les fonctions suivantes:

3° élaborer et mettre en oeuvre un programme d'aide à l'implantation et au fonctionnement des mécanismes de participation des employeurs et des travailleurs dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail;⁹²

C'est pourquoi nous croyons qu'un programme d'aide à l'implantation et au fonctionnement des mécanismes de participation des employeurs et des travailleurs dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail devrait comprendre les éléments nécessaires à la réalisation du programme de prévention. Le programme de prévention constitue, selon nous, le principal mécanismes de participation de l'employeur dans le cadre de la *Loi* car, tel que mentionné précédemment il «[...] constitue une pièce majeure dans la poursuite de l'objectif de la *Loi* formulé à l'article 2»⁹³.

L'employeur peut aussi faire appel à son Association sectorielle paritaire pour obtenir un support dans l'élaboration et la réalisation de son programme de prévention⁹⁴. Ce volet fait indéniablement partie du support comprenant les services de formation, d'information et de conseil, qui sont l'apanage principal des Associations sectorielles paritaires comme l'exprime M. Plourde, un directeur d'Association sectorielle

⁹² *Loi sur la santé et la sécurité du travail, supra, note 6, art. 167.*

⁹³ B. CLICHE, S. LAFONTAINE et R. MAILHOT, *supra, note 34, p. 303.*

⁹⁴ Ce support est conditionnel à la présence d'une Association sectorielle paritaire pour son secteur d'activité économique.

paritaire.

Elles exercent quatre grandes fonctions de prévention: information, formation recherche, conseil et assistance techniques. Ces mandats, chaque Association sectorielle paritaire les module selon la nature de sa clientèle, précise M. Plourde.⁹⁵

Enfin, le médecin responsable doit élaborer le programme de santé à partir de données présentes dans le programme de prévention. Conséquemment, le programme de prévention doit donc être élaboré avant que n'interviennent les services de santé au travail, tel n'est pas toujours le cas: «63,6% des établissements de l'étude n'avaient pas élaboré de programme de prévention.»⁹⁶. Nous verrons ultérieurement que certains éléments du programme de prévention sont requis pour l'élaboration du programme de santé spécifique à l'établissement.

En résumé, on peut dire que le législateur a déterminé un contenu pour le programme de santé à l'établissement, identifié explicitement les acteurs des services de santé au travail et attribué les responsabilités, soit par des articles de la *Loi* ou par référence au contrat type intervenu entre la Commission et le Ministère des affaires sociales. Nous retrouvons à l'article 113 de la *Loi* les différents éléments qui dictent les activités des services de santé au travail.

La responsabilité d'élaborer le programme de santé spécifique à l'établissement incombe au médecin responsable⁹⁷. Outre cette responsabilité, le médecin responsable se voit confier par le Législateur la responsabilité d'évaluer les

⁹⁵ B. LA MOTHE, «Tous partenaires en prévention. Qui sont-ils où sont-ils que font-ils» (1997) 10:3 *Prévention au travail*, p.10.

⁹⁶ D. BERTHELETTE et R. PINEAULT, *supra*, note 11, p. S-27.

⁹⁷ Voir *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art. 112. Voir Annexe I.

ressources professionnelles, techniques⁹⁸ et financières pour la mise en application du programme de santé à l'établissement; il est aussi responsable de sa mise en application⁹⁹. De plus, il se doit de signaler aux travailleurs, à la Commission, à l'employeur, à l'association accréditée, au comité de santé et de sécurité et au Chef du département de santé communautaire de toute déficience des conditions de santé¹⁰⁰. Finalement, il doit visiter les lieux de travail¹⁰¹. Des pouvoirs lui sont aussi attribués: ce sont, notamment, l'accès aux données nécessaires à l'élaboration du programme de santé à l'établissement ainsi que l'accès aux lieux de travail et aux informations nécessaires à la réalisation de ses fonctions¹⁰².

2.1 Une mise en oeuvre coordonnée

Le programme de santé tel qu'énoncé et encadré par le législateur doit se traduire en services de santé au travail. La Commission a, en conséquence, mis sur pied un groupe de travail qui a reçu comme mandat de réaliser un guide d'élaboration du programme de santé spécifique à l'établissement. À la lumière du *Guide de la Commission*, nous examinerons maintenant comment s'est traduit l'article 113 de la *Loi en activités cliniques et professionnelles* conformément à l'esprit de la *Loi*, tout en tenant compte de l'approche de santé publique préconisée par les auteurs de la

⁹⁸ La *Loi* ne spécifie pas le type de ressources professionnelles ou techniques. Cependant, les auteurs de la *Politique* en proposent. *Politique*, *supra*, note 1, p. 240. «[...] exige que des ressources diversifiées soient mises à contribution, qu'il s'agisse d'infirmières et d'infirmiers, de secouristes, de médecins omnipraticiens, de spécialistes ou de tout autre professionnel ayant une compétence dans ce domaine.»

⁹⁹ Voir *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art. 122; Annexe I: Responsabilités et pouvoirs du médecin responsable.

¹⁰⁰ Voir *ibid.*, art. 123.

¹⁰¹ Voir *ibid.*, art. 125.

¹⁰² Voir *ibid.*, art. 125 et 126.

*Politique*¹⁰³.

Le groupe de travail de la Commission¹⁰⁴ se devait de considérer les prescriptions de l'article 113 en ce qui a trait au contenu du programme de santé spécifique à un établissement, de l'objet de la *Loi* ainsi que des mécanismes de participation prévus par la *Loi*. Ce groupe de travail était formé de représentants de la Commission et de représentants des Départements de santé communautaire¹⁰⁵.

Précisons que cette section présente la démarche utilisée par le groupe de travail ainsi que les résultats de cette démarche. Par la création de ce groupe de travail, la Commission visait à fournir un support aux médecins responsables dans l'accomplissement de leurs devoirs et le respect de leurs pouvoirs, tels qu'enchâssés dans la *Loi*¹⁰⁶. Notamment, le *Guide de la Commission* propose au médecin responsable une démarche scientifique basée sur l'approche préconisée en santé publique tout en y imbriquant une approche clinique selon les prescriptions de l'article 113 de la *Loi*.

Dans un premier temps, un survol de la démarche scientifique adoptée par les professionnels des services de santé dans le cadre de la planification de la santé sera

¹⁰³ Nous avons vu précédemment que l'approche individuelle clinique avait aussi sa place et se devait être complémentaire à l'approche de santé publique.

¹⁰⁴ Afin d'alléger la lecture du texte, le terme *groupe de travail* ou *groupe de travail de la Commission* sera utilisé pour indiquer le *groupe de travail mis sur pied par la Commission*.

¹⁰⁵ Il est important de souligner que depuis 1975, les chefs des Départements de santé s'étaient vus accorder des pouvoirs spécifiques dans le secteur de la santé au travail. *Politique, supra*, note 1, p. 158: «[...] ils étaient nommés médecins hygiénistes en vertu de la *Loi des établissements industriels et commerciaux* et investis des pouvoirs et des devoirs prévus dans cette loi et ses règlements et de ceux du chapitre XI des règlements de la *Loi de l'hygiène publique*. Cette initiative marque le début de l'implication des Départements de santé communautaire dans le secteur de la santé au travail.»

¹⁰⁶ Voir *Loi sur la santé et la sécurité du travail, supra*, note 6, art. 75, 112, 124, 125 et 126.

présenté. Il importe de noter que tout programme de santé se bâtit à partir d'une démarche scientifique. Cette démarche comporte différentes étapes réalisées chronologiquement, permettant ainsi de déterminer l'ensemble des paramètres constituant le contenu d'un programme de santé pour une problématique visée. Comme le mentionne le *Guide de la Commission*¹⁰⁷, il est important de bien faire la distinction entre l'organisation des services de santé et un programme de santé.

Il existe une distinction entre d'une part l'organisation des services de santé pour répondre aux besoins courants d'une population et d'autre part l'exécution d'un ensemble cohérent et intégré d'activités en vue d'atteindre un objectif déterminé.¹⁰⁸

Le programme de santé se définit comme suit:

Un programme de santé est constitué par un ensemble de ressources réunies et mises en oeuvre pour fournir à une population définie des services organisés de façon cohérente dans le temps et dans l'espace en vue d'atteindre des objectifs déterminés en rapport avec un problème de santé précis.¹⁰⁹

Depuis le début des années 1970, les intervenants en santé communautaire «née de la santé publique»¹¹⁰ proposent une démarche de planification de la santé; cette démarche permet de définir les différentes composantes des programmes de santé. La démarche élaborée en santé communautaire correspond aux fonctions suivantes:

¹⁰⁷ Voir *Guide de la Commission*, *supra*, note 83, p. 10.

¹⁰⁸ R. PINEAULT, *Éléments et étapes d'élaboration d'un programme de santé communautaire*, t. 105, Union médicale du Canada, 1976, p.1208-1209. *Guide de la Commission*, *supra*, note 84, p. 10.

¹⁰⁹ R. PINEAULT et C. DAVELUY, *La planification de la santé, concepts, méthode, stratégies*, 5^e impression, Montréal, Les éditions agence d'Arc, 1990, p. 58 et 333.

¹¹⁰ *Ibid.*, p 26.

- identifier les problèmes de santé de la population et en établir un ordre de priorités;
- concevoir et mettre en oeuvre des programmes pour répondre à ces problèmes;
- évaluer l'impact des programmes sur la santé de la population.
- La démarche proposée s'applique à tous problèmes de santé comme à toutes solutions même si nous devons trouver ces solutions à l'extérieur du système de santé.¹¹¹

Ainsi, tout programme de santé est réalisé à partir d'une démarche scientifique comportant trois grandes préoccupations. En ce qui nous concerne, le programme de santé tel que défini par la santé communautaire est une source de clarification pour ceux qui ont la responsabilité d'appliquer le programme de santé spécifique à un établissement. Un programme de santé n'est ni plus ni moins qu'un plan d'action qui se traduit par un document constitué de différents paramètres. Dans l'élaboration du programme de santé, nous retrouvons principalement les paramètres suivants:

- une définition et une analyse des problèmes
- un examen et une évaluation des technologies de résolution disponibles
- des stratégies alternatives de programme et l'estimation de leurs coûts respectifs
- la solution préférentielle
- un énoncé des objectifs du programme
- un énoncé des recommandations générales du programme portant sur les activités, ressources et populations cibles
- un plan général d'évaluation du programme.¹¹²

Nous avons choisi de ne pas définir chacun de ces paramètres, mais plus tôt de présenter comment le groupe de travail est parvenu à concevoir les éléments du programme de santé à l'établissement à la lumière de cette démarche de programmation du secteur de la santé.

¹¹¹ R. PINEAULT et C. DAVELUY, *supra*, note 109, p. 27.

¹¹² *Ibid.*, p. 339.

2.2 Les étapes d'implantation du programme de santé spécifique à un établissement

Avant de poursuivre sur le contenu du programme de santé, il importe de rappeler que le premier élément du programme de prévention est le programme de santé spécifique à l'établissement. Or, il faut noter que certains éléments du programme de prévention, de même que d'autres relevant de la responsabilité de l'employeur, doivent obligatoirement être complétés afin de permettre au médecin responsable d'élaborer le programme de santé à l'établissement.

À partir des fondements préconisés par l'approche de programmation en santé publique, les étapes d'élaboration du programme de santé retenues par le groupe de travail sont les suivantes:

1. l'identification des principaux problèmes de santé et de sécurité des travailleurs;
2. le choix des priorités d'action en collaboration avec le comité de santé et de sécurité de l'établissement;
3. l'élaboration du programme de santé par le médecin responsable;
4. l'élaboration des autres éléments du programme de prévention par l'employeur:
 - les objectifs de prévention: primaire, secondaire et tertiaire;
 - les activités
 - la mobilisation et ou la coordination des ressources; humaines, financières et matérielles;
 - les critères d'évaluation.¹¹³

Nous avons choisi de décrire plus longuement ces étapes d'élaboration du programme de santé en présentant la démarche du groupe de travail en parallèle avec

¹¹³ Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 11.

les différents éléments de l'article 113 de la *Loi*. Notons de plus que le groupe de travail regroupe les éléments du programme de santé sous quatre volets. Il associe chacun de ces volets à un ou plusieurs éléments du programme de santé énumérés à l'article 113 de la *Loi*, à des activités ainsi qu'à diverses étapes d'élaboration d'un tel programme. Pour le groupe de travail, les volets du programme de santé sont les suivants:

- la surveillance environnementale;
- la surveillance médicale;
- l'information;
- les premiers soins.¹¹⁴

L'étape d'identification des principaux problèmes de santé et de sécurité des travailleurs d'un établissement constitue l'étape préalable à l'élaboration du programme de santé à l'établissement. Selon le groupe de travail, deux activités doivent être complétées afin de réaliser cette étape.

La première activité consiste à répertorier les risques à la santé présents dans le milieu de travail ainsi qu'à évaluer l'exposition des travailleurs à ces risques. Les risques présents dans les milieux de travail sont de natures diverses et proviennent de plusieurs sources. Les sources les plus souvent répertoriées peuvent être de nature physique, chimique, biologique et ergonomique. Les risques à la sécurité peuvent aussi être considérés de même que les facteurs de risques perçus par les travailleurs et les employeurs¹¹⁵.

La connaissance de l'environnement de travail et de la nature des facteurs de risque qui y sont présents, constitue donc le point de

¹¹⁴ Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 7.

¹¹⁵ Voir *ibid.*, p. 17.

départ du programme de santé.¹¹⁶

Afin de documenter ces risques, le médecin doit accéder aux données présentes dans l'établissement telles que le registre des postes de travail, la collecte des données environnementales effectuée par l'employeur et le registre des accidents de travail. Ces informations doivent, selon la *Loi*, être recueillies et mises à jour par l'employeur ou par le comité de santé et sécurité¹¹⁷.

Le médecin responsable est en mesure, par les données recueillies lors de cette activité, de cibler une population de travailleurs potentiellement à risque; il peut dresser une liste des postes à risque et en circonscrire le profil d'exposition par profession. De plus, cette activité permet de documenter le dossier environnemental du travailleur potentiellement à risque¹¹⁸. Il importe de préciser que la *Loi* «impose à l'employeur de constituer un registre de données relatives aux postes de travail dans l'établissement et de la maintenir à jour»¹¹⁹.

Le groupe de travail associe la première activité comprise à l'étape d'identification des principaux problèmes de santé et de sécurité des travailleurs aux alinéas 1 et 8 de l'article 113¹²⁰.

Les informations générées par cette activité constituent le premier volet du programme de santé à l'établissement, soit la «surveillance environnementale»¹²¹.

¹¹⁶ D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 35.

¹¹⁷ *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art 52, 59, et 78.

¹¹⁸ Voir Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 14.

¹¹⁹ J.P. VILLAGI, *supra*, note 27, p. 49.

¹²⁰ Voir Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 57.

¹²¹ *Ibid.*, p. 8.

La deuxième activité requise pour compléter l'étape d'identification des principaux problèmes de santé et de sécurité des travailleurs consiste en «l'identification des effets des risques présents dans le milieu de travail sur la santé et la sécurité des travailleurs»¹²². Cette étape permet d'objectiver les risques présents dans le milieu de travail et de circonscrire la population de travailleurs, de professions ou de postes à risque.

Toutefois, le groupe rappelle que:

Néanmoins, la simple mise en présence d'une source de danger ne signifie pas nécessairement qu'il y a risque pour la santé. L'action d'évaluation du risque devient nécessaire.¹²³

C'est pourquoi le médecin responsable doit identifier l'impact des risques présents dans le milieu de travail sur la santé et la sécurité des travailleurs. Cette activité se concrétise à partir de l'étude de l'exposition du travailleur¹²⁴, des données de santé disponibles au sein de l'établissement, des effets potentiels connus pour les risques identifiés, des effets soupçonnés ainsi que des effets perçus par les travailleurs et, finalement, de la liste de problèmes de santé et de sécurité des travailleurs en fonction de leur poste de travail¹²⁵.

Cette deuxième activité complète l'étape d'identification des principaux problèmes

¹²² Voir Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 18.

¹²³ Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 14.

¹²⁴ Voir *Ibid.*, p. 15: «À partir des résultats d'échantillonnages effectués aux postes de travail et chez les travailleurs ainsi que de la détermination du temps consacré aux différentes tâches par ceux-ci, l'hygiéniste industriel peut établir la dose d'exposition de chaque travailleur (dossier environnemental du travailleur) ou de la profession (profil d'exposition par profession)». D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 38: «Cette activité permet aux équipes de quantifier l'exposition des travailleurs».

¹²⁵ Voir Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 18, 19 et 20.

de santé et de sécurité des travailleurs. Le groupe de travail associe les alinéas 3 et 4 de l'article 113 de la *Loi* à l'identification des effets des risques présents dans le milieu de travail sur la santé et la sécurité des travailleurs¹²⁶.

Ainsi, les alinéas de l'article 113 de la *Loi* énumérés précédemment soutiennent deux des quatre éléments du volet de surveillance médicale tels qu'énoncés par le groupe de travail, c'est-à-dire:

- les mesures visant à identifier et à évaluer les caractéristiques de santé nécessaires à l'exécution d'un travail;
- les mesures visant à identifier les caractéristiques de chaque travailleur de l'établissement afin de faciliter son affectation à des tâches qui correspondent à ses aptitudes et de prévenir toute atteinte à sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique,¹²⁷

L'exercice d'objectivation des risques permet au médecin responsable de répertorier l'information nécessaire pour déterminer, avec la collaboration du comité de santé et de sécurité, les priorités d'intervention dans l'établissement. Il s'agit là de la troisième étape conduisant à l'élaboration du programme de santé spécifique à l'établissement¹²⁸.

2.3 Le médecin responsable et le programme de santé spécifique à l'établissement

Ainsi, l'information recueillie lors de l'étape d'identification et d'évaluation des

¹²⁶ Voir Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 57;

¹²⁷ *Ibid.*, p. 8.

¹²⁸ Voir *ibid.*, p. 27.

risques présents dans le milieu de travail permet au médecin responsable et au comité de santé et de sécurité de choisir les priorités d'action¹²⁹. À défaut d'intervenir sur l'ensemble des risques en même temps, le groupe de travail considère que le choix des priorités d'intervention doit se faire selon les deux critères suivants: «l'importance des problèmes de santé et la capacité d'un programme de résoudre les problèmes de santé»¹³⁰.

Le groupe de travail ajoute:

La corrélation entre, d'une part, le nombre de travailleurs exposés aux différents risques ainsi que leur niveau d'exposition et, d'autre part, les caractéristiques de santé de ces travailleurs... nous permet de préciser la gravité des conséquences des dangers présents dans le milieu de travail sur leur santé.¹³¹

Et, plus loin:

La capacité d'un programme de résoudre les problèmes de santé se définit de façon opérationnelle, c'est-à-dire en identifiant les stratégies d'action les plus efficaces et les moins coûteuses pour obtenir les gains sanitaires escomptés.¹³²

Le médecin responsable et le comité de santé et de sécurité fondent les priorités d'intervention sur ces deux critères. Cette démarche dans l'établissement des priorités est associée par le groupe de travail à l'alinéa 2 de l'article 113 de la *Loi*¹³³.

¹²⁹ Voir *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art 112.

¹³⁰ D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 50.

¹³¹ Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 22.

¹³² *Ibid.*, p. 23

¹³³ Voir Guide de la Commission, *supra*, note 83, p. 8.

De plus, le groupe de travail relie le choix des priorités d'intervention au volet d'information du programme de santé à l'établissement; ce volet est le troisième du programme de santé à l'établissement¹³⁴. Grâce à l'information recueillie lors du volet de surveillance environnementale et du volet d'information, notamment en ce qui concerne l'identification des risques et la détermination des priorités d'intervention, le médecin responsable a en main l'information nécessaire pour élaborer le programme de santé à l'établissement.

Selon le groupe de travail, le programme de santé à l'établissement doit comprendre certaines composantes:

[...] pour chacun des problèmes de santé et de sécurité identifiés comme prioritaires, un programme de santé doit identifier clairement les objectifs, la population visée (ou le poste de travail), les activités et leur échéancier, les ressources à mobiliser et enfin les principaux critères d'évaluation [...].¹³⁵

À la lecture de cet énoncé, nous constatons que les composantes retenues par le groupe de travail correspondent aux paramètres d'élaboration d'un programme de santé décrits lors du survol théorique de la démarche scientifique adoptée par les services de santé dans le cadre de la planification en santé.

À cette étape de la démarche de planification, les problèmes de santé et de sécurité sont identifiés, les priorités d'intervention sont fixées, la population de travailleurs et/ou les postes de travail sur lesquels portera l'intervention sont déterminés. Conséquemment, ces informations formeront la première partie du programme de

¹³⁴ Voir *ibid.*, p. 56.; D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 51: «[...]les équipes ne disposent d'aucun pouvoir législatif pour amener les entreprises à corriger les problèmes qu'elles ont identifiés[...]Leur instrument privilégié est l'information».

¹³⁵ Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 25.

santé. Maintenant, le médecin responsable est en mesure de définir les objectifs du programme de santé à l'établissement pour chacun des problèmes identifiés en fonction de la population ciblée.

2.4 Des objectifs pour un programme de santé spécifique à un établissement

Le groupe de travail note que les objectifs de santé doivent se définir en fonction des problèmes de santé et de sécurité identifiés au sein de l'établissement et qu'ils doivent correspondre à ceux du programme de prévention¹³⁶. Selon le groupe de travail, l'objectif général doit être:

[...] de prévenir toute atteinte à la santé, la sécurité ou l'intégrité physique des travailleurs par leurs conditions de travail.¹³⁷

En plus de cet objectif général, le groupe considère que chaque problème de santé ou de sécurité priorisé doit se voir fixer des objectifs spécifiques. Le groupe de travail attribue au programme de santé à l'établissement trois types d'objectifs spécifiques. Ces objectifs concernent les trois niveaux de prévention, soit les niveaux primaire, secondaire et tertiaire.

- La prévention primaire consiste à prévenir l'apparition de maladies professionnelles ou de blessures causées par des accidents de travail.
- La prévention secondaire consiste à détecter précocement toute condition pathologique, de préférence avant l'apparition des manifestations cliniques de la maladie.
- La prévention tertiaire consiste à minimiser les complications

¹³⁶ Voir Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 31.

¹³⁷ *Ibid.*, p. 26.

médico-sociales engendrées par les maladies professionnelles et les accidents de travail.¹³⁸

Ainsi, dans le cadre du programme de santé, le groupe de travail retient deux objectifs visés par la prévention primaire:

- Éliminer l'exposition du travailleur au danger identifié;
- Affecter le travailleur à un emploi correspondant à ses aptitudes physiques et mentales et adapter le travail à la personne.¹³⁹

À ces objectifs de prévention primaire, le groupe de travail associe les alinéas 1, 2 et 6 de l'article 113 de la *Loi*¹⁴⁰. Il propose que les activités d'information sur les risques et les moyens de prévention soient rattachés au volet d'information, tandis qu'il situe les mesures d'évaluation et de surveillance de l'exposition des travailleurs sous le volet de surveillance environnementale. Conséquemment, les examens pré-embauche et en cours d'emploi sont reliés au volet de surveillance médicale¹⁴¹.

Quant au niveau de prévention secondaire, l'objectif identifié par le groupe de travail vise «la détection précoce des altérations à la santé causées ou aggravées par les dangers identifiés»¹⁴², le groupe de travail propose les activités suivantes qui, selon eux, permettront l'atteinte de l'objectif:

- examens de santé en cours d'emploi (dépistage)
- surveillance médico-environnementale prévue
- les examens de santé en cours d'emploi prévus par règlement¹⁴³

¹³⁸ Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 27.

¹³⁹ *Ibid.*, p. 32.

¹⁴⁰ Voir *ibid.*, p. 57.

¹⁴¹ Voir *ibid.*, pp. 8, 26, et 57.

¹⁴² *Ibid.*, p. 41

¹⁴³ *Ibid.*, p. 41.

Ainsi, à la lumière des principales activités concernant l'objectif de prévention secondaire, le groupe de travail associe cet objectif aux alinéas 5 et 6 de l'article 113 de la *Loi*¹⁴⁴. De par leur nature, ces deux éléments du programme de santé se voient reliés au volet de surveillance médicale. Ces deux mêmes éléments complètent donc le volet de surveillance médicale proposé par le groupe de travail.¹⁴⁵

En regard de la prévention tertiaire, l'objectif proposé vise la «diminution des complications médico-sociales causées par les maladies professionnelles et les accidents de travail»¹⁴⁶. Les moyens proposés pour l'atteinte de cet objectif sont les suivants:

- la formation des secouristes avec l'aide de personnes ressources appropriées
- le maintien d'un service adéquat de premiers soins
- les mesures visant à faciliter l'insertion des travailleurs accidentés ou atteints de maladies professionnelles à des tâches qui correspondent à leurs aptitudes.¹⁴⁷

De ces trois activités, le groupe de travail inclut deux d'entre elles au volet de «premiers soins»; il s'agit de la formation des secouristes et du maintien d'un service adéquat de premiers soins. Ce volet de premier soins correspond à l'alinéa 7 de l'article 113 de la *Loi*¹⁴⁸.

¹⁴⁴ Voir Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 57.

¹⁴⁵ Voir *ibid.*, p. 8. Les deux premières composantes étant: la connaissance des caractéristiques de santé et l'identification des caractéristiques de chaque travailleur.

¹⁴⁶ *Ibid.*, p. 50.

¹⁴⁷ *Ibid.*

¹⁴⁸ Voir *ibid.*, p. 8. Il est important de souligner que le volet de premiers soins se voit encadré par un règlement: *Le règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins, supra*, note 148.

Quant à la troisième activité associée à l'objectif de prévention tertiaire qui concerne les mesures visant à faciliter la réinsertion des travailleurs accidentés ou atteints de maladies professionnelles, elle est associée au volet de surveillance médicale dans le cadre de l'identification et de l'évaluation des caractéristiques de santé nécessaires à l'exécution d'un travail¹⁴⁹.

Jusqu'à maintenant, nous avons vu les différents objectifs composant le programme de santé de même que les éléments de la *Loi* ou les volets du programme de santé à un établissement auxquels ils se rattachent. Nous poursuivons dans la prochaine section en décrivant comment le médecin responsable est, dès lors, en mesure de choisir les interventions qui permettront de solutionner les problèmes.

2.5 Les activités et les ressources nécessaires au programme de santé

Les activités du programme de santé forment, selon le groupe de travail, la partie opérationnelle du programme de santé. En d'autres termes, elles correspondent aux actions qui seront posées dans le milieu de travail par les professionnels des services de santé dans le but de solutionner les problèmes identifiés préalablement. Selon le groupe de travail, elle doivent présenter certaines particularités:

Elles doivent être clairement perçues et décrites de façon suffisamment élaborée pour permettre de fixer un échéancier et de prévoir les ressources nécessaires à leur réalisation.¹⁵⁰

Ces activités peuvent être de nature différente étant donné la diversité des

¹⁴⁹ Voir Guide de la Commission, *supra*, note 84, pp. 8 et 50.

¹⁵⁰ *Ibid.*, p. 27.

problématiques rencontrées et la multitude de solutions possibles. Le groupe de travail énumère quelques formes d'activités qui pourraient être retenues dans le cadre de l'application du programme de santé:

[...] des rencontres, des séances d'information, des messages écrits, des démonstrations, du dépistage, des questionnaires médicaux, de listes d'antécédents professionnels, etc.¹⁵¹

Quelles que soient les interventions ou activités retenues, elles doivent être efficaces et acceptables ou, en d'autres termes, réalisables. Le choix des solutions doit se faire en tenant compte du milieu de travail, des ressources humaines et du budget alloué¹⁵².

Cette étape du programme de santé spécifique à l'établissement est, de notre point de vue, une étape délicate. La *Loi* stipule que le médecin responsable procède, en collaboration avec le Directeur de santé publique¹⁵³, à l'évaluation des ressources professionnelles, techniques et financières requises pour la mise en application du programme de santé à l'établissement¹⁵⁴. Le groupe de travail précise notamment que:

Les ressources financières seront déterminées à un autre niveau d'administration et que le médecin responsable doit ajuster tous les éléments du programme en fonction du budget disponible.¹⁵⁵

¹⁵¹ Guide de la Commission, *supra.*, note 84, p. 27.

¹⁵² Voir R. PINEAULT et C. DAVELUY, *supra.*, note 109, p. 279.

¹⁵³ Le Directeur de santé publique avait l'appellation de chef du Département de santé communautaire à l'époque de l'adoption de la *Loi*

¹⁵⁴ Voir *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra.*, note 6, art. 122.

¹⁵⁵ Guide de la Commission, *supra.*, note 84, p. 28. Lorsque le groupe de travail mentionne les ressources, il s'agit de ressources humaines, matérielles et financières.

Ce qui précède nous amène à constater que cette étape de la programmation en santé au travail est une étape strictement administrative sur laquelle, en fait, le médecin responsable a peu de pouvoir.

Reste la dernière étape d'élaboration du programme de santé à l'établissement qui consiste à mettre en place les activités d'évaluation. C'est sans doute l'une des plus importantes étapes de ce programme, car ses résultats renseignent sur le degré d'atteinte des objectifs du programme de santé spécifique à l'établissement.

Pour déterminer si les objectifs ont été atteints, le groupe de travail considère que l'ensemble des composantes du programme doivent être mesurées, c'est-à-dire les objectifs, les activités, et les ressources¹⁵⁶. En vue de mesurer les objectifs, des indicateurs ou critères d'évaluation doivent être préalablement définis. La définition suivante de l'évaluation d'un programme, proposée par des praticiens de la santé, traduit, selon nous, la vision du groupe de travail:

Une démarche qui consiste à déterminer et à appliquer des critères et des normes dans le but de porter un jugement sur les différentes composantes du programme, tant au stade de sa conception que de sa mise en oeuvre, ainsi que sur les étapes du processus de planification qui sont préalables à la programmation.¹⁵⁷

En somme, le programme de santé à l'établissement n'est pas différent de l'ensemble des programmes de santé. Chacune des étapes de la démarche scientifique adoptée par les services de santé dans le cadre de programmation en santé a été reprise par le groupe de travail. Le suivi de cette démarche lui a permis de remplir son mandat d'interprétation de l'article 113 de la *Loi* en termes d'activités cliniques et

¹⁵⁶ Voir Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 28 et 29

¹⁵⁷ R. PINEAULT et C. DAVELUY, *supra*, note 109, p. 416.

professionnelles conformément à l'esprit de la *Loi*.

3.1 Les volets du programme de santé

Nous avons vu précédemment que la *Politique* proposait d'attribuer aux services de santé du travail quatre grandes fonctions et qu'elle en précisait les objectifs. Nous avons vu également comment le législateur avait traduit ces fonctions et objectifs dans l'article 113 de la *Loi* et nous avons survolé d'autres dispositions de cette *Loi* qui influencent l'application du Chapitre VIII.

Nous avons présenté également comment la Commission, par l'entremise d'un groupe de travail, a développé chacun des éléments de l'article 113 de la *Loi*, identifié les activités scientifiques correspondantes et déterminé les informations en découlant. Ce groupe de travail avait comme mandat de traduire l'article 113 sous forme de programmes de santé pour les intervenants des services de santé du travail. C'est dans cette perspective que le groupe a élaboré et précisé le contenu du programme de santé spécifique à l'établissement.

Pour ce faire, le groupe a adopté une démarche de programmation en santé publique¹⁵⁸ et y a imbriqué une approche clinique lorsque l'article 113 de la *Loi* le prescrivait. Par ce choix, le groupe s'inscrivait dans le sens de la *Politique* qui préconisait l'approche de santé publique tout en favorisant simultanément une approche individuelle, dite clinique.

¹⁵⁸ Selon les auteurs, l'approche de santé publique permet. *Politique, supra*, note 1, p. 239: «[...] de contribuer à éliminer à la source les causes des problèmes de santé des travailleurs, [...] de tracer des portraits collectifs de santé des travailleurs par secteur d'activité économique et par entreprise et en fonction de certaines caractéristiques individuelles».

Par ailleurs, il ne saurait être question de limiter les services de santé au travail à des fonctions cliniques et à une approche strictement individuelle des problèmes. Ces services doivent être également conçus, et même prioritairement, selon une approche de santé publique.¹⁵⁹

Nous croyons que le programme de santé spécifique élaboré par le groupe de travail de la Commission tient véritablement compte de l'énoncé de *Politique*. Nous constatons, par ailleurs, et nous concevons très bien que la *Loi* ne puisse traduire l'ensemble des visions d'une politique; elle tend plutôt à en reproduire les éléments essentiels dans la mesure de la volonté du législateur. Toutefois, nous postulons que c'est dans l'interprétation de la *Loi* que l'ensemble de l'esprit de la *Politique* devrait être pris en compte.

Le but visé par cette section est d'identifier les liens entre le programme de santé spécifique à l'établissement et les fonctions et objectifs énoncés par la *Politique* en ce qui concerne les services de santé du travail. Aux fins de cette présentation, nous nous référons aux quatre volets du programme de santé spécifique définis par le groupe de travail de la Commission. Nous décrirons ces volets en nous référant aux fonctions, objectifs et activités définis par la *Politique* et en montrant, le cas échéant, l'absence de certains paramètres.

3.2 La surveillance environnementale

Le premier volet du programme de santé spécifique à l'établissement reconnu par le groupe de travail est la «surveillance environnementale»¹⁶⁰. À notre avis, ce

¹⁵⁹ *Politique*, *supra*, note 1, p. 238.

¹⁶⁰ Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 7; Voir Annexe V: Les volets du programme de

premier volet correspond à la deuxième fonction identifiée par la *Politique* en raison des activités nécessaires à sa réalisation qui sont «l'identification et l'évaluation des risques à la santé physique et mentale causés par le milieu de travail»¹⁶¹. Les activités recommandées par la *Politique* diffèrent de celles retenues par le groupe de travail. Néanmoins, l'ensemble de ces activités visent le même objectif qui préconise la connaissance des risques à la santé présents dans les milieux de travail.

Ainsi, selon le groupe de travail, les activités composant le volet de surveillance environnementale sont:

- l'identification des risques et l'évaluation de l'exposition des travailleurs aux risques présents dans le milieu de travail
- l'identification des effets des risques présents dans le milieu de travail sur la santé et la sécurité des travailleurs.¹⁶²

Pour le groupe de travail, le résultat de ces activités devrait conduire à répertorier les informations recueillies par les équipes des services des santé du travail. Il s'agit des informations suivantes:

- Liste des postes de travail à risque
- Liste dépersonnalisée des travailleurs à risque (profil d'exposition par profession)
- Dossier environnemental du travailleur à risque¹⁶³

Quant à la *Politique*, elle propose une conception des activités relatives à la fonction d'identification et d'évaluation des risques causés par le milieu de travail qui se situe

santé spécifique à un établissement et l'article 113.

¹⁶¹ *Politique*, *supra*, note 1, p. 240.

¹⁶² Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 13.

¹⁶³ *Ibid.*, p. 14.

à un autre niveau que celui de la connaissance du milieu de travail par les intervenants locaux de santé. Les activités préconisées par la *Politique* visent plutôt la connaissance théorique et épidémiologique du risque à la santé présent dans les milieux de travail. Pour les auteurs de la *Politique*, il s'agit:

[...]d'évaluer les effets toxiques de nouveaux produits ou de produits connus mais dont on avait ignoré la toxicité. Des expériences de laboratoire, aussi bien que des enquêtes épidémiologiques auprès de groupes de travailleurs qui sont en contact avec ces produits, rendront possible l'évaluation de ces risques.¹⁶⁴

La conjugaison de ces deux approches devrait permettre de documenter les situations de risques à la santé présents dans les milieux de travail. Il s'agit de deux perspectives de la surveillance environnementale interdépendantes l'une de l'autre. La documentation scientifique en résultant, particulièrement en ce qui concerne les effets toxiques et l'impact sur la population de travailleurs, représente l'essentiel des activités retenues par la *Politique* au chapitre de la surveillance environnementale. Ces activités, toujours selon la *Politique*, relèvent des services de santé au niveau régional ou des services de la recherche¹⁶⁵.

Selon la *Politique*, l'évaluation des risques ne relève pas des responsabilités des services de santé au niveau local, mais plutôt des services de santé au niveau régional et des centres de recherche. Les informations recueillies par les services de santé au niveau local permettront aux services du niveau régional d'élaborer leurs

¹⁶⁴ *Politique*, *supra*, note 1, p. 240.

¹⁶⁵ La *Politique* propose comme rôle aux intervenants des services de santé au niveau régional. *Politique*, *ibid.*, p. 245: «la surveillance de l'état de santé des travailleurs...la collecte et l'analyse des données relatives aux indicateurs sociaux et sanitaires...et aux facteurs de risque inhérents aux lieux et aux conditions de travail.»

programmes-cadres régionaux sur des risques spécifiques aux milieux de travail. Sans la complémentarité des services de santé de niveau local et régional et des centres de recherche, l'atteinte de l'objectif visé par le volet de surveillance environnementale de la *Politique* ne pourra être réalisé. C'est la somme des activités de chacune de ces instances qui permettra de connaître les risques à la santé présents dans le milieu de travail, le niveau d'exposition des travailleurs et l'impact de ces risques sur la santé des travailleurs, voire même de la population.

Le groupe de travail inclut également dans le volet de surveillance environnementale l'activité de surveillance et d'évaluation de la qualité du milieu de travail. Toutefois, il importe de souligner que la surveillance environnementale réalisée par les services de santé du travail diffère de celle requise aux fins spécifiques du contrôle de la qualité du milieu de travail et des mesures d'entretien préventif effectuées conformément aux prescriptions de l'article 59 de la *Loi*, cette dernière ayant comme objectif le «respect de normes d'hygiène et de sécurité spécifiques à l'établissement»¹⁶⁶.

La surveillance environnementale effectuée par les services de santé du travail vise notamment l'identification du niveau d'exposition des travailleurs à un risque; ceci permet de déterminer par la suite si le niveau d'exposition d'un travailleur à ce risque met sa santé ou sa sécurité en danger.

Le survol qui précède nous permet de postuler que le volet de surveillance environnementale, tel que défini par le groupe de travail de la Commission, recherche l'atteinte des objectifs visés par la *Politique* dans son énoncé de fonctions: «l'identification et l'évaluation des risques à la santé physique et mentale causés par

¹⁶⁶ M. VÉZINA, *supra*, note 10, p. 81.

le milieu de travail»¹⁶⁷.

Le volet de surveillance environnementale constitue, de notre point de vue, la base de l'élaboration du programme de santé car elle permet une connaissance du milieu de travail en ce qui a trait aux risques à la santé. Sans cette connaissance du milieu de travail, il serait impossible de réaliser les autres volets du programme de santé.

La cueillette des informations propres au milieu de travail permet aux services de santé du travail de fournir l'information nécessaire au comité de santé et de sécurité afin qu'il puisse déterminer les priorités d'intervention à l'égard des risques à la santé présents dans le milieu de travail, tout en mettant l'accent sur l'élimination à la source; c'est là le but visé par la *Politique*.

3.3 La surveillance médicale

Ainsi, la surveillance environnementale permet de connaître les dangers présents dans le milieu de travail, le niveau d'exposition des travailleurs de même que les risques potentiels à la santé auxquels les travailleurs sont exposés. Cette étude du milieu de travail conduit également le médecin responsable, avec la collaboration du comité de santé et de sécurité, à identifier les priorités d'intervention. En fonction des risques présents dans le milieu et des priorités d'interventions retenues, le médecin fixe le choix d'activités de surveillance médicale qui devront être réalisées auprès d'un groupe de travailleur ciblé.

¹⁶⁷ *Politique, supra*, note 1, p. 240.

La «surveillance médicale»¹⁶⁸ constitue donc le deuxième volet du programme de santé spécifique à l'établissement identifié par le groupe de travail.. Nous croyons que ce volet recoupe les deux fonctions suivantes, énoncées par la *Politique*:

La surveillance de l'état de santé des travailleurs assurant le dépistage précoce et la prévention de toute altération à la santé provoquée ou aggravée par le travail.¹⁶⁹

et:

La connaissance des caractéristiques individuelles des travailleurs, afin de faciliter leur affectation à des tâches non susceptibles de porter atteinte à leur santé ou à leur sécurité.¹⁷⁰

Les activités, regroupées sous ce volet par le groupe de travail, se rapportent à quatre des huit éléments du programme de santé spécifique à l'établissement:

- identifier et évaluer les caractéristiques de santé nécessaires à l'exécution d'un travail
- identifier les caractéristiques de chaque travailleur de l'établissement afin de faciliter son affectation à des tâches correspondant à ses aptitudes
- assurer la surveillance médicale périodique en fonction des risques identifiés en vue du dépistage précoce de toute atteinte à la santé.
- effectuer les examens de santé de pré-embauche et en cours d'emploi prévus par règlement¹⁷¹

Ces activités génèrent les informations suivantes:

- un dossier médical du travailleur
- une liste des travailleurs faisant l'objet d'une surveillance

¹⁶⁸ Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 7.

¹⁶⁹ *Politique*, *supra*, note 1, p. 239

¹⁷⁰ *Ibid.*

¹⁷¹ Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 8.

- médicale spécifique en fonction des programmes de santé élaborés par la Commission (art.107 et règlements)
- des statistiques sur les problèmes de santé des travailleurs (altérations précoces, accidents, maladies professionnelles...)
 - une liste des problèmes de santé potentiels documentés.¹⁷²

En vertu de la *Politique*, ce sont les «examens spécifiques en fonction d'un agent agresseur déjà identifié»¹⁷³ qui composent les activités de surveillance de l'état de santé des travailleurs. Toujours dans le cadre de la *Politique*, les buts visés par la surveillance médicale sont de déceler les symptômes précoces d'une maladie professionnelle, de prévenir l'altération à la santé reliée à l'exposition du travailleur et de permettre de retirer le travailleur d'un emploi à risque pour sa santé¹⁷⁴. Conséquemment, il est possible de dire que la surveillance médicale périodique définie par le groupe de travail s'insère dans cette fonction puisqu'elle consiste :

[...] à détecter précocement toute condition pathologique de préférence avant l'apparition des manifestations cliniques de la maladie. Elle est réalisée grâce à des tests de dépistage et peut conduire notamment au retrait préventif et à l'amélioration du milieu de travail.¹⁷⁵

Notons cependant que cette activité de dépistage ne peut, à elle seule, permettre d'atteindre le but de la réforme, soit «l'élimination des maladies professionnelles»¹⁷⁶. Selon le groupe de travail, l'activité de dépistage se doit d'être complémentaire à l'élimination de l'exposition des travailleurs à des risques à la

¹⁷² Guide de la Commission, *supra*, note 84., p. 14.

¹⁷³ *Politique*, *supra*, note 1, p. 239.

¹⁷⁴ Voir *ibid.*

¹⁷⁵ Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 26.

¹⁷⁶ *Politique*, *supra*, note 1, p. V.

santé par des moyens techniques ou de protection individuelle¹⁷⁷. Il importe ici de rappeler que le premier objectif retenu par la *Politique* dans le cadre de l'élimination des maladies professionnelles est de s'attaquer à l'ensemble des dangers présents dans le milieu de travail et non pas de simplement retirer un travailleur qui présente des symptômes précurseurs d'une maladie professionnelle.

Nous pouvons constater que la fonction de surveillance de l'état de santé des travailleurs telle qu'énoncée par la *Politique* correspond, pour partie, au volet de surveillance médicale portant sur l'activité de dépistage de maladies professionnelles décrit par le groupe de travail de la Commission. Les définitions de surveillance médicale de même que les buts visés à ce chapitre sont les mêmes, à savoir l'identification des symptômes précoces d'une maladie dans le but de retirer le travailleur de l'exposition et l'amélioration du milieu de travail.

Le groupe de travail a associé une deuxième fonction énoncée dans la *Politique* au volet de surveillance médicale du programme de santé spécifique. Il s'agit de la fonction de «connaissance des caractéristiques individuelles des travailleurs.» L'énoncé de *Politique* avance que certaines caractéristiques de santé personnelles rendent le travailleur inapte à exercer certaines fonctions. Selon la *Politique*, ces caractéristiques:

[...] indépendantes de leurs conditions de travail (diabète, épilepsie, grossesse etc.) peuvent rendre ceux-ci inaptes à exercer certaines fonctions ou les exposer à des risques particuliers.¹⁷⁸

¹⁷⁷ Voir Guide de la Commission, *supra*, note 84, pp. 23 et 32. L'élimination à la source par des moyens techniques est un des volets du programme de prévention. Voir *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art. 59.

¹⁷⁸ *Politique*, *supra*, note 1, p. 240.

Ainsi, les auteurs de la *Politique* considèrent important que les services de santé du travail évaluent les capacités des travailleurs à accomplir certaines tâches. En conséquence, la *Politique* prévoit que les professionnels des services de santé devraient être en mesure de recommander que ces travailleurs soient affectés à d'autres fonctions. C'est pourquoi elle associe la connaissance des caractéristiques individuelles des travailleurs à l'affectation de ceux-ci à des tâches non susceptibles de porter atteinte à leur santé ou à leur sécurité.

À cette fonction, nous pouvons associer deux des quatre activités attribuées aux services de santé du travail par le groupe de travail de la Commission:

- identifier et évaluer les caractéristiques de santé nécessaires à l'exécution d'un travail
- identifier les caractéristiques de chaque travailleur de l'établissement afin de faciliter son affectation à des tâches correspondant à ses aptitudes (examen pré-embauche)¹⁷⁹

Ces activités, tout comme la fonction à laquelle nous les associons, portent sur l'évaluation des caractéristiques de santé requises pour l'exécution d'un travail dans le but de réduire les risques d'atteinte à la santé des travailleurs en les réaffectant vers des postes où les risques à leur santé seront moindres. Ces activités du volet de surveillance médicale relèvent de l'approche clinique et nécessitent des examens médicaux individuels. Ainsi, on peut affirmer qu'à cet égard le groupe de travail a identifié des activités conformes à la vision de la *Politique*.

Par ailleurs, les examens pré-embauche constituent l'un des éléments retenus par le législateur au titre du programme de santé spécifique à l'établissement énoncé à l'article 113 de la *Loi*. Or, nous croyons qu'il faut en traiter séparément, car ils se

¹⁷⁹ Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 8.

distinguent des autres éléments en ce sens qu'ils ne concernent pas les travailleurs au sens de la *Loi*.

Ces examens relèvent plutôt de la seule responsabilité de l'employeur à l'égard des personnes postulant pour un emploi. À l'appui de nos dires, citons la définition de «travailleur» que le législateur a enchâssée dans la *Loi*:

1. «Travailleur»: une personne qui exécute, en vertu d'un contrat de louage de services personnels ou d'un contrat d'apprentissage, même sans rémunération, un travail pour un employeur, y compris un étudiant dans les cas déterminés par règlement, à l'exception:

1° une personne qui est employée à titre de gérant, surintendant, contremaître ou représentant de l'employeur dans ses relations avec les travailleurs;

2° d'un administrateur ou officier d'une corporation, sauf si une personne agit à ce titre à l'égard de son employeur après avoir été désignée par les travailleurs ou une association accréditée,¹⁸⁰

Une lecture attentive de la *Politique* nous porte à croire qu'une telle activité vient à l'encontre de l'énoncé de *Politique* à l'égard des services de santé du travail. Pour les auteurs de la *Politique*, il est clair que les services de santé du travail ne doivent pas être sous la responsabilité administrative de l'employeur¹⁸¹. Tel qu'illustré précédemment, la *Politique* situe l'intervention des professionnels des services de santé du travail dans une approche, soit de santé publique aux fins de développer la recherche et l'information sur les risques présents dans le milieu de travail, soit individuelle afin d'assurer le suivi en matière de santé des travailleurs exposés à des risques.

Or, dans la mesure où les examens pré-embauche ne s'inscrivent pas dans ces

¹⁸⁰ *Loi sur la santé et la sécurité du travail, supra, note 6, art. 1.*

¹⁸¹ Voir *Politique, supra, note 1, p. 241.*

perspectives, on peut penser qu'ils relèvent de la responsabilité première, et exclusive, des employeurs à l'égard des personnes candidates à un emploi, du moins en ce qui concerne leur mise en œuvre.

Aussi, nous comprenons mal les raisons qui ont motivé le législateur à inclure dans les composantes du programme de santé spécifique sous la responsabilité des services de santé du travail la notion d'examens de pré-embauche; les services de santé ne sont pas, rappelons-le, soumis à l'autorité administrative de l'employeur. D'ailleurs, ceci explique les difficultés rencontrées par le groupe de travail de la Commission pour circonscrire le rôle et la responsabilité du médecin dans le contexte des examens pré-embauche, notamment en ce qui concerne les recommandations à faire à l'employeur.

La citation suivante traduit bien notre opinion sur les examens pré-embauche et justifie notre affirmation sur la dichotomie entre la *Politique* et la *Loi* à ce sujet:

Il s'agit là d'une approche préventive orientée davantage vers l'élimination des individus à risque plutôt que sur la réduction des risques présents dans le milieu de travail. Cette approche préventive centrée sur l'individu confère beaucoup de pouvoirs au médecin face au droit à l'emploi du travailleur... Or, quand on sait la faible valeur prédictive de l'examen médical, il est facile, avec cette approche, de passer de la protection de la santé à la discrimination des travailleurs.¹⁸²

Ces activités reliées aux caractéristiques de santé devraient permettre, comme l'explique l'énoncé de *Politique*, l'affectation ou la réaffectation du travailleur à un emploi adapté à ses caractéristiques personnelles. Toutefois, il est important de souligner à nouveau que, dans le cadre de la *Politique*, l'activité d'examen pré-

¹⁸² M. VÉZINA, *supra*, note 10, p. 84.

embauche n'est nullement mentionnée à titre d'élément relevant de la responsabilité des services de santé du travail. Cependant, force est de reconnaître que cette activité doit faire partie du programme de santé puisqu'elle est enchâssée dans l'article 113 de la *Loi*. Cela explique également qu'elle soit reprise par le groupe de travail de la Commission comme élément du programme de santé spécifique. Or, nous verrons ultérieurement comment cette activité se réalise véritablement en pratique.

Il suffit de rappeler à cette étape-ci que les examens de santé de pré-embauche et en cours d'emploi prescrits par règlement appartiennent aux activités de surveillance médicale. Nous maintenons que la première activité, soit l'examen pré-embauche, pose problème quant à sa qualification d'instrument de surveillance médicale, même si ces examens sont prescrits par règlement. Les examens en cours d'emploi prévus dans le règlement s'apparentent davantage à la fonction générale de la surveillance médicale du travailleur sous réserve que le test de dépistage ainsi que sa fréquence se veulent prescrits par règlement.

Nous pouvons à cette étape-ci de l'analyse avancer que le volet de surveillance médicale défini par le groupe de travail de la Commission a tenu compte et a répondu aux fonctions suivantes de la *Politique*, soit le dépistage précoce de maladies professionnelles et la connaissance des caractéristiques individuelles des travailleurs.

3.4 L'information

Le troisième volet du programme de santé spécifique porte sur «l'information»¹⁸³.

¹⁸³ Guide de la Commission, *supra*, note 84, p. 7.

Le groupe de travail élabore très peu sur ce volet. Pour le groupe de travail, le volet d'information s'adresse aux travailleurs, à l'employeur, au comité de santé et de sécurité ainsi qu'à l'association accréditée.

Le groupe de travail de la Commission mentionne certains éléments sur lesquels il est possible de faire porter l'information. Elle concerne les risques présents dans le milieu de travail, les moyens de prévention, les effets des risques présents dans le milieu de travail et leur interaction avec les caractéristiques individuelles de travailleurs¹⁸⁴. Les informations peuvent aussi porter sur les signes, les symptômes et les complications de la maladie professionnelle liée aux risques présents dans les milieux de travail¹⁸⁵. Des modalités de transmission de l'information sont aussi suggérées, soit des rencontres, des séances d'information ou des messages écrits¹⁸⁶. Il est important de mentionner à nouveau que «le choix définitif des moyens demeure la responsabilité entière de l'employeur»¹⁸⁷.

Tel que vu précédemment, la *Politique* énonce quatre grandes fonctions réservées aux services de santé du travail dans le but d'atteindre les objectifs en matière de santé et de sécurité au travail. À la lecture des fonctions attribuées aux services de santé du travail, on pourrait croire que la fonction d'information ne devrait pas constituer un volet du programme de santé spécifique à l'établissement. Cependant, si nous regardons certains objectifs énoncés par la *Politique*, il devient incontestable que les services de santé du travail se doivent de transmettre l'information sur les risques présents dans les milieux de travail et sur l'effet de ces risques sur la santé

¹⁸⁴ Voir Guide de la Commission, *supra*, note 84, pp. 26 et 27.

¹⁸⁵ Voir *ibid.*, 51.

¹⁸⁶ Voir *ibid.*, p. 27.

¹⁸⁷ *Ibid.*, p. 33; *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art. 59.

des travailleurs afin de permettre l'atteinte des objectifs suivants:

Créer les conditions qui permettent une prise en charge de la santé et de la sécurité au travail par le milieu de travail lui-même.¹⁸⁸

Fixer le cadre à l'intérieur duquel pourra se développer la participation des travailleurs et des employeurs.¹⁸⁹

[...] permettre aux travailleurs et aux employeurs d'assumer pleinement leurs droits et leurs obligations et de participer activement et conjointement à l'amélioration des conditions de santé et de sécurité de leurs lieux de travail.¹⁹⁰

L'énoncé de *Politique* souligne que les services de santé doivent fournir les renseignements nécessaires pour que les milieux de travail prennent des décisions en connaissance de cause, en précisant que les services de santé devront communiquer au comité de santé et de sécurité des informations dépersonnalisées sur l'état de santé des travailleurs ainsi que les résultats des activités du service de santé¹⁹¹. La *Politique* spécifie aussi le rôle des services de santé, c'est-à-dire, un «rôle important de soutien en regard de l'état de santé général des travailleurs»¹⁹²; il s'agit ici d'informations connues des services de santé du travail suite aux activités de dépistage. Pour les auteurs de la *Politique*, le programme de santé:

[...] ne se limite donc pas à une simple dispensation d'examen médicaux aux travailleurs, mais doit également comporter des activités d'éducation sanitaire, d'information et d'animation [...].¹⁹³

Il est important de noter que les services de santé du travail ne sont pas les seuls qui

¹⁸⁸ *Politique*, *supra*, note 1, p. 194.

¹⁸⁹ *Ibid.*, p. 195.

¹⁹⁰ *Ibid.*, p. 221.

¹⁹¹ Voir *ibid.*, p. 244.

¹⁹² *Ibid.*, p. 232.

¹⁹³ *Ibid.*, p. 243.

se voient attribuer un rôle d'information par l'énoncé de *Politique*; les Associations sectorielles et la Commission se voient aussi attribuer ce rôle et ce, selon leur champ de compétence respectif. La *Politique* précise que les interventions de chacune de ces instances devront être complémentaires¹⁹⁴.

Suite aux liens exposés entre ces éléments de la *Politique* et l'énoncé du groupe de travail sur le rôle des services de santé du travail en ce qui a trait au troisième volet du programme de santé spécifique, nous pouvons croire que le volet d'information dans le cadre du programme de santé spécifique respecte l'esprit de la *Politique*.

3.5 Les premiers soins

Le quatrième volet du programme de santé retenu par le groupe de travail concerne les «premiers soins»¹⁹⁵, le groupe de travail s'en tenant au libellé de la *Loi*: «Maintenir un service adéquat de premiers soins pour répondre aux urgences»¹⁹⁶.

Le groupe de travail de la Commission identifie deux activités qui devront être réalisées à l'intérieur de ce volet:

- la formation des secouristes avec l'aide de personnes ressources appropriées;
- le maintien d'un service adéquat de premiers soins;¹⁹⁷

¹⁹⁴ Voir *Politique*, *supra*, note 1, pp.232 et 233.

¹⁹⁵ *Guide de la Commission*, *supra*, note 84, p. 8.

¹⁹⁶ *Ibid.*

¹⁹⁷ *Ibid.*, p. 50. Ces activités devront aussi être réalisées dans le cadre du *Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins*, *supra*, note 147, art. 3 et 4..

Le volet «les premiers soins» correspond à la troisième fonction identifiée par la *Politique*, soit:

La mise sur pied et le bon fonctionnement d'un service adéquat de premiers soins pour faire face aux urgences médicales et traumatiques et pour faciliter la réadaptation.¹⁹⁸

L'énoncé de *Politique* ne s'attarde pas plus longuement sur les premiers soins; il ne précise pas non plus quelles sont les activités sous-entendues par son énoncé.

C'est donc dans l'analyse de la situation en pratique, objet de la deuxième partie de cet essai, que nous reviendrons sur ce volet des «premiers soins» pour apprécier comment il s'est défini et a évolué réellement.

¹⁹⁸ *Politique*, *supra*, note 1, p. 240.

Partie II

Le programme de santé et son application

Cette deuxième partie se veut un regard sur la mise en oeuvre du programme de santé spécifique à l'établissement et sur les difficultés auxquelles les intervenants en santé se sont confrontés et se confrontent encore dans l'application de leur mandat.

Dans un chapitre préliminaire, nous exposerons succinctement certaines difficultés d'ordre général qui, selon nous, ont influencé et influencent encore l'ensemble de l'application du programme de santé. Aux fins de ce chapitre, nous présenterons ces difficultés selon les deux perspectives suivantes: les difficultés inhérentes au Réseau de la santé¹⁹⁹ et les difficultés extérieures au Réseau.

Nous aborderons par la suite la mise en application des activités du programme de santé. Cette présentation sera faite en respectant les quatre volets du programme de santé et en identifiant les activités qui ont été réalisées malgré certaines difficultés d'application ainsi que les activités qui n'ont jamais été mises en oeuvre et les raisons potentielles qui empêchent ou restreignent leur mise en application.

Les informations utilisées pour la réalisation de cette partie proviennent majoritairement de documents internes au Réseau de la santé ou de la Commission, ainsi que de documents présentés dans le cadre de mémoire de maîtrise ou de Doctorat. Finalement le texte sera ponctué de commentaires personnels résultant de mon expérience de quelque 9 ans comme gestionnaire, dont trois à titre de coordonnatrice locale et six comme coordonnatrice régionale.

¹⁹⁹ Les termes *Réseau de la santé*, et *Réseau* désignent l'ensemble des services de santé au travail tant le Ministère de la santé et des services sociaux que les Directions de santé publique ainsi que les Centres locaux de santé communautaire.

Chapitre préliminaire:

1.1 Le contexte de la mise en application du programme

1.2 Les difficultés inhérentes au Réseau de la santé

Dès le début de l'implantation des programmes de santé ou, plus spécifiquement, de la mise en application des activités de santé au travail, les intervenants en santé se heurtent à des connaissances parcellaires relativement aux risques auxquels les travailleurs font face. Ce déficit de connaissances retarde l'application des programmes:

Le Québec dispose de très peu de données sur la nature, la répartition et l'importance des contaminants dans les entreprises. Il semble que les seules études exhaustives d'hygiène industrielle disponibles et citées à profusion, datent respectivement de 1939 et 1974.²⁰⁰

En vertu de la *Loi* adoptée, tout doit partir en même temps et, dans les faits, tout part en même temps. Devant la carence des bases scientifiques, la Commission tente de combler rapidement cette lacune en impliquant des intervenants de la santé dans l'élaboration de monographies par secteur d'activité. Il s'agit de constituer des répertoires sous forme de monographies comprenant un minimum de renseignements pour chacun des secteurs d'activité économique. Ces répertoires doivent couvrir les principaux procédés utilisés par les établissements et les principaux risques présents dans ces mêmes établissements²⁰¹.

²⁰⁰ D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 36.

²⁰¹ Voir *ibid.* Dans le même sens, FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, *Démarche d'implantation d'un programme de santé spécifique (selon chapitre 63) en santé-sécurité du travail*, 1983, p.2.

À cette étape de l'implantation, tout doit être créé: les équipes construisent des outils de travail, les Départements de santé communautaire standardisent les méthodes de cueillette de données et assument un support d'expertise²⁰², les revues de littérature se font au fur et à mesure que se présente un nouveau risque. Parallèlement, au déroulement des interventions, les programmes régionaux se développent par l'élaboration de protocoles ou de guides de surveillance environnementale et /ou médicale. Simultanément, on forme les intervenants afin d'augmenter leurs compétences face aux exigences du mandat à réaliser²⁰³. À notre avis, l'implantation du programme de santé aurait dû suivre une séquence différente afin d'éviter un nombre important de difficultés affectant tant le travail que les relations des équipes entre elles. Une séquence appropriée aurait dû débiter par la documentation des problématiques, suivie de la formation des intervenants ainsi que du développement des outils de travail pour, finalement, se terminer par l'implantation des programmes de santé accompagnée d'un support conseil continu. Tel ne fut pas le cas.

En outre, les programmes-cadres ne sont pas élaborés; ces programmes, tel que nous l'avons vu, doivent guider l'intervention du Réseau en fonction d'une priorité ou d'un risque spécifiques dans le cadre de l'application du programme de santé. D'ailleurs, ces programmes n'ont jamais été élaborés tels que la *Loi* les prévoit à l'article 107:

²⁰² Voir J. BOUCHER, *Clarification des rôles en santé-sécurité au travail*, Projet d'intervention présenté en vue de l'obtention de la maîtrise en administration publique, École nationale d'administration publique, Montréal, 1986 p. 29.

²⁰³ Voir *ibid.*, p. 73.

107. La Commission élabore:

1° des programmes de santé au travail devant s'appliquer sur les territoires ou aux établissements ou catégories d'établissements qu'elle détermine;²⁰⁴

Conséquemment, on constate: que l'élaboration de ces programmes relève de la responsabilité de la Commission et qu'ils doivent s'appliquer sur les territoires ou dans des établissements déterminés par la Commission. Il est à noter que certains gestionnaires et/ou intervenants du Réseau considèrent que les programmes d'intervention intégrée élaborés depuis 1997 dans le cadre des priorités provinciales remplacent ou se substituent aux programmes de santé au travail inscrits à l'article 107 de la *Loi*²⁰⁵.

1.3 Les difficultés reliées à l'organisation des services

La structure des services de santé au travail, qui confie à deux organismes distincts ayant des mandats distincts la mise en application des activités, a un impact sur les relations entre les équipes et les organismes du Réseau de la santé ce qui, à notre avis, emporte un impact sur la dispensation des services. Nous nous expliquons. Lors de l'implantation du programme, la structure de l'équipe de base est simple: tant l'équipe de support que l'équipe d'intervention se retrouvent sous l'autorité de

²⁰⁴ *Loi sur la santé et sur la sécurité du travail, supra*, note 6, art. 107.

²⁰⁵ Nous n'élaborerons pas sur la notion de programmes d'intervention intégrée, étant donné qu'ils ne font pas partie de l'objet du présent essai. Cependant, nous tenons à préciser qu'ils sont élaborés dans un contexte de concertation réunissant, au tour d'une même table, des représentants de l'ensemble des partenaires en santé au travail, y compris des chercheurs de l'Institut. Le premier programme d'intervention intégrée a débuté sa mise en application à la fin 1997 et, au début 1998, d'autres ont suivi par la suite. Voir C. THIVIERGE, «Les programmes d'intervention intégrés de la CSST. Une stratégie globale qui tire dans le mille de la prévention» (2001) 14 no 4 *Prévention au travail* p. 8.

la même administration, soit celle des Chefs de départements de santé communautaire²⁰⁶. À compter de 1982, on assiste à la mise en place officielle d'équipes programme dans les Centres locaux de services communautaires²⁰⁷; dès lors, les relations entre les équipes de base et les équipes programme se compliquent. La structure proposée par la *Politique* et reprise par le contrat spécifique va, en quelque sorte, à l'encontre des relations inter-organisation du Réseau de la santé; dorénavant, on soumet deux organismes indépendants ayant leur propre mission et leur propre conseil d'administration auquel ils répondent de leurs activités et de leurs résultats à une interaction imposée par la nouvelle structure et en vertu de laquelle l'un doit répondre de ses résultats à l'autre.

Cette situation de faits entraîne des tensions et difficultés relationnelles entre les équipes des deux organismes du Réseau²⁰⁸. Selon notre expérience, ces difficultés sont toujours présentes entre les deux organismes et ne facilitent pas la complémentarité entre les deux équipes. Ces difficultés ne sont pas, à notre avis, liées aux personnes ou aux organismes mais résultent de l'incompatibilité ou encore de l'incompréhension des mandats dévolus à chacun des organismes par la *Loi* ainsi qu'aux modalités de reddition de compte dans le cadre de la gestion budgétaire qui conditionnent l'évaluation des résultats d'activités et du droit de regard sur les façons

²⁰⁶ Voir D. CARON, *Plan régionale d'organisation des services en santé au travail Région Mauricie-Bois Francs*, Projet d'intervention en vue de l'obtention de la maîtrise en administration publique», École nationale d'administration publique, Montréal, 1995, p. 7: «L'équipe de base regroupait un coordonnateur, un hygiéniste industriel, un ou des médecin(s) conseil, un ou des conseiller(s) en recherche et ou planification, une ou des secrétaire(s). Le nombre de personnes-ressources pouvait toutefois varier d'un DSC à l'autre. Une équipe programme regroupait un ou des technicien(s) en hygiène industrielle, une ou des infirmière(s), un ou des médecin(s) et le secrétariat. Ces deux équipes étaient sous la responsabilité du coordonnateur de l'équipe de base».

²⁰⁷ Afin d'alléger la lecture du texte l'acronyme *CLSC* sera utilisé pour indiquer les *Centres locaux de services communautaires*.

²⁰⁸ Voir J. BOUCHER, *supra*, note 202, p. 7.

de faire. À l'époque, dans le but de remédier à la situation conflictuelle, les organismes signent des contrats reproduisant le contrat spécifique et ce, dans un but de clarifier les rôles et mandats de chacun, tel qu'édicté dans le contrat spécifique.

Au début des années 1990, il y a révision de la *Loi* sur les services de santé et les services sociaux; cette révision a un impact sur les services de santé au travail²⁰⁹:

La Loi 120 édicte que le programme de santé au travail fait partie de la responsabilité du Directeur de santé publique et qu'un des mandats du Directeur de la santé publique est de faire un programme régional d'organisation des ressources en santé au travail.²¹⁰

Au même moment la Commission demande au Réseau de revoir les plans d'organisation en santé au travail²¹¹. Les directeurs de santé publique font leur devoir. De nouveaux plans d'organisation régionale des services sont mis en place et influencent à nouveau la prestation des services de santé au travail. Les intervenants vivent une phase de transition où plusieurs questions restent sans réponse. Mentionnons entre autres les changements apportés par les nouveaux rôles dévolus aux Directions de santé publique et à leurs équipes qui, forcément, ont un impact sur les liens avec les équipes locales; selon nos observations, ceci ne diminue

²⁰⁹ Voir *Loi sur les services de santé et services sociaux*, L.R.Q., c. S-4.2.; B. CLICHE, S. LAFONTAINE et R. MAILHOT, *supra*, note 34, p. 201: «Les articles 300 et suivants de cette Loi ont modifié différentes dispositions de la L.S.S.T. afin d'assurer le remplacement de certains intervenants tels les DSC et les Chefs de DSC par les Régies régionales et les Directeurs de santé publique». Dans le même sens, G. LÉVESQUE, *supra*, note 8, p. 5 : Elles eurent aussi comme impact: « la diminution du nombre de 32 DSC à 15 Directions de santé publique».

²¹⁰ D. CARON, *supra*, note 206, p. 11.

²¹¹ Voir G. LÉVESQUE, *supra*, note 8, pp. 5 et 6: Le nombre d'équipes locales, qui étaient à l'origine au nombre de 126, se retrouvent au nombre de 73 suite à des fusions d'équipes dans le cadre de la réorganisation. Le nombre de ressources reste sensiblement le même.

pas pour autant les tensions et difficultés relationnelles entre les deux organismes du Réseau.

Le plan d'organisation régionale des services en santé au travail, demandé par la Commission de la santé et sécurité du travail, prévoit quelles sont les organisations qui devraient rendre les services en santé au travail. Cependant, de nombreux points restent encore à définir dont: certains éléments de la structure qui la rendront efficace, les liens entre les différentes organisations, les responsabilités dévolues à chaque entité de même que les objectifs à atteindre et les moyens pour y arriver.²¹²

À notre connaissance, plusieurs régions ont adopté des modalités de fonctionnement qui redéfinissent les liens entre les deux organisations afin d'apaiser les tensions existant entre elles. D'autres régions choisissent de signer à nouveau des contrats entre les Régies régionales et les CLSC dispensant des services en santé au travail, ces contrats reproduisant majoritairement les paramètres du contrat spécifique²¹³.

En 1995, lors du lancement du Cadre de référence en santé au travail, de nouvelles structures sont mises en place entre le Réseau et la Commission. Les régions définissent alors des mécanismes de concertation réunissant la Régie Régionale, les CLSC et la Direction régionale de la Commission afin de clarifier à nouveau les rôles et les responsabilités de chacun. Ceci s'inscrit dans le cadre des nouvelles orientations de la Commission relatives à la concertation régionale et à la complémentarité des services de prévention. Ces nouveaux mécanismes semblent faire plus de place aux CLSC dans le cadre de la planification et de la concertation régionale. Toutefois, nous ne croyons pas qu'ils aient contribué à apaiser les tensions

²¹² D. CARON, *supra*, note 206, p. 2.

²¹³ Voir *ibid.*, p. 70.

entre les deux organismes du Réseau ou encore qu'ils aient eu un impact sur leurs relations avec la Commission.

Finalement, nous devons signaler que le manque d'effectifs médicaux ne facilite pas la mise en application des programmes de santé spécifiques à l'établissement. Plusieurs régions vivent une pénurie de médecins responsables ou de médecins conseils et ce, depuis l'implantation du programme. Les difficultés se situent tant au niveau du recrutement que de la rétention des médecins déjà en place²¹⁴. Cela pose un problème, étant donné que la responsabilité d'élaborer le programme de santé est dévolu au médecin responsable, même si ce sont majoritairement les infirmières qui l'élabore. Nous tenons à préciser qu'elles ont reçu une formation les habilitant à le faire et à exercer un rôle plus large que celui qui leur est attribué par la *Loi* ou la réglementation qui en découle.

1.4 Les difficultés extérieures au Réseau de la santé

À ce chapitre, il faut noter que les difficultés provenant de l'extérieur du Réseau sont liées aux remises en question quasi-continues des programmes de santé par la Commission ainsi que par les réorganisations périodiques qui en découlent. Nous aborderons cette section en relatant les principaux événements selon une approche chronologique des changements auxquels nous associons les conséquences en résultant sur les activités du programme de santé au travail²¹⁵.

²¹⁴ Voir CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Profil des médecins du Réseau public en santé au travail: rapport final du comité sur les effectifs médicaux en santé au travail*, Québec, Février 1996.

²¹⁵ Voir COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Historique du programme des services de santé au travail*, VPRCP, novembre 200, la présentation

En 1981, les premiers budgets sont versés aux trente-deux CH-DSC pour la mise en place d'équipes de base. La Commission détermine six groupes prioritaires comprenant chacun quatre secteurs d'activité économique et, étant donné le grand nombre d'établissements visés, la Commission priorise et promulgue par règlement le groupe I comme groupe, tout en précisant qu'elle privilégie l'intervention dans les établissements de vingt travailleurs pour la dispensation des services de santé. En 1982, le Groupe II est promulgué, au surcroît, avec des argents neufs pour la mise en place d'équipes de programme qui sont rattachées par lien d'emploi aux CLSC contractant; ceci implique, pour certaines régions, des transferts de personnel des équipes de base aux équipes de programme, ainsi que l'embauche de nouveaux intervenants. En 1985, le groupe III est promulgué sans aucun argent neuf pour le Réseau; simultanément, la Commission remet en question la dispensation du programme de santé par le Réseau. Elle choisit alors d'interdire l'intervention du Réseau dans le groupe III²¹⁶.

Il s'agit de la première situation de crise à laquelle fait face le Réseau. Elle aboutit au décret d'un moratoire sur l'embauche de personnel en santé au travail. Ce moratoire, décrété en avril 1987, n'est finalement levé qu'en septembre 1991. L'un des impacts important du moratoire est la démotivation des intervenants en santé, auquel il faut ajouter l'exode des ressources professionnelles du programme de santé; cet exode touche majoritairement les groupes d'infirmières et de médecins. L'impossibilité de remplacer les intervenants qui quittent entraîne naturellement une diminution de services et ce, même dans les établissements où il y a déjà des activités. Par conséquent, le personnel resté en place n'intervient plus que dans les

chronologique des événements est issue de ce document.[Ci-après Historique du programme]

²¹⁶ Voir D. CARON, *supra*, note 206, p. 9.

mêmes secteurs d'activités, voire dans les mêmes établissements et ce, pendant toutes ces années.

Ce moratoire durera un peu plus de quatre ans. Nous constatons qu'il laisse toujours des séquelles chez les intervenants en santé au travail qui peuvent se résumer en une non confiance envers les administrateurs de la Commission et une insécurité continue en regard du maintien des services de prévention en matière de santé dans le Réseau. Notons que les impacts produits par le moratoire font, à notre avis, continuellement ombrager à toute tentative de réorganisation des services ou de mise en place de nouvelles pratiques en matière de santé au travail.

Au cours de la même période, la Commission confie un mandat d'évaluation des services de santé à la Firme Price Waterhouse:

[...] le conseil d'administration de la CSST a voulu s'assurer que les ressources affectées aux programmes de santé spécifiques ont été correctement utilisées et qu'elles ont contribué d'une manière économique et efficiente à l'atteinte des objectifs de santé des travailleurs.²¹⁷

L'étude de cette firme se limite aux modalités de gestion du programme de santé et ne s'intéresse en rien aux activités du programme de santé ou aux difficultés d'implantation auxquelles les équipes et les gestionnaires font face. La principale recommandation du rapport retenue par la Commission est la suivante:

²¹⁷ PRICE WATHERHOUSE, *Rapport final de la vérification intégrée du programme de santé au travail de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec*, décembre 1987, p.1; Voir D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 33: Un bilan des réalisations du Réseau public est déposé à la Commission, travaux qui se sont déroulés parallèlement aux travaux de la Firme Price Waterhouse.

Le rapport recommande notamment de revoir le mandat et le rôle de chaque catégorie d'intervenants de chaque pallier opérationnel et de revoir le Contrat-type liant la Commission aux CH-DSC.²¹⁸

C'est dans la foulée de ce rapport que la Commission revisite certaines structures et que son Conseil d'administration limite les priorités d'intervention du Réseau aux maux de dos et à la surdité professionnelle et ce, dans les groupes I et II. Ceci a pour conséquences de restreindre le champ de pratique en matière de prévention et d'augmenter les possibilités de passer à côté de risques ou de dangers auxquels les travailleurs sont exposés²¹⁹.

Il est important de préciser que dès le début de l'application du programme de santé, «la principale préoccupation de la Commission n'est pas la qualité des programmes de santé et la faisabilité de l'application de ceux-ci en termes de résultats et d'atteinte des objectifs de la *Loi*, mais bien «la quantité de programmes de santé produite»²²⁰. Ce qui, pour les équipes d'intervenants, constitue un irritant majeur²²¹ et dénote l'incompréhension de leur mandat par la Commission elle-même.

Cette attitude porte à croire que la Commission agit comme si le simple fait d'élaborer un programme de santé réglait les risques identifiés et comme s'il n'y avait pas d'autres interventions faites par les intervenants en santé. Telle n'est évidemment pas la réalité. Plusieurs activités découlent du programme de santé et certaines de ces activités relèvent de la responsabilité des équipes de santé. Conséquemment, la réalisation de ces activités génère des coûts, notamment dans le

²¹⁸ Historique du programme, *supra*, note 215, p. 2.

²¹⁹ Nous tenons à préciser que cette décision va à l'encontre des souhaits de la *Politique* et de l'objet de la *Loi*, soit d'évaluer et d'agir sur l'ensemble des risques.

²²⁰ J. BOUCHER, *supra*, note 202, p. 35.

²²¹ Voir *ibid.*

cas des analyses environnementales requises pour la connaissance du milieu et pour la surveillance environnementale telle que définie par la *Loi* et pour les examens de dépistages «lesquels ont naturellement un impact sur l'augmentation des coûts au niveau de l'indemnisation des travailleurs»²²².

Or, en 1991, simultanément au projet de Loi 120, la Commission demande aux régions de revoir leur plan d'organisation régionale des ressources. S'ensuit la réorganisation de 1992 qui s'ouvre sur une année de transition marquée par l'application du nouveau Contrat-Type et d'un nouveau Guide budgétaire, par l'implantation des nouveaux plans d'organisation régionale, par l'injection de nouveaux argents pour la mise en place de postes de coordination locale et régionale selon des ratios définis par la Commission et, finalement, par le dépôt d'une planification régionale à la Commission. La Commission permet alors l'intervention du Réseau dans le groupe III et ce, sans ajout de ressources²²³. Il y a donc à nouveau relance du dossier, mais la méfiance des services de santé face aux pouvoirs et façons de faire de la Commission reste présente à l'esprit autant au niveau des intervenants que des gestionnaires.

En décembre 1994, le Conseil d'administration de la Commission remet à nouveau en question le programme de santé spécifique à l'établissement et menace de ne plus reconduire les budgets des services de santé pour l'année 1995. Cette année-là, des travaux conjoints réunissent la Commission et des représentants du Ministère de la santé en vue de relancer le programme selon les attentes du Conseil d'administration

²²² D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 11.

²²³ À notre connaissance, il n'y a eu aucun ajout d'argent nouveau pour l'application du programme de santé depuis 1992.

de la Commission. Suite à ces travaux, il y a présentation du *Cadre général de fonctionnement en matière de services de santé au travail*²²⁴ qui:

[...] définit notamment une structure fonctionnelle de concertation et précise les rôles et les responsabilités de intervenants. Il vise également à identifier les mécanismes de gestion définissant les relations entre les deux organismes aux différents niveaux de préoccupations de gestion.²²⁵

Ce *Cadre général de fonctionnement* reprend dans ses grandes lignes le mandat de la Commission, des Directions de santé publique ainsi que des CLSC. Il définit de nouvelles structures de concertation entre la Commission et le Réseau reconnaissant le caractère distinct des deux divisions du Réseau. Il prévoit la mise en place d'une planification régionale conjointe visant une complémentarité des services entre la Commission et le Réseau.

Suite à l'adoption du *Cadre général de fonctionnement*, les formulaires de planification sont à nouveau modifiés pour faire place à des priorités provinciales²²⁶ et régionales de même qu'à des demandes ad hoc, c'est-à-dire en provenance des milieux de travail incluant les groupes non prioritaires. En outre, on y prévoit le transfert aux intervenants en santé des mesures environnementales faites

²²⁴ Voir COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et leur RÉSEAU RESPECTIF, *Cadre général de fonctionnement en matière de services de santé au travail*, Montréal, CSST, 1995. [Ci-après *Cadre général de fonctionnement*]. Afin d'alléger la lecture du texte, les termes *Cadre général de fonctionnement* seront utilisés pour indiquer le *Cadre général de fonctionnement en matière de services de santé au travail*.

²²⁵ COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Cadre général de fonctionnement en matière de services de santé au travail entre la CSST et le MSSS et leur réseau respectif: résumé*, Montréal, VPRCP, novembre 200, p. 1.

²²⁶ Les priorités provinciales sont dans les faits les Programmes d'intervention intégrés.

antérieurement par les inspecteurs de la Commission et le maintien des activités du programme de santé dans les trois groupes prioritaires.

Les régions bénéficient d'un délai de quatre mois pour mettre en place et définir les nouvelles structures de concertation, pour préparer la planification en tenant compte des nouvelles structures et des nouvelles orientations. Cette planification est prévue pour deux ans ou plus dans le cadre des priorités provinciales ou régionales. Suite à ces nouvelles orientations, le Réseau voit son mandat initial reconduit avec des ajouts et ce, sans aucune augmentation de ressources ni d'argent. Les intervenants sont confrontés à des choix entre les priorités provinciales et régionales, l'élaboration de programmes de santé, l'évaluation des demandes d'indemnisation et la nécessité de prévoir du temps pour les demandes du milieu, dites demandes ad hoc.

De surcroît, il faut noter qu'une nouvelle activité administrative dans le cadre de la reddition de compte a été mise en place depuis le lancement du *Cadre général de fonctionnement*. Tous les deux ans, chaque Direction de santé publique, accompagnée des Directions régionales de la Commission, doit défendre sa planification régionale et justifier ses résultats à un sous-comité du Conseil d'administration de la Commission²²⁷.

L'avènement du *Cadre général de fonctionnement* en 1995 et la réorganisation qui s'en est suivie marquent les derniers bouleversements dans la mise en application du programme de santé spécifique à un établissement. Ainsi, depuis cette date, nous pouvons dire que les intervenants en santé semblent vivre une période de stabilité en ce qui a trait à leur raison d'être et à la mise en place de nouvelles structures administratives.

²²⁷ Ce comité est connu sous le nom de: Comité 3.46.

Après cette mise en contexte, nous poursuivons la présentation du bilan du programme de santé spécifique à l'établissement en décrivant les différentes activités mises en place dans le cadre de ce programme à la lumière des dispositions de la *Loi* et de l'énoncé de *Politique*.

2.1 La surveillance environnementale: une application incomplète

Lors de l'implantation des programmes de santé au travail, les équipes de santé ne possèdent qu'une vision théorique de leur rôle et des activités à réaliser dans le cadre de la surveillance environnementale. Cette vision découle de la conception présentée par la *Politique*, des prescriptions de la *Loi* et de l'interprétation de celle-ci par le groupe de travail de la Commission qui en a précisé les activités et les résultats attendus dans le cadre de la surveillance environnementale. C'est à partir de ces paramètres que les intervenants en hygiène du travail définissent leur rôle²²⁸.

Avant de poursuivre sur le contenu du volet de surveillance environnementale, nous croyons important de rappeler qu'au début de la mise en application des activités de santé au travail, les connaissances scientifiques relatives à l'exposition des travailleurs de même que les informations spécifiques aux différents milieux sont plus que parcellaires:

Le Québec dispose de très peu de données sur la nature, la répartition et l'importance des contaminants dans les entreprises. Il semble que les seules études exhaustives d'hygiène industrielle

²²⁸ Voir J. BOUCHER, *supra*, note 202, pp. 36, 37 et 3: Selon son étude, le volet environnemental et le rôle des intervenants en hygiène se développent et se définissent plus facilement que l'ensemble des autres volets et des rôles des autres intervenants, dont les infirmières et les médecins.

disponibles et citées à profusion, datent respectivement de 1939 et 1974.²²⁹

Tel que mentionné précédemment, la Commission implique des intervenants du Réseau afin de combler cette lacune. Elle les invite à préparer des monographies par secteur d'activité. Ces monographies devaient constituer des répertoires regroupant un minimum de renseignements pour chacun des secteurs d'activité économique et couvrant les principaux procédés utilisés par les établissements et les principaux risques présents dans ces mêmes établissements²³⁰. À cette étape de l'implantation où tout doit être créé, les équipes développent des outils de travail et les Départements de santé communautaire standardisent les méthodes de cueillette de données tout en assumant le support d'expertise dans les divers domaines²³¹.

La mise en oeuvre de ce volet est d'autant plus significative que la surveillance environnementale constitue le point de départ du programme de santé. Elle a comme objectif d'identifier la nature des facteurs de risque présents dans l'environnement de travail et d'évaluer le niveau d'exposition des travailleurs à ces produits ou à ces procédés à risque. Nous avons vu précédemment que le volet environnemental fonde la majorité de ses activités sur les informations disponibles dans les milieux de travail. Ces informations préalables à l'intervention des équipes de santé doivent être mises à la disposition des équipes de santé par l'employeur.

Il s'agit du plan de l'établissement, de la liste de matières premières, des registres de postes, des résultats d'études

²²⁹ D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 36.

²³⁰ Voir *ibid.*, note 13, p. 36; FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, *supra*, note 201, p.2.

²³¹ Voir J. BOUCHER, *supra*, note 202, p. 29.

environnementales, et de documents descriptifs des procédés utilisés dans les activités de production.²³²

La cueillette de ces données relève du programme de prévention. Or, bien que ce programme soit sous la responsabilité de l'employeur, les données ne sont pas disponibles dans la majorité des établissements dans lesquels interviennent les équipes de santé. Afin de combler cette lacune, les équipes de santé doivent suppléer aux responsabilités de l'employeur²³³. Conséquemment, la première activité des équipes devient la cueillette des données préalables à l'élaboration du programme de santé; cette cueillette génère l'information requise à l'étude du milieu.

Lorsque cette activité est complétée, les équipes de santé au travail initient enfin leurs propres activités qui consistent en l'analyse du milieu. Il s'agit de tracer un portrait global de l'établissement en regard de l'identification des facteurs de risque présents dans les milieux de travail et en la quantification des risques à la santé présents dans ceux-ci²³⁴. Cette étape permet de définir, dans ses grandes lignes, un plan de travail pour en arriver à l'élaboration d'un programme de santé. Ainsi, les informations consignées au programme de santé concernent les risques et la quantification de ces risques de même que la surveillance environnementale prévue dans l'application du programme de santé. D'autres paramètres se voient consignés au programme de santé en vue de préciser les activités subséquentes qui devront être réalisées ainsi que la responsabilité des acteurs concernés: il s'agit de l'échéancier des activités de surveillance environnementale prévues, des responsabilités de l'employeur ou des travailleurs et/ou du comité de santé et sécurité qui permettront

²³² D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 37.

²³³ Voir D. BERTHELETTE et R. PINEAULT, *supra*, note 11, p. S-27.

²³⁴ Voir D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 38.

l'atteinte d'un des objectifs du programme de santé, soit la diminution de l'exposition des travailleurs aux risques présents dans leur établissement²³⁵.

La mise en place de l'ensemble de ces opérations nous permet de croire que le contenu du volet de surveillance environnementale respecte les activités définies par la *Loi* et génère les informations prévues par le guide, qui sont l'identification des risques et l'évaluation de l'exposition des travailleurs aux risques présents dans le milieu de travail, la liste des postes de travail à risque, le profil d'exposition par profession et le dossier environnemental du travailleur à risque.

Cependant, nous ne pouvons prétendre que la conception de la surveillance environnementale préconisée par la *Politique* trouve sa réponse par les activités de surveillance environnementale décrites plus haut. Nous croyons plutôt que la réponse se situe à un autre niveau; nous croyons qu'elle est le fait des services régionaux en santé conduisant des enquêtes épidémiologiques, de l'Institut de recherche ou de tous les autres groupes de chercheurs intéressés par l'évaluation des effets toxiques des produits connus et méconnus. À notre avis, une vision cohérente de la surveillance environnementale suppose que l'identification des effets toxiques de nouveaux produits ou de produits connus dont on ignore la toxicité, les expériences de laboratoire ou les enquêtes épidémiologiques s'établissent en tirant profit de la documentation élaborée à partir des informations répertoriées par les équipes de santé dans le cadre de la surveillance environnementale. Or, tel n'est pas le cas de la situation constatée avant 1991.

²³⁵ Voir FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, *supra*, note 201, pp. 35 à 68: L'identification des acteurs et les échéanciers prévus sont des éléments de programmation: ces éléments s'appliquent pour chacun des volets du programme de santé.

Suite à la levée du moratoire en 1991, à la réforme de la Loi de la santé de 1992 et à la signature d'un nouveau contrat entre la Commission et le Ministère de la santé et des services sociaux en 1993, les 15 régions administratives du Ministère de la santé se mobilisent et redéfinissent les pratiques en santé au travail. La majorité des régions révisent leurs exigences sur le contenu minimal du programme de santé à la lumière des connaissances du moment et des exigences du contrat spécifique. La définition de la surveillance environnementale par le contrat spécifique est la suivante:

Surveillance environnementale:

Identifier et faire le suivi des risques pour la santé auxquels sont exposés les travailleurs, tant aux plans individuel que collectif, et assurer la surveillance et l'évaluation de la qualité du milieu de travail, en établissant en outre des priorités d'action;²³⁶

Cette définition de la surveillance environnementale inscrite au contrat spécifique présente les attentes de la Commission en regard des activités de surveillance environnementale; elle ne diffère en rien des activités réalisées antérieurement dans le cadre de ce volet.

Ainsi, plusieurs années après l'implantation du programme, les équipes de santé se retrouvent confrontées aux mêmes situations qu'au début du programme, à savoir l'absence de programme de prévention ou la non mise à jour dudit programme et ce, dans la majorité des établissements où ils ont la responsabilité d'intervenir. Force est de constater à nouveau que les équipes suppléent à la responsabilité de l'employeur, ce qui génère une charge de travail consommant beaucoup de temps d'intervention²³⁷.

²³⁶ Contrat type, *supra*, note 43, p. 6.

²³⁷ Voir G. LÉVESQUE, *supra*, note 8, p. 57; COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA

D'autre part et contrairement au début des années 80, la majorité des risques présents dans les milieux de travail sont relativement connus et la pratique en hygiène est mieux définie et plus documentée maintenant. Au cours des années, des stratégies d'échantillonnage ont été développées par l'Institut et adaptées, selon les besoins, par les hygiénistes des équipes régionales à la production de protocole d'hygiène en regard de contaminants spécifiques.

À la lumière des documents consultés, le contenu du volet environnemental du programme de santé reste sensiblement le même qu'au début en ce qui a trait aux informations consignées ainsi qu'aux activités prévues. Nous y retrouvons la description sommaire des facteurs de risque, la population de travailleurs exposés, la description des procédés industriels, les choix des priorités d'intervention, un calendrier d'activités prévues, les stratégies d'échantillonnage choisies et le suivi à effectuer.

De leur côté, certaines Directions de santé publique ont défini plus spécifiquement leurs attentes par rapport au contenu minimal du volet de surveillance environnementale qui impliquent des changements de pratique pour certaines équipes. Entre autres, la documentation des risques identifiés dans l'établissement est plus spécifique²³⁸ et doit comprendre les résultats des mesures environnementales

SÉCURITÉ DU TRAVAIL et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme de prévention, santé au travail: Bilan 2000 et planification 2001 des services aux clientèles*. Montréal, VPRCP, février 2001, p.99-12. En 1992 dans le cadre la planification en santé au travail, les formulaires prescrits par la Commission reconnaissent cette activité sous l'appellation *connaissance préalable à l'intervention*. Cette activité est toujours maintenue dans les formulaires de planification prescrits par la Commission. Devons-nous conclure que, dorénavant le support à l'employeur dans le cadre de l'élaboration du programme de prévention relève du rôle des intervenants de la santé?

²³⁸ DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Contenu du document de Programme de santé spécifique à l'Établissement (PSSE) ou de mise-à-jour de PSSE*, Laval, Programme de santé au travail, RRSS de Laval, p.4. Dans le même sens, COMITÉ DES STRATÉGIES, *Résumé*

ou une évaluation subjective du risque en regard de la nature, de la durée et du contexte d'exposition²³⁹.

Les risques retenus ou non retenus, ainsi que le choix des priorités doivent être accompagnés d'argumentation scientifique, entre autres la gravité et la durée de l'exposition, le nombre de travailleurs visés, les objectifs de prévention ainsi que les activités retenues pour la réalisation des objectifs. Une note est aussi requise concernant les mesures de prévention mises en place ainsi que leur utilisation, qu'il s'agisse de mesures de protection individuelles ou collectives. L'identification et le rôle des ressources impliquées sont aussi demandés:

Les activités préalables ou parallèles que l'employeur ou les personnes nommées par l'employeur doivent réaliser seront consignées dans le plan d'action, tout comme les ressources des services de santé impliqués.²⁴⁰

Ainsi, à partir de ces informations, les équipes de santé au travail sont en mesure d'identifier les priorités d'action dans le cadre de la surveillance médicale,

des travaux du comité des stratégies, Hull, Programme de santé au travail, août 2001, Annexe IV p.1: Ces régions considèrent: que l'analyse du milieu de se limite pas seulement aux risques chimiques: elle comprend aussi des risques ergonomiques, biologiques ou physiques. Elle tient aussi compte d'autres facteurs dont les méthodes de travail, l'organisation du travail et l'ensemble des structures de santé et sécurité présentes dans le milieu de travail.

²³⁹ Voir ÉQUIPE RÉGIONALE EN SANTÉ AU TRAVAIL, *Modèle du PSSE-Cadre*, Trois-Rivières, région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 200, pp. 7et 8 [Ci-après PSSE-Cadre de la Mauricie et du Centre-du-Québec]: Étant donné les connaissances actuelles des intervenants, il n'est pas toujours requis d'objectiver l'exposition des travailleurs par des mesures d'hygiène industrielle, l'exposition pouvant être évaluée subjectivement, c'est-à-dire que le procédé présent est comparable ou similaire à un procédé objectivé antérieurement. Il est aussi important de préciser que l'ensemble des données environnementales ne se retrouvent pas nécessairement au contenu du programme de santé, mais qu'elles sont consignées dans un autre document, soit un rapport environnemental. Certaines équipes régionales tendent à inclure au programme de santé ce rapport, car il permet de mieux connaître les milieux de travail et amène un meilleur éclairage dans le cadre de l'évaluation du programme de santé.

²⁴⁰ COMITÉ DES STRATÉGIES, *supra*, note 238, p. 13.

l'information et les premiers soins afin de présenter une proposition au Comité de santé et sécurité.

En somme, cette description nous porte à croire que le contenu du volet environnemental du programme de santé est sensiblement le même que lors de l'implantation du programme. Notamment, il comprend l'identification et le suivi des risques présents dans les milieux de travail ainsi que la surveillance et l'évaluation de la qualité du milieu de travail; il respecte donc, par le fait même, les prescriptions de la *Loi* et répertorie les informations attendues du Guide de la Commission. À notre avis, une différence existe entre la consignation des résultats des mesures environnementales, des risques retenus ou non retenus accompagnés d'argumentation scientifique²⁴¹. Conséquemment nous pouvons conclure que le contenu actuel du volet de surveillance environnementale respecte les activités prescrites par la *Loi* et génère les informations prévues par le Guide de la Commission sans pour autant assurer l'intégralité des objectifs prônés par la *Politique*.

2.2 La surveillance médicale: une interaction unique et limitée

Afin d'introduire le sujet de cette section, nous croyons important de mentionner certains éléments qui doivent être pris en considération pour que l'intervention dans le cadre de la surveillance médicale parte gagnante:

²⁴¹ Nous tenons à préciser que le choix des priorités d'intervention ne relève pas spécifiquement de l'hygiène du travail, mais bien de l'ensemble de l'équipe de santé et du comité de santé et sécurité. Voir D. CARON, *supra*, note 206, p. 73.

Pour contrôler les risques et donc prévenir les effets potentiels ou réels à la santé, il est important de regarder tous les aspects qui peuvent influencer: les facteurs environnementaux, organisationnels et comportementaux du travail, soit les méthodes de travail, l'organisation du travail, l'individu, la tâche et l'environnement.²⁴²

Depuis l'implantation du programme de santé et malgré l'obligation du médecin responsable de se conformer aux règlements initiés par la Commission relativement aux examens pré-emploi et en cours d'emploi²⁴³, cette activité du programme de santé n'a jamais été mise en application²⁴⁴. Cet état de faits relève, à notre avis, du caractère litigieux de cette activité, tel que discuté précédemment²⁴⁵.

L'activité de dépistage rencontre plusieurs difficultés dans son application. La première résulte de la définition même ou de la compréhension de la notion de dépistage. Il est important de préciser qu'un dépistage diffère d'un examen diagnostique, celui-ci ne poursuivant pas les mêmes fins que celui-là, ne s'appliquant pas dans le même cadre et ne conduisant pas aux mêmes conclusions. Le dépistage a comme but principal de surveiller l'état de santé d'une population de travailleurs, de déceler les symptômes précoces d'une maladie professionnelle, de prévenir l'altération à la santé reliée à l'exposition du travailleur et de permettre de retirer le

²⁴² COMITÉ DES STRAGÉGIES, *supra*, note 238, annexe IV, p.1; Voir Annexe VI: M.O.I.T.E.

²⁴³ Voir J. BOUCHER, *supra*, note 202 p. 29; D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 40.

²⁴⁴ Voir D. BERTHELETTE, *ibid*, p.39 et 40.

²⁴⁵ Voir M. VÉZINA, *supra*, note 10, p. 84. À l'exception du *Règlements sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines*, R.R.Q., c. S-2.1, r. 8.2, art. 9,10 et 11. Ce règlement est mis en application dans le cadre des examens en cours d'emploi. Cependant, quatre conditions sont requises: les disponibilités d'un médecin, de radiologistes certifiés lecteur B, du laboratoire de radiographie pulmonaire, et bien sûr, des ressources financières nécessaires. L'application de ce règlement est très dispendieux pour les régions où il y a présence de travailleurs des mines, le budget alloué par la Commission ne permettant pas toujours l'application du règlement. Souvent, l'application de ce règlement est possible suite à une rationalisation des services de dépistage au détriment d'une autre clientèle.

travailleur d'un emploi à risque pour sa santé, tandis que le diagnostic a comme objectif de confirmer s'il y a absence ou présence de maladie²⁴⁶.

Le choix de l'activité de dépistage est complexe et, pour qu'une activité soit reconnue à titre d'activité de dépistage, elle doit répondre aux critères définis par l'Organisation mondiale de la santé²⁴⁷. Ces critères circonscrivent la pratique médicale dans le cadre de la prévention et ce, en définissant les règles de l'art de la pratique médicale en santé publique, c'est-à-dire en médecine préventive.

Au moment de l'implantation et même durant les premières années d'application du programme, le choix des activités de dépistage pose problème étant donné le peu de connaissances scientifiques sur le sujet. C'est pourquoi, des guides de surveillance médicale s'élaborent en même temps que les interventions ont lieu. Il ressort de la littérature sur la question que les guides de surveillance médicale correspondent aux

²⁴⁶ Le dépistage consiste à identifier hypothétiquement, à l'aide de tests, d'examen ou d'autres techniques susceptibles d'une application rapide, les sujets atteints d'une maladie ou d'une anomalie passée jusque-là inaperçue. Les tests de dépistage doivent permettre de faire le partage entre les personnes apparemment en bonne santé, mais probablement atteintes d'une maladie donnée, ainsi que celles qui en sont probablement exemptes. Ils n'ont pas pour objet ou ne conduisent pas à poser un diagnostic. Les personnes pour lesquelles les résultats sont positifs ou douteux doivent être envoyées à leur médecin pour diagnostic, et, si besoin est, traitement. Ces tests doivent être spécifiques, sensibles et fiables.

Quant au diagnostic, il consiste à confirmer ou infirmer la présence d'une maladie, à déterminer un état de santé, d'après l'observation de la présence de symptômes, de signes cliniques ou d'anomalies paracliniques. Ces définitions nous ont été fournies par le Docteur Reno Proulx, médecin conseil et chef des services de Protection et de l'environnement à la Direction de la Santé Publique de la Régie Régionale de la santé et des services sociaux Estrie.

²⁴⁷ Voir D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 40: Critères de l'Organisation mondiale de la santé (OMS): le problème de santé doit être important pour le travailleur et la collectivité, un traitement efficace doit être disponible, la nature de la maladie doit être connue, le développement de la maladie doit comporter un stade présymptomatique, un test ou un examen doit exister, celui-ci doit être acceptable pour les travailleurs, les ressources nécessaires pour le diagnostic et le traitement doivent être disponibles, un équilibre doit exister entre le coût du programme de dépistage et les ressources financières disponibles et le dépistage doit être continu.

programmes-cadre régionaux mentionnés dans la *Politique*. Ces guides identifient les activités de surveillance médicale pertinentes en fonction d'un risque donné. Nous retrouvons aux titres des activités de surveillance médicale des tests biologiques (test sanguin ou urinaire), des examens tels qu'une radiographie ou des questionnaires de dépistage. Ces activités de surveillance médicale doivent permettre de faire le lien entre l'exposition générale des travailleurs et les effets sur leur santé²⁴⁸.

Le choix des examens périodiques doit être appuyé sur une connaissance des facteurs de risque identifiés et des problèmes de santé qu'ils sont susceptibles d'entraîner. Or, il importe de spécifier que les travailleurs sont rarement exposés à une seule agression. Des facteurs de risque chimique, physique, biologique et psycho-social sont dans bien des cas, simultanément présents dans l'environnement de travail. Les effets combinés de ces contaminants sont méconnus, car ils font rarement l'objet d'études.²⁴⁹

Depuis l'implantation du programme, des guides de surveillance médicale ont été élaborés et mis à jour par les Directions de santé publique en collaboration avec les médecins responsables²⁵⁰. Il est important de préciser que, même en présence de dangers pour la santé, certains guides ne recommandent pas d'activités de dépistage. Les raisons en sont simples: il n'existe aucun examen pertinent ou aucun questionnaire répondant à la définition de dépistage. Conséquemment, il s'ensuit

²⁴⁸ Voir D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 41: « Lors de l'implantation, le peu d'examens de surveillance biologique disponibles complique le dépistage, car ils portent seulement sur six métaux ». Depuis, cette situation s'est améliorée par le développement de nouveaux tests biologiques.

²⁴⁹ *Ibid.*, p. 40.

²⁵⁰ Depuis la mise sur pied du Comité médical provincial en 1994, des échanges entre les régions amènent un meilleur support à l'intervention médicale dans le cadre de l'application des programmes de santé et tend vers l'harmonisation de la pratique médicale en santé au travail. En ce qui nous concerne, cette dernière n'est pas un objectif simple à atteindre.

qu'il n'y a pas d'activités de dépistage prévues pour ce risque dans le programme de santé.

En outre, la disponibilité budgétaire est garante de l'échéancier de réalisation des activités de dépistage. C'est pourquoi les activités de dépistage sont rarement réalisées dans l'année qui suit l'élaboration du programme de santé; il y a souvent un délai de plus d'une année avant que l'activité ne soit mise en application. La possibilité de réaliser le dépistage est interdépendante des ressources financières disponibles. Cette étape de programmation devient par le fait même une étape strictement administrative qui tend à confirmer que le médecin responsable n'a aucun pouvoir malgré l'énoncé de l'article 122 de la *Loi*.

D'autres difficultés empêchent dans les faits la mise en application de cette activité. Ces difficultés sont liées au milieu de travail. Les intervenants se voient confrontés à la réalité de l'établissement, c'est-à-dire à la production ou au manque d'ouverture de l'employeur qui hésite ou refuse de libérer les travailleurs sur les heures de travail. Souvent, les équipes voient des activités planifiées depuis longtemps annulées et les raisons les plus fréquemment invoquées sont reliées à la production ou, en d'autres termes, à l'absence, à la diminution ou à l'augmentation de la production.

Tout tourne autour de la production. En situation d'absence de production, l'activité ne peut avoir lieu. En cas de diminution de production, souvent des travailleurs ont été mis à pied de façon permanente ou temporaire et ne peuvent recevoir les services. Lors de l'augmentation de production, l'activité est tout simplement annulée, car l'employeur est dans l'impossibilité de libérer les travailleurs. Les mêmes difficultés

se présentent lors de la remise de résultats individuels pour les tests ou questionnaires de dépistage.

Nous croyons également qu'une planification à long terme de l'activité de dépistage accroît les difficultés de réalisation de celle-ci en raison des délais entre la planification et la réalisation de l'activité. En ce qui nous concerne, ces difficultés entraînent des conséquences sur les services auxquels les travailleurs ont droit et qui souvent se soldent par une absence de services.

En outre, les employeurs font preuve d'une résistance certaine face aux activités de dépistage qui ont pour effet d'entraîner une augmentation de demandes d'indemnisation, donc une augmentation des coûts de cotisation à la Commission. Bien que cette situation représente un effet normal de l'implantation de la surveillance médicale en l'absence de mesures efficaces de prévention, elle peut tout de même être qualifiée d'indésirable pour l'employeur

[...] il est probable que le récent accès des entreprises à des services de surveillance médicale inclus dans le programme soit associé à une hausse du nombre de maladies professionnelles identifiées.²⁵¹

De plus, lorsqu'un test de dépistage génère des résultats positifs ou lorsque le résultat du test biologique dépasse les normes acceptables de concentration chez un travailleur, l'équipe de santé a la responsabilité, en vertu des articles 32 et 35 de la *Loi*²⁵², de recommander à l'employeur d'affecter le travailleur à un autre poste ou de le retirer temporairement du travail afin de réduire le niveau d'exposition. Malheureusement, cette recommandation a peu d'emprise sur le milieu de travail

²⁵¹ D. BERTHELETTE et R. PINEAULT, *supra*, note 11, p. S-23.

²⁵² *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art. 32 et 35.

étant donné l'absence de réglementation en ce sens²⁵³. Conséquemment, la portée du quatrième alinéa de l'article 113 de la *Loi* s'en voit restreinte et les intervenants en santé se voient dans l'impossibilité d'assumer leur responsabilité.

Finalement, qu'il y ait dépistage ou non, dans certaines situations le médecin responsable peut recommander que le seuil d'exposition des travailleurs à un danger donné soit abaissé; il s'agit ici de l'exercice par le médecin responsable de ses responsabilités professionnelles face au seuil d'intervention médicale. Les seuils d'intervention sont alors fixés à des niveaux inférieurs à la norme, ces seuils pouvant être établis au quart ou à la moitié de la norme. Nous croyons important de préciser que la fixation de ce seuil d'intervention médicale ne résulte pas d'un calcul mathématique, mais bien de l'expression d'un jugement professionnel basé sur des connaissances scientifiques:

Cette décision est prise par plusieurs intervenants dont les expertises sont différentes mais complémentaires en regard de la protection de la santé des travailleurs. Lorsqu'on fixe un seuil d'intervention, on doit évidemment savoir avant de mesurer ce qu'on fera avec le résultat si ce dernier dépasse le seuil, comme c'est le cas lorsqu'on décide de faire des prélèvements biologiques, on doit donc répondre d'abord à certaines questions: Si je fixe la barre à ce niveau-là, quel est mon objectif, d'être conforme à une norme ou de protéger la santé des travailleurs? On doit aussi tenir compte des ressources disponibles et de la technologie disponible. Le seuil est basé sur des données, soit une valeur d'exposition moyenne pondérée sur huit heures. Tout ceci est effectué à partir des définitions et recommandations de l'American Conference of Governmental Industrial Hygienists.²⁵⁴

²⁵³ Voir M. VÉZINA, *supra*, note 10, p. 87.

²⁵⁴ DIRECTION RÉGIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Réflexion sur les Seuils d'intervention. D'abord une question de jugement*, RRSSS de l'Abitibi- Témiscamingue, janvier 1996, p. 4 et 5.

Or, malgré qu'il s'agisse d'une responsabilité reconnue au médecin responsable, les employeurs et la Commission comprennent mal les raisons qui motivent les intervenants en santé à recommander une diminution de l'exposition des travailleurs lorsque le milieu de travail est conforme à la norme pré-établie par règlement. Cette situation soulève des questionnements et souvent pose problème dans son application, étant donné que les employeurs ne sont pas tenus de respecter cette recommandation en vertu du *Règlement sur la qualité du milieu de travail*²⁵⁵.

En somme, cette revue de la situation nous permet de conclure que les activités associées au volet de surveillance médicale ne visent que la surveillance de l'état de santé des travailleurs et, plus précisément, la réalisation d'activités de dépistage suite à l'identification des risques à la santé auxquels sont exposés les travailleurs. Cette activité permet de dresser un bilan collectif tel que souhaité par la *Politique* et d'assurer la surveillance de l'état de santé des travailleurs en vue de prévenir toute altération à leur santé provoquée ou aggravée par le travail²⁵⁶.

Ainsi, trois des quatre activités prévues à l'article 113 de la *Loi* au chapitre du volet de surveillance médicale ne sont pas appliquées: les examens pré-embauche et en cours d'emploi, l'identification et l'évaluation des caractéristiques de santé nécessaires à l'exécution d'un travail et l'identification des caractéristiques de chaque travailleur de l'établissement afin de faciliter son affectation à des tâches correspondant à ses aptitudes n'ont pas été développés. Si nous nous en tenons seulement à la troisième activité, nous pouvons affirmer que les ressources médicales

²⁵⁵ Voir *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art. 59. Les mesures de surveillance de la qualité du milieu de travail sont définies par règlement : *Règlement sur la qualité du milieu de travail*, R.R.Q., c. S-2.1, r.15. Il est à noter qu'une norme est établie en fonction d'une moyenne sécuritaire, il a été démontré que même en présence de moyenne sécuritaire des gens peuvent être affectés.

²⁵⁶ Voir *Politique*, *supra*, note 1, p. 239.

allouées par la Commission en fonction de critères pré-établis sont insuffisantes pour la réalisation de cette activité, et nous pouvons même questionner la faisabilité de telles recommandations dans les établissements; nous pensons ici à la faisabilité dans le cadre des conventions collectives.

Bref, nous avons constaté qu'à ce jour, l'application de l'article 113 de la *Loi* se limite au dépistage précoce d'une atteinte à la santé et ce, en autant que les ressources financières et humaines le permettent. Par ailleurs, nous croyons que la recommandation d'un seuil d'intervention, dans le cas de certains dangers auxquels le travailleur est exposé, peut pallier à la non réalisation des activités prévues par la *Loi*²⁵⁷ et rejoint, à notre avis, la philosophie d'intervention souhaitée par la *Politique* qui vise à «contribuer à éliminer à la source les causes des problèmes de santé des travailleurs»²⁵⁸ dans une optique de rôle support. Conséquemment, ce type d'intervention, selon nous, respecte tout à fait l'objet de la *Loi* en ce qu'elle vise l'élimination à la source des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique du travailleur.

2.3 L'information: un outil privilégié d'intervention

Au moment de l'implantation du programme de santé, le volet information semble occuper une place de second plan. Le législateur attribue aux intervenants en santé une fonction d'information; toutefois, celle-ci est restreinte à la nature des risques présents dans les milieux de travail et aux moyens de prévention en lien avec ces

²⁵⁷ *Loi sur la santé et la sécurité du travail, supra*, note 6, art. 113.

²⁵⁸ *Politique, supra*, note 1, p. 238.

risques. Ainsi, lors de l'implantation du programme de santé, l'activité d'information semble se résumer à:

[...] informer le comité de santé-sécurité sur l'état de la situation, particulièrement avec les données de la surveillance médico-environnementale.²⁵⁹

À cette époque, le volet information rencontre plusieurs difficultés d'application car, au même titre que les autres volets du programme de santé, ce volet est affecté par le manque de connaissances scientifiques qui exige que les intervenants fassent leur propre revue de littérature et qu'ils identifient des moyens ou stratégies pour transmettre l'information pertinente à chacun des paliers concernés, soit l'employeur, le travailleur, le comité de santé et sécurité et, si il y a lieu, l'association accréditée. Les intervenants doivent développer leur matériel d'information et l'adapter aux différentes situations tout en composant avec les infrastructures disponibles. Souvent, les séances d'information sont présentées dans le local de production de l'établissement, ce qui entraîne majoritairement l'impossibilité d'utiliser des outils didactiques tels que l'audio-visuel. Conséquemment, il est plus difficile de capter l'attention des individus auxquels est adressée l'information.

Malgré l'obligation de l'employeur d'informer le travailleur sur les risques reliés à son travail et de mettre en place des programmes de formation et d'information en matière de santé au travail, il est souvent difficile pour les intervenants de rencontrer les travailleurs pour la présentation de séances d'information ou pour la simple transmission d'information individuelle; en fait, les intervenants font face à la résistance de l'employeur.

²⁵⁹ FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, *supra*, note 201, p. 10.

Les employeurs considèrent que le programme de santé cacherait des coûts indirects assumés par les employeurs. D'une part, le temps alloué aux interventions des équipes dans l'entreprise réduit le temps de travail des employés. Le programme de santé est souvent associé à une perte de productivité. D'autre part, les employeurs considèrent que les cotisations trop élevées font augmenter les coûts de production. Ces facteurs contribueraient à limiter la compétitivité des entreprises au niveau mondial. Par contre, les travailleurs sont plutôt favorables aux interventions des équipes. Celles-ci représentent une source d'information importante pouvant contribuer à l'amélioration de leurs conditions de travail.²⁶⁰

Nous pensons que les raisons invoquées par les employeurs sont légitimes. C'est pourquoi elles sont prises en compte par les intervenants qui voient à développer d'autres modalités de transmission d'information afin de pallier aux difficultés. Il est certain que l'information individuelle et collective est privilégiée²⁶¹; toutefois, devant l'impossibilité de rencontrer les travailleurs, d'autres moyens sont identifiés pour transmettre l'information, tels que des dépliants, des envois postaux, des affiches dans les locaux des travailleurs, etc. Nous tenons à rappeler que «l'information porte majoritairement sur les facteurs de risque et les moyens de prévention»²⁶².

Le volet information s'est développé au cours des années et a pris une place de premier plan dans le cadre des activités de santé au travail. Tel que mentionné précédemment, en l'absence de pouvoir contraignant des intervenants en santé à imposer aux entreprises des mesures de correction à la source, l'information devient

²⁶⁰ G. LÉVESQUE, *supra*, note 8, p. 7. Nous tenons à préciser que les considérations citées ici s'appliquent aussi pour tous les volets du programme de santé.

²⁶¹ Généralement, les résultats d'examen médicaux sont communiqués individuellement et de façon confidentielle à chaque travailleur, tandis que le bilan collectif est présenté à l'ensemble des travailleurs et à l'employeur. Dans l'impossibilité d'agir de la sorte, le bilan collectif est présenté au comité de santé et sécurité.

²⁶² Voir D. BERTHELETTEB, *supra*, note 13, p. 43.

vite leur principal outil pour influencer les employeurs et les travailleurs en matière de prévention²⁶³. Dans cette optique, le rôle de l'information est redéfini autour de l'objectif de réduction de la prévalence des lésions professionnelles et permet aux intervenants d'axer leurs interventions sur la réduction à la source²⁶⁴.

Il est important de noter que le volet information vise à sensibiliser l'employeur et les travailleurs sur les risques présents dans leur milieu de travail, sur leurs effets sur la santé et sur le support à l'entreprise dans ses démarches pour prévenir, contrôler ou éliminer à la source les dangers identifiés.

Enfin, les services d'information devraient porter non seulement sur la nature des facteurs de risque et de leurs effets sur la santé des travailleurs, mais également sur les mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire pertinentes aux problèmes rencontrés dans les entreprises. Cette activité est le principal extrant des autres services.²⁶⁵

Ainsi, pour les intervenants en santé, ce volet ne doit pas se limiter à une simple information sur la nature des risques du milieu de travail et sur les moyens de prévention, tel qu'énoncé par l'article 113 de la *Loi*, mais il doit s'élargir et porter sur la connaissance des risques et sur leur impact sur la santé. Selon ce point de vue, qui est aussi le nôtre, chacune des étapes de programmation ainsi que chacune des activités en lien avec le programme de santé comporte une opportunité de transmettre de l'information dans le milieu de travail²⁶⁶.

²⁶³ Voir D. BERTHELETTEB, *supra*, note 13, p.51.

²⁶⁴ Voir *ibid.*, p.10.

²⁶⁵ G. LÉVESQUE, *supra*, note 8, p. 49.

²⁶⁶ Voir PSSE-Cadre de la Mauricie et du Centre-du-Québec, *supra*, note 239, p. 10.

Néanmoins, une simple séance d'information ne suffit pas à entraîner des changements de comportement chez les employeurs et les travailleurs, c'est-à-dire l'adoption de comportements préventifs, et elle ne suffit pas non plus à donner comme résultat immédiat la réduction des dangers à la source. Certaines études appuient ce que nous avançons:

Les résultats des études semblent donc appuyer l'hypothèse que le nombre de services pertinents à l'élimination des sources de risque est positivement associé aux connaissances que les employeurs et les travailleurs possèdent des facteurs de risque présents dans leur entreprise, l'importance des effets que ces risques peuvent avoir sur la santé des travailleurs, et la nature des mesures de prévention primaire à implanter.²⁶⁷

Et que:

La pierre angulaire de la réforme est certainement l'accès à la formation et l'information des employeurs et des travailleurs sur leurs propres besoins en matière de santé et de sécurité au travail.²⁶⁸

Tout comme:

La formation et l'information des employeurs et des travailleurs constituent la clef de voûte de la prise en charge.²⁶⁹

Les auteurs attribuent une importance considérable au volet information par le transfert de connaissances en vue d'une prise en charge de la réduction des risques à la source par le milieu, soit les employeurs et les travailleurs. Toutefois, nous

²⁶⁷ G. LÉVESQUE et D. BERTHELETTE, «Les effets du programme québécois de santé au travail sur l'élimination des sources de danger» (1998) 14:1 *Travail et santé*, p. S-9.

²⁶⁸ G. LÉVESQUE, *supra*, note 8, p. 3.

²⁶⁹ D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 6.

tenons à préciser que sans la participation des décideurs à l'ensemble du processus de programmation et aux activités découlant du programme de santé, l'objectif de prévention ne peut être atteint. Sans l'implication des décideurs et sans l'argent nécessaire, les mesures de prévention ne peuvent être mises en place. De là l'importance pour l'employeur d'avoir un représentant significatif au comité de santé et sécurité.

Pour accroître la prévention, c'est l'ensemble des variables individuelles, organisationnelles et sociales qui doivent être mises à contribution.²⁷⁰

En février 1997, le Comité provincial de concertation en santé au travail²⁷¹ donne au Comité provincial des soins infirmiers en santé au travail²⁷² le mandat suivant:

D'élaborer un cadre de référence pour le développement des sessions d'information en vue d'initier l'harmonisation des pratiques de santé au travail en ce domaine.²⁷³

²⁷⁰ M. ROY, L. FORTIER et A.M. ROBERT, *Études sur les facteurs d'adoption des mesures préventives, les cas de la silicose associée au sablage au jet d'abrasifs*, Montréal, IRSST, 1994, p. 26.

²⁷¹ Voir D. CARON, *supra*, not 206, p. 69: « Ce comité est composé de tous les coordonnateurs régionaux de santé au travail, d'un Directeur de la santé publique et d'un membre du Ministère de la santé. Il a pour mandat de faire évoluer le dossier de santé au travail en fonction des responsabilités régionales qui lui sont confiées par les directeurs régionaux de la santé publique et de leur apporter tout le support requis».

²⁷² Ce comité est composé de l'ensemble des conseillères en soins infirmiers des Directions de santé publique ou de représentantes régionales issues d'un CLSC, seulement lorsque les régions n'ont pas de conseillères, afin que l'ensemble des régions soient représentées. Ce Comité a comme mandat de donner des avis professionnels dans un but d'harmonisation des pratiques en soins infirmiers du travail au Comité provincial de concertation en santé au travail.

²⁷³ COMITÉ PROVINCIAL DES SOINS INFIRMIERS EN SANTÉ AU TRAVAIL, *Le cycle des apprentissages en santé au travail, cadre de référence en information et formation en santé au travail*, Août 1998, p. 5.[Ci-après Cycle des apprentissanges]

Ce cadre de référence est adopté par le Comité de concertation en santé au travail en février 1999. Dès lors, le volet information du programme de santé au travail se voit influencer par les orientations proposées par le comité de soins infirmiers.

Nous croyons que ces orientations donnent une assise théorique à l'intervention et permettent de mieux cibler l'information et la formation dispensées aux établissements et de l'adapter aux besoins du milieu en fonction de la population visée et du contexte dans lequel elle évolue.

En santé au travail, les interventions pour le maintien et l'amélioration de la santé des travailleurs s'inscrivent dans la promotion de la santé, dans la prévention des maladies professionnelles et des accidents de travail et dans la réadaptation. Un des éléments d'intervention pour atteindre des buts est l'éducation à la santé.²⁷⁴

Dans le cadre de la santé au travail, l'éducation à la santé vise l'application d'apprentissages ou de nouvelles connaissances dans le but d'implanter des solutions choisies par le milieu et de permettre l'adoption de façon durable de nouveaux comportements, dits comportements préventifs. Ces changements dans les milieux de travail engendrés par l'information ou la formation sont dépendants de «trois domaines de connaissance: le savoir, le savoir-faire et le savoir-être»²⁷⁵. Cette approche, à notre avis, permet de remettre le pouvoir là où il doit être, c'est-à-dire entre les mains des employeurs et des travailleurs afin qu'ils fassent des choix éclairés dans la priorisation des moyens de prévention à mettre en place.

²⁷⁴ Cycle des apprentissage, *supra*, note 273, p. 6.

²⁷⁵ *Ibid.*, p. 34.

L'utilisation de ce cadre de référence dépasse la préparation de séances d'information. Il influence l'approche des intervenants en santé dans chacune des étapes ou activités du programme de santé. Ainsi, chacune des activités du programme de santé devient une situation d'apprentissage pour l'employeur et pour les travailleurs. Ce cadre de référence peut à notre avis, être considéré comme une démarche scientifique en santé du travail orientant chacune des interventions des intervenants en santé²⁷⁶.

L'intégration de cette dernière approche permet d'affirmer que le volet information dépasse largement le rôle que lui attribue la *Loi* et le contrat-type. L'information se retrouve à chacune des étapes de programmation et à chacune des activités du programme de santé; elle est devenue le principal outil dont disposent les intervenants dans l'atteinte des objectifs du programme de santé. Même si il est impossible parfois de réaliser des séances d'information et ce, pour les raisons mentionnées précédemment, l'information peut quand même être diffusée selon un objectif précis, soit l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs.

2.4 Les premiers soins

Depuis l'implantation du programme de santé, le volet premiers secours et premiers soins est à notre connaissance le seul volet qui n'a connu aucune difficulté d'application. Souvent, il est mentionné que les intervenants en santé utilisent ce volet comme porte d'entrée dans les établissements²⁷⁷. Cette activité du programme

²⁷⁶ Voir Annexe VII: Le cycle des apprentissage en santé au travail.

²⁷⁷ Il est à noter que ce volet s'applique dans le cadre de deux Lois et d'un règlement et que le

de santé ne cause pas ou peu de problèmes dans les établissements, elle est de courte durée et n'a aucun impact sur la production, elle vise peu de travailleurs et entraîne peu de coûts pour l'employeur. Le fait de porter secours est aussi une activité valorisée dans notre société.

L'objectif du législateur, en établissant ces normes, est d'assurer une aide immédiate au travailleur accidenté, afin d'empêcher l'aggravation des blessures ou même de sauver la vie.²⁷⁸

Toutefois, nous sommes portés à croire que l'ouverture des établissements à cette activité est également motivée par d'autres raisons que celles mentionnées précédemment. Un accident de travail entraîne des coûts pour un établissement. C'est aussi un fait observable qui a un impact immédiat chez les travailleurs non accidentés et dont les causes sont souvent identifiées et les correctifs apportés. Évidemment, tout ceci est contraire aux maladies professionnelles qui surviennent après plusieurs années d'exposition et pour lesquelles les risques sont rarement observables à l'oeil nu. Il est aussi démontré que l'intervention précoce lors d'un accident de travail peut minimiser les séquelles, voire même les éviter, donc qu'elle peut diminuer les coûts pour l'employeur. Nous croyons que cet état de faits justifie de manière incontestable l'ouverture des milieux de travail à cette activité du programme de santé. Qui plus est:

Plusieurs études canadiennes ont démontré la théorie voulant que les employés qui ont reçu une formation en secourisme

responsable de son application est l'employeur: *Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins*, supra, note 148, art. 3 et 4; *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*, L.R.Q. c.A-3.001, art. 190, 191, 458 et 459. *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, supra, note 6, art. 51.

²⁷⁸ CENTRE PATRONAL DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC, «Au(x)secours» (1995) 11:6 *Convergence* p. 4.[Ci-après CENTRE PATRONAL]

développent une plus grande vigilance face au risque et sont plus prudents.²⁷⁹

Lors de l'implantation du programme de santé et durant les premières années d'application de ce dernier, les activités relatives au volet premiers soins se limitent à deux aspects: «le contenu de la trousse et la formation des secouristes»²⁸⁰. Par la suite, le contrat type de 1993 reprend le volet des premiers soins, tel que stipulé par la *Loi*, et invite les intervenants en santé à:

Voir au maintien dans l'établissement d'un service adéquat de premiers soins pour répondre aux urgences, en prenant en compte toutes les ressources disponibles sur le territoire qu'il dessert.²⁸¹

Les activités de premiers secours et premiers soins évoluent avec les années et s'adaptent aux besoins des établissements en tenant compte des risques présents dans les milieux de travail. Conséquemment, nous retrouvons au programme de santé des recommandations en fonction de la pratique actuelle, soit l'ajout de matériel à la trousse, l'acquisition d'équipement tel que douche oculaire et/ou, selon le cas, une offre de service dans le cadre d'une formation en fonction d'un ou de plusieurs risques spécifiques à l'établissement. Cette pratique dépasse largement le mandat initial tel que proposé par la *Politique* et repris par la *Loi* et le contrat-type.

Dans les faits, les infirmières, suite à la consultation du registre d'accidents de travail, fondent leurs recommandations sur le type d'incident ou d'accident survenu dans l'établissement et font des recommandations en fonction des risques présents dans les établissements. Parfois, lorsqu'elles le jugent nécessaire, elles proposent une

²⁷⁹ CENTRE PATRONAL, *supra*, note 278, p. 5.

²⁸⁰ D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 43.

²⁸¹ Contrat type, *supra*, note 43, p. 7.

formation en fonction d'un risque spécifique qui n'est pas abordé dans les formations des secouristes²⁸². Il n'est pas rare que certains employeurs ou secouristes interpellent les infirmières pour avoir de l'information supplémentaire.

Cependant, dès la mise en application de cette pratique en regard des premiers secours et premiers soins, certains responsables du dossier de «secourisme en milieu de travail»²⁸³ des Directions régionales de la Commission critiquent cette pratique; leurs commentaires sont à l'effet que les infirmières modifient le contenu des troussees et qu'elles ne s'en tiennent pas au règlement, ce qui leur pose problème lors de leur intervention. Le règlement prévoit un contenu minimal et standard d'une trousse et tous devraient s'en tenir à ce règlement²⁸⁴.

La Commission adresse aussi une autre critique à l'endroit du Réseau: le volet premiers secours et premiers soins varie d'une région à l'autre et ce, d'une infirmière à l'autre au sein d'une même équipe. La problématique soulevée est définie de la façon suivante par le Comité provincial des soins infirmiers au travail:

Le soutien à l'organisation des premiers secours et des premiers soins constitue un volet du programme de santé spécifique à l'établissement. La presque totalité de ce sous-programme est assumée par les infirmières des équipes de santé au travail. La nature et l'ampleur de ces activités varient cependant selon les régions, les équipes et les intervenantes elles-mêmes. De plus, d'autres organismes comme les Associations sectorielles paritaires et la Commission, par le biais de ses services d'inspection-

²⁸² La formation de secouristes en milieu de travail: «doit être donné par un organisme reconnu par la Commission». D. BERTHELETTE, *supra*, note 13, p. 43.

²⁸³ COMITÉ PROVINCIALE DES SOINS INFIRMIERS EN SANTÉ AU TRAVAIL, *Premiers secours et premiers soins: état de situation et recommandations*, juillet 1998, p. 4 [Ci-après *Premiers soins et premiers secours: état de situation et recommandation*]

²⁸⁴ Voir *Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins*, *supra*, note 148, art. 4.

prévention, réalisent des activités en premiers soins et premiers secours dont certaines chevauchent celles du Réseau public des services de santé au travail.²⁸⁵

Afin de remédier à cette situation, le Comité provincial de concertation en santé au travail mandate le Comité provincial des soins infirmiers en santé au travail afin de:

[...] à clarifier les rôles des acteurs concernés par ce dossier et à harmoniser les pratiques des infirmières en santé au travail.²⁸⁶

De nouvelles orientations sont alors proposées et acceptées par le Comité de concertation en santé au travail. Ces orientations tiennent compte des activités réalisées par les partenaires et visent à éviter un chevauchement des services. En conséquence, le comité propose:

[...] que les infirmières en santé au travail développent davantage ce type de formation adaptée aux risques présents dans le milieu de travail, et ce, en lien avec le programme de santé.²⁸⁷

La formation dont il est ici question est le développement d'une formation spécifique pour les risques particuliers aux établissements; ces risques sont ceux mentionnés dans le cadre du programme de santé ce qui, à notre avis, tend vers l'harmonisation des pratiques en premiers secours et premiers soins et à une approche intégrée de la pratique en soins infirmiers²⁸⁸. Conséquemment, l'ajout de matériel en fonction de risques, d'accidents ou d'incidents spécifiques aux établissements fait partie de l'intervention des infirmières dans le cadre du volet premiers soins..

²⁸⁵ Premiers soins et premier secours: état de situation et recommandation, *supra*, note 283, p. 2.

²⁸⁶ *Ibid.*, p. 1.

²⁸⁷ *Ibid.*, p. 5.

²⁸⁸ Voir Annexe VII: Premiers secours - premiers soins. Démarche systématique en soins infirmiers selon la pratique intégrée en PSPS.

Dans un premier temps, cette nouvelle orientation est mise en application dans le cadre des programmes d'intervention intégrée²⁸⁹, qui se veulent des programmes pour un risque spécifique. De plus nous savons que les outils développés pour ces programmes sont aussi utilisés lors de l'application des programmes de santé lorsqu'ils sont pertinents.

Cette pratique, à notre avis, s'inscrit dans l'esprit de la *Loi* et des orientations de la *Politique* en permettant au milieu de se prendre en charge par une augmentation des connaissances en rapport direct avec les besoins du milieu de travail dans une approche de support à l'établissement, tout en interpellant la motivation des secouristes à influencer la correction des risques d'accidents dans leur établissement.

Cette formation amène chez les secouristes des changements d'attitude face à la prévention; c'est-à-dire, un sentiment de contrôle personnel et un sens des responsabilités pour la prévention des accidents.²⁹⁰

Le temps et une évaluation de cette nouvelle approche pourra nous indiquer si cette pratique, dans le cadre des premiers secours et des premiers soins, est une approche gagnante en prévention et si elle tend, tel qu'elle le prétend, à augmenter les comportements préventifs dans les milieux de travail et à en assurer un support continu.

²⁸⁹ Voir COMITÉ PROVINCIAL DES SOINS INFIRMIERS EN SANTÉ AU TRAVAIL, *Réflexion sur la pratique intégrée pour une organisation efficace des premiers secours et des premiers soins en milieu de travail*, mai 1998, p. 1.

²⁹⁰ *Ibid.*, p. 2.

CONCLUSION

Nous avons voulu, dans cet essai, consacré au programme de santé spécifique à l'établissement, comprendre la place et le rôle des intervenants du Réseau de la santé. C'est pourquoi il nous a semblé utile de rappeler les origines de ce programme, d'en tracer l'évolution et de montrer la contribution des intervenants du Réseau. Nous avons procédé d'abord à un exercice d'association entre les objectifs et les fonctions énoncés par la *Politique* et le texte de *Loi*²⁹¹, ce qui nous a permis de constater qu'exception faite des examens pré-embauche, le législateur s'est inspiré directement de la *Politique* pour la élaborer l'article 113 de la *Loi*.

Cette étude nous a aussi permis de voir que l'objet de la *Loi*, énoncé à l'article 2²⁹², oriente l'ensemble des interventions en matière de services de santé au travail et que l'intervention du Réseau de la santé s'inscrit dans cet esprit.

Comme le prévoit cet article, la prise en charge de la prévention en matière de santé et de sécurité du travail est la responsabilité du milieu de travail, c'est-à-dire des travailleurs et des employeurs. C'est dans ce contexte que s'est définie l'intervention du Réseau de la santé en ce qui a trait à l'élaboration et à l'implantation des activités du programme de santé à savoir un rôle de support au milieu dans une ambiance d'impartialité. Sans la collaboration du milieu, l'élaboration du programme de santé et la réalisation des activités ne peuvent prendre forme.

Cette situation particulière permet de qualifier l'intervention du Réseau d'intervention complexe, eu égard à l'obtention de la collaboration des acteurs du

²⁹¹ Voir *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6.

²⁹² *Ibid.*, art.2.

milieu. Ainsi, dans le cadre du développement des méthodes de travail, de l'élaboration des tâches et de l'organisation du travail, les intervenants du Réseau doivent prendre en considération plusieurs autres aspects du milieu afin de maximiser leur intervention. Ils doivent tenir compte, entre autres, de l'individu à qui s'adresse l'intervention ainsi que de l'environnement physique, social, économique et *Politique* dans lequel gravite cet individu. Ces éléments sont importants du fait des intérêts différents qui animent l'employeur et le travailleur; le premier est davantage préoccupé de la rentabilité de son entreprise alors que le second tend à pourvoir à ses besoins. Conséquemment, la prévention des maladies professionnelles n'est généralement pas la première préoccupation des principaux décideurs du milieu en matière de prévention des maladies professionnelles.

Toutefois, les faits montrent que lorsque ces derniers décident d'entreprendre les modifications du milieu de travail, les changements peuvent être durables à plus long terme et «les solutions apportées ont plus de chance d'être adaptées aux besoins du milieu et donc d'être plus satisfaisantes»²⁹³. La prise en charge par le milieu prônée par la *Politique* et adoptée par le législateur s'avère donc une formule qui peut être qualifiée de gagnante en matière de prévention, même si l'application qui en découle est complexe et demande beaucoup d'investissements de la part des intervenants²⁹⁴.

Quant au contenu du programme de santé, nous avons montré qu'il est sensiblement conforme aux prescriptions de la *Loi*²⁹⁵ à l'exception des examens pré-embauche et de l'activité de réaffectation, cette dernière n'étant que partiellement mise en oeuvre.

²⁹³ M. JUTRAS m.d., *Les orientations de la santé au travail*, Direction de santé publique et Centre locale de santé communautaires. Abitibi-Témiscamingue, 1988, p. 2.

²⁹⁴ Voir M. SIMARD et al., *Processus organisationnels et psycho-sociaux favorisant la participation des travailleurs en santé et en sécurité du travail*, Montréal, IRSST, 1999, p. 20.

²⁹⁵ Voir *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, art. 113.

En effet, le Réseau de la santé n'intervient qu'à la demande du milieu de travail afin d'évaluer la situation et de proposer des solutions adaptées.

À notre avis, l'évolution du programme de santé se situe plutôt dans son application. Nous avons constaté que cette évolution a subi l'influence de sources différentes qui ont eu comme conséquences de modifier l'application de certains volets. Nous avons particulièrement identifié parmi ces sources d'influence l'avancement des connaissances en matière de santé au travail et les ressources budgétaires disponibles pour l'application du programme.

L'évolution dans l'état des connaissances a entraîné des changements de pratique, spécialement en ce qui concerne les volets de premiers soins et d'information. Le volet premier soins s'est orienté vers une approche plus large que celle définie par la *Loi*. Cette évolution s'inscrit dans la philosophie prônée par la *Politique* qui propose de répondre aux besoins des milieux de travail par une mise à leur disposition des moyens leur permettant de développer eux-mêmes les solutions²⁹⁶.

Le volet information s'est particulièrement orienté vers le transfert de connaissances visant la prise en charge par le milieu et ce, non seulement lors de séances d'information mais également à l'intérieur de l'ensemble des activités du programme de santé. En plus de se conformer aux prescriptions de l'article 113 de la *Loi* en offrant au milieu de travail l'information sur la nature des risques présents et des moyens de prévention s'y rattachant, le volet information intègre maintenant les effets des risques sur la santé et le support à l'entreprise dans ses démarches de prévention, de contrôle ou d'élimination à la source des dangers identifiés par les intervenants de la santé et retenus comme prioritaire par le comité de santé et de

²⁹⁶ Voir *Politique*, *supra*, note 1, p. VII.

sécurité. Ce volet du programme de santé est aujourd'hui reconnu comme le principal outil des intervenants en santé. Il vise le transfert de connaissances afin que le milieu se prenne en main et maintienne les acquis en matière de prévention par l'adoption de comportements préventifs.

Les volets surveillance environnementale et surveillance médicale ont, eux aussi, bénéficié de l'avancement des connaissances. Par contre, ils ont grandement subi l'influence de l'insuffisance des ressources financières dans la réalisation de leurs activités. Ainsi, les responsables de la surveillance environnementale ont dû revoir leurs façons de faire. Ceci s'est traduit par une diminution des activités en regard des coûts d'analyses de laboratoire et de ceux rattachés à l'incontournable renouvellement du parc d'instruments nécessaires à la surveillance environnementale.

L'activité de surveillance médicale a, elle aussi, été affectée dans ses façons de faire par une rationalisation des dépistages ou par un report de test de dépistage à une date ultérieure et ce, toujours en raison de l'augmentation des coûts de la plupart des examens. Parfois même, les conséquences ont été jusqu'à conduire à l'annulation des activités de dépistage.

Enfin, notre étude nous a permis de constater que l'organisation préconisée par la *Politique* crée un phénomène particulier quant à la complexité des rapports entre la Commission et le Réseau de la santé, voire même entre les organismes du Réseau. Ainsi, les contrôles mis en place par la Commission, tels que les modalités de reddition de compte entre deux organismes indépendants du Réseau, rendent les rapports difficiles et entraînent une certaine rivalité au sein de deux organismes

devant actualiser, en complémentarité, un mandat qui leur est dévolu par la *Loi*²⁹⁷. De plus, ces mêmes organismes sont tributaires des budgets alloués par la Commission, ce qui entraîne une reddition de compte à un troisième organisme. Cette structure bureaucratique rend complexes les rapports et ralentit l'intervention du Réseau en raison également de l'incontournable remise en question de la dispensation des services de prévention par le Réseau public de santé. Ces rapports, qu'on peut qualifier de confrontation interminable, ont contribué aux difficultés de mise en application du programme de santé; ils se reflètent, par moment, dans les relations entre les intervenants des deux organisations du Réseau étant donné qu'ils ne sont pas le seul fait des décideurs. Toutefois, les relations semblent moins tendues depuis quelques années suite à la mise en place du *Cadre général de fonctionnement en matière de services de santé au travail* et à la présentation de la planification et des bilans d'activités du Réseau auprès d'un sous comité du Conseil d'administration de la Commission.

En outre, ces éléments ont permis de faire connaître le mandat dévolu au Réseau de la santé et les activités réalisées par ce dernier. Il n'en reste pas moins que la remise en question quasi-continue de la Commission reste toujours présente et qu'elle entraîne des conséquences sur les services dispensés. La gestion des coûts semble être au coeur de cette situation qui participe du fait que la Commission doit accepter que les services de santé au travail soient assurés par un organisme externe²⁹⁸ sur lequel elle a peu de contrôle. À notre avis, le rapatriement des services de santé au sein de la Commission, comme elle l'a souvent souhaité, n'est pas une solution au problème de coûts des services et encore moins un progrès assuré pour les

²⁹⁷ Voir *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, *supra*, note 6, chapitre VIII.

²⁹⁸ Voir G.LÉVESQUE, *supra*, note 8, p. 7.

travailleurs ou les employeurs. Certaines raisons justifient la dispensation des services par une autre organisation que celle de la Commission:

En plus d'exploiter au maximum les ressources disponibles du réseau public de santé, ces dispositions visaient essentiellement à assurer l'indépendance professionnelle des services de santé au travail[...]en plus d'assurer la compétence professionnelle de ces ressources et la confidentialité des dossiers médicaux.²⁹⁹

Toutefois, cette continuelle remise en question des services dispensés par le Réseau a entraîné des conséquences sur la quantité des services offerts par ce dernier. Qu'il suffise de mentionner l'impact de la période de moratoire et ses conséquences sur l'exode des ressources professionnelles ou encore la non indexation des budgets qui se solde par des réorganisations à répétition des mêmes services de santé au travail axées sur une rationalisation des services auxquels viennent s'ajouter constamment de nouvelles fonctions et ce, depuis 1992. Ces perpétuels changements ont nécessité beaucoup d'énergie de la part des intervenants du Réseau de la santé afin de justifier leur raison d'être en plus d'exiger une grande capacité d'adaptation pour continuer, malgré les changements, à dispenser les services de santé aux établissements.

En somme, nous ne pouvons que constater que la réforme est toujours dans un état embryonnaire, du moins en ce qui concerne l'application du programme de santé au travail. L'État s'était engagé à mettre à la disposition des employeurs et des travailleurs les outils et les moyens nécessaires pour leur permettre de trouver eux-mêmes les solutions à leurs problèmes de santé et ce, dans le plus grand nombre

²⁹⁹ M. VÉZINA, *supra*, note 10, p. 84.

d'établissements possible³⁰⁰. Or, telle n'est pas la situation vingt ans après l'implantation du programme de santé spécifique à l'établissement.

Force nous est de constater que seulement trois des six groupes déterminés par la Commission reçoivent des services de santé au travail. Qui plus est, les établissements recevant ces services les reçoivent de façon parcellaire en raison d'un mode de rationalisation des services lié à un manque de ressources allouées par la Commission au Réseau de la santé pour la réalisation de son mandat.

La réforme de 1978 se voulait avant-gardiste par la primauté qu'elle accordait à la prévention primaire, c'est-à-dire à la réduction à la source des dangers à la santé et à la prise en charge de la prévention par le milieu de travail lui-même. La réforme prévoyait la fourniture des moyens visant à supporter les employeurs et les travailleurs dans leur démarche de prévention, notamment par l'implantation d'un programme de santé³⁰¹. Cependant, nous devons qualifier cette réforme d'idéaliste dans la mesure où elle prétendait étendre ce régime de protection à l'ensemble des travailleurs du Québec. Nous sommes portés à croire que cette vision de la *Politique* n'avait pas été évaluée à sa juste valeur, du moins en ce qui concerne l'ampleur des coûts s'y rattachant. La mise en place de chacun des éléments de la réforme a engendré des coûts non seulement reliés au programme de santé, dont l'ampleur et la complexité étaient alors méconnues, mais également pour l'employeur en ce qui concerne la réduction à la source des risques et l'augmentation des frais d'indemnisation. De plus, l'élargissement à d'autres groupes aurait nécessité un investissement d'argent important. Bref, il est possible aujourd'hui de se questionner

³⁰⁰ Voir *Politique*, *supra*, note 1, p. VII.

³⁰¹ Voir M. VÉZINA, *supra*, note p. 81.

sur l'impact des moyens dont dispose la société québécoise en regard de la volonté politique de réaliser les objectifs visés par cette réforme.

Dans le cadre de cet essai, nous ne prétendons pas avoir même traité de ces questions. Tout au plus, avons-nous tenté de contribuer par l'identification et la description des éléments qui nous semblent pertinents à une telle discussion. En somme, nous avons présenté les moyens mis en place pour répondre aux objectifs de la *Politique* ainsi que les activités retenues en vue de répondre aux prescriptions de l'article 113 de la *Loi*. Nous reconnaissons les limites inhérentes à ce texte et nous considérons que plusieurs éléments identifiés doivent être approfondis, tels que le rôle du médecin responsable dans le cadre des responsabilités assumées par les intervenants en santé, le sens et la portée du rôle du Directeur de santé publique en regard du programme de santé spécifique à l'établissement ainsi que l'étude du programme d'intervention intégrée en fonction des objectifs de la *Politique*. Nous tenons à souligner que l'ensemble des éléments du chapitre VIII de la *Loi*³⁰² mériterait d'être mieux connu que dans l'état actuel des choses.

*«La prévention en santé et en sécurité du travail
au Québec: une réforme avant-gardiste
inachevée ou inachevable?»*

Dr Michel Vézina, octobre 1989

³⁰² *Loi sur la santé et la sécurité du travail, supra, note 6, art. 107 à 136.*

ANNEXE I

Responsabilités et pouvoirs du médecin responsable

Loi sur la santé et la sécurité du travail: articles 112,123,124,125 et 126

75. Le médecin responsable des services de santé de l'établissement peut participer, sans droit de vote, aux réunions du comité.

112. Le médecin responsable des services de santé d'un établissement doit élaborer un programme de santé spécifique à cet établissement. Ce programme est soumis au comité de santé et de sécurité pour approbation.

122. Le médecin responsable des services de santé d'un établissement procède en collaboration avec le directeur de la santé publique, à l'évaluation des ressources professionnelles, techniques et financières requises pour les fins de la mise en application du programme de santé spécifique à l'établissement.

124. Tout en respectant le caractère confidentiel du dossier médical et des procédés industriels, le médecin responsable doit signaler à la Commission, à l'employeur, aux travailleurs, à l'association accréditée, au comité de santé et de sécurité et au directeur de la santé publique toute déficience dans les conditions de santé, de sécurité ou de salubrité susceptible de nécessiter une mesure de prévention. Il doit leur transmettre, sur demande, un rapport de ses activités.

125. Le médecin responsable informe le travailleur de toute situation l'exposant à un danger pour sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique ainsi que de toute altération à sa santé.

126. Le médecin responsable ou la personne qu'il désigne a accès à toute heure raisonnable du jour ou de la nuit à un lieu de travail et il peut se faire accompagner d'un expert.

Il a de plus accès à toutes les informations nécessaires à la réalisation de ses fonctions notamment aux registres visés dans l'article 52. Il peut utiliser un appareil de mesure sur un lieu de travail.

ANNEXE II

Fonctions du comité de santé et de sécurité
Loi de la santé et sécurité du travail: article 78

78. Les fonctions du comité de santé et de sécurité sont:

1° de choisir conformément à l'article 118 le médecin responsable des services de santé dans l'établissement;

2° d'approuver le programme de santé élaboré par le médecin responsable en vertu de l'article 112;

3° d'établir, au sein du programme de prévention, les programmes de formation et d'information en matière de santé et de sécurité du travail;

4° de choisir les moyens et équipements de protection individuels qui, tout en étant conformes aux règlements, sont les mieux adaptés aux besoins des travailleurs de l'établissement;

5° de prendre connaissance des autres éléments du programme de prévention et de faire des recommandations à l'employeur;

6° de participer à l'identification et à l'évaluation des risques reliés aux postes de travail et au travail exécuté par les travailleurs de même qu'à l'identification des contaminants et des matières dangereuses présents dans les postes de travail aux fins de l'article 52;

7° de tenir des registres des accidents de travail, des maladies professionnelles et des événements qui auraient pu en causer;

8° de transmettre à la Commission les informations que celle-ci requiert et un rapport annuel d'activités conformément aux règlements;

9° de recevoir copie des avis d'accidents et d'enquêter sur les événements qui ont causé ou qui auraient été susceptibles de causer un accident du travail ou une maladie professionnelle et soumettre les recommandations appropriées à l'employeur et à la Commission;

10° de recevoir copie des avis d'accidents et d'enquêter sur les événements qui ont causé ou qui auraient été susceptibles de causer un accident du travail ou une maladie professionnelle et soumettre les recommandations appropriées à l'employeur et à la Commission;

11° de recevoir et d'étudier les rapports d'inspections effectuées dans l'établissement;

12° de recevoir et d'étudier les informations statistiques produites par le médecin responsable, la régie régionale et la Commission;

13° d'accomplir toute autre tâche que l'employeur et les travailleurs ou leur association accréditée lui confient en vertu d'une convention.

ANNEXE III

Programme de santé spécifique à un établissement
Loi sur la santé et la sécurité du travail: article 113

113. Le programme de santé spécifique à un établissement doit notamment prévoir, compte tenu des programmes de santé visés dans l'article 107 applicables à l'établissement et du contrat intervenu en vertu de l'article 109, les éléments suivants:

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

2° les activités d'information du travailleur, de l'employeur ainsi que, le cas échéant, du comité de santé et de sécurité et de l'association accréditée sur la nature des risques du milieu de travail et des moyens préventifs qui s'imposent;

3° les mesures visant à identifier et à évaluer les caractéristiques de santé nécessaires à l'exécution d'un travail;

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

5° les mesures de surveillance médicale du travailleur en vue de la prévention et du dépistage précoce de toute atteinte à la santé pouvant être provoquée ou aggravée par le travail;

6° les examens de santé de pré-embauche et les examens de santé en cours d'emploi prévus par règlement;

7° le maintien d'un service adéquat de premiers soins pour répondre aux urgences;

8° l'établissement et la mise à jour d'une liste des travailleurs exposés à un contaminant à partir des registres tenus par l'employeur.

ANNEXE IV

Programme de prévention

Loi sur la santé et la sécurité du travail: articles 58 et 59

58. L'employeur dont un établissement appartient à une catégorie identifiée à cette fin par règlement doit faire en sorte qu'un programme de prévention propre à cet établissement soit mis en application, compte tenu des responsabilités du comité de santé et de sécurité, s'il y en a un.

59. Un programme de prévention a pour objectif d'éliminer à la source même les dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs.

Il doit notamment contenir, en outre du programme de santé visé dans l'article 113 et de tout éléments prescrit par règlement:

1° des programmes d'adaptation de l'établissement aux normes prescrites par les règlements concernant l'aménagement des lieux de travail, l'organisation du travail, l'équipement, le matériel, les contaminants, les matières dangereuses, les procédés et les moyens et équipements de protection collectifs;

2° des mesures de surveillance de la qualité du milieu de travail et des mesures d'entretien préventif;

4° les modalités de mise en oeuvre des autres règles relatives à la santé et à la sécurité du travail dans l'établissement qui doivent inclure au minimum le contenu des règlements applicables à l'établissement;

5° l'identification des moyens et équipements de protection individuels qui, tout en étant conformes aux règlements, sont les mieux adaptés pour répondre aux besoins des travailleurs de l'établissement;

6° des programmes de formation et d'information en matière de santé et de sécurité du travail.

Les éléments visés dans les paragraphes 5° et 6° du deuxième alinéa sont déterminés par le comité de santé et de sécurité, s'il y en a un, conformément aux paragraphes 3° et 4° de l'article 78.

ANNEXE V

**Les volets du programme de santé spécifique à un établissement
et**

l'article 113

| Volets | Article 113 |
|-------------------------------------|---|
| Surveillance environnemental | <p>1° les mesures visant à identifier les risques pour la santé auxquels s'expose le travailleur dans l'exécution de son travail et à assurer la surveillance et l'évaluation de la qualité du milieu de travail.</p> <p>8° l'établissement et la mise à jour d'une liste des travailleurs exposés à un contaminant à partir des registres tenus par l'employeur</p> |
| Surveillance médicale | <p>3° les mesures visant à identifier et à évaluer les caractéristiques de santé nécessaires à l'exécution d'un travail;</p> <p>4° les mesures visant à identifier les caractéristiques de chaque travailleur de l'établissement afin de faciliter son affectation à des tâches qui correspondent à ses aptitudes et de prévenir toute atteinte à sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique;</p> <p>5° les mesures de surveillance médicale du travailleur en vue de la prévention et du dépistage précoce de toute atteinte à la santé pouvant être provoquée ou aggravée par le travail;</p> <p>6° les examens de santé de pré-embauche et les examens de santé en cours d'emploi prévus par règlement;</p> |
| Information | <p>1° les mesures visant à identifier les risques pour la santé auxquels s'expose le travailleur dans l'exécution de son travail et à assurer la surveillance et l'évaluation de la qualité du milieu de travail;</p> |
| Premiers soins | <p>7° le maintien d'un service adéquat de premiers soins pour répondre aux urgences;</p> |

ANNEXE VI

M.O.I.T.E

Méthode de travail: Généralement, on entend par méthode de travail un ensemble de techniques optimales, ordonnées selon les règles et mises en oeuvre consciemment pour atteindre un but. En Santé au travail, nous référons plus spécifiquement au processus et procédés de travail, façons de faire ou différentes étapes pour accomplir une tâche, permettant d'arriver à un résultat.

Organisation du travail: Généralement, on entend par organisation du travail l'ensemble des activités structurées dans le milieu de travail. En Santé au travail, nous nous référons aux horaires, durée des quarts de travail, nombre de personnes affectées à une tâche, cadence, rémunération, rotation, supervision du travail, disponibilité et accessibilité des équipements, accessibilité à la formation, existence de politiques ou procédures et leur application.

Individu: C'est l'être biopsychosocial (travailleur et employeur) en interaction avec l'environnement du travail. Il réagit à cet environnement avec ses capacités physiques et psychiques se traduisant par des comportements qui peuvent le placer en situation de dangerosité pour la santé.

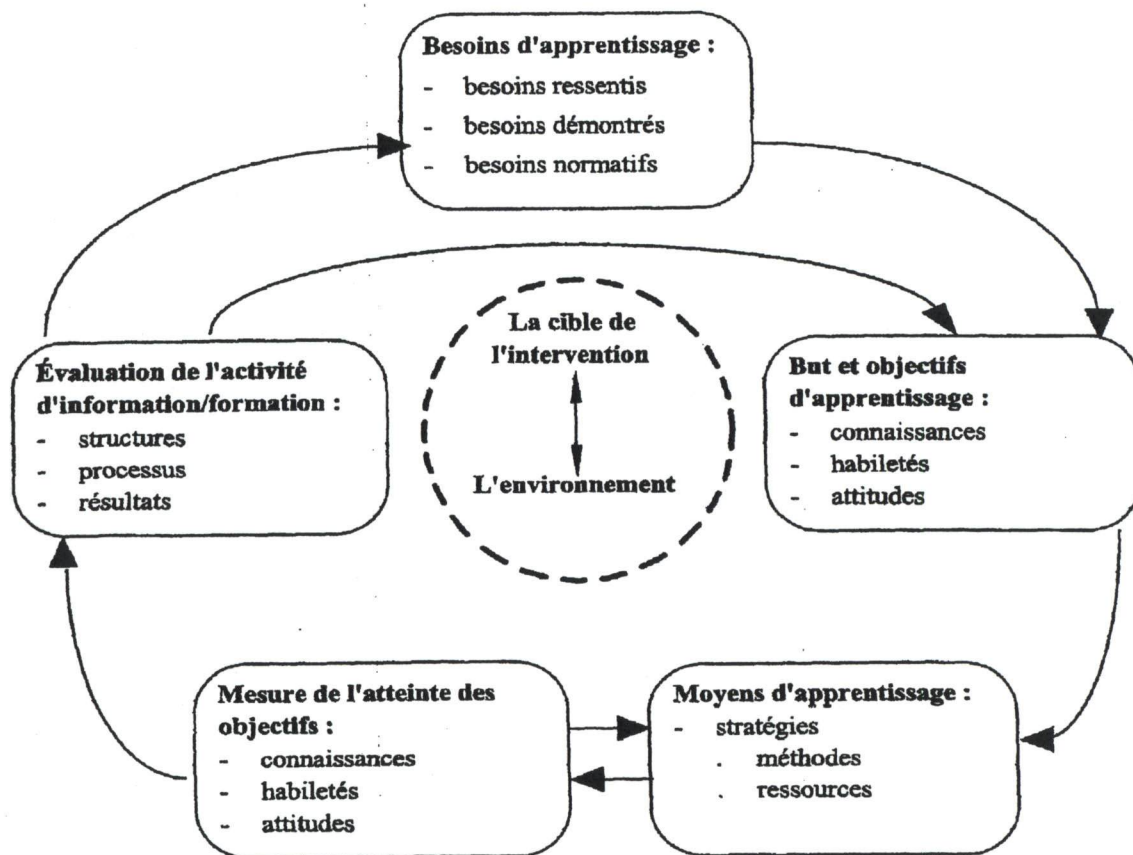
Tâche: Par tâche, on entend le travail à exécuter dans un temps donné et sous certaines conditions. Par exemple, serrer un boulon est la tâche à exécuter, comment le travailleur va serrer le boulon, c'est la méthode de travail. Il est difficile d'agir sur la tâche. Parfois certaines tâches inutiles peuvent être éliminées, en ergonomie par exemple.

Environnement: Par environnement, on entend tout ce qui est extérieur à l'individu et qui l'entoure, notamment les environnements physique, social, économique, politique, de même que le contexte d'apprentissage des comportements de santé. En Santé au travail, l'environnement physique réfère aux contaminants et contraintes générés par le travail et qui peuvent être agressants. Ils sont classés en risques physiques, chimiques, biologiques, à la sécurité et psychosociaux.»

Tiré de: COMITÉ DES STRATÉGIES, *Résumé des travaux du comité des stratégies*, Hull, Programme de santé au travail, août 2001, Annexe V, p. 1.

ANNEXE VII

Le cycle des apprentissages en santé au travail

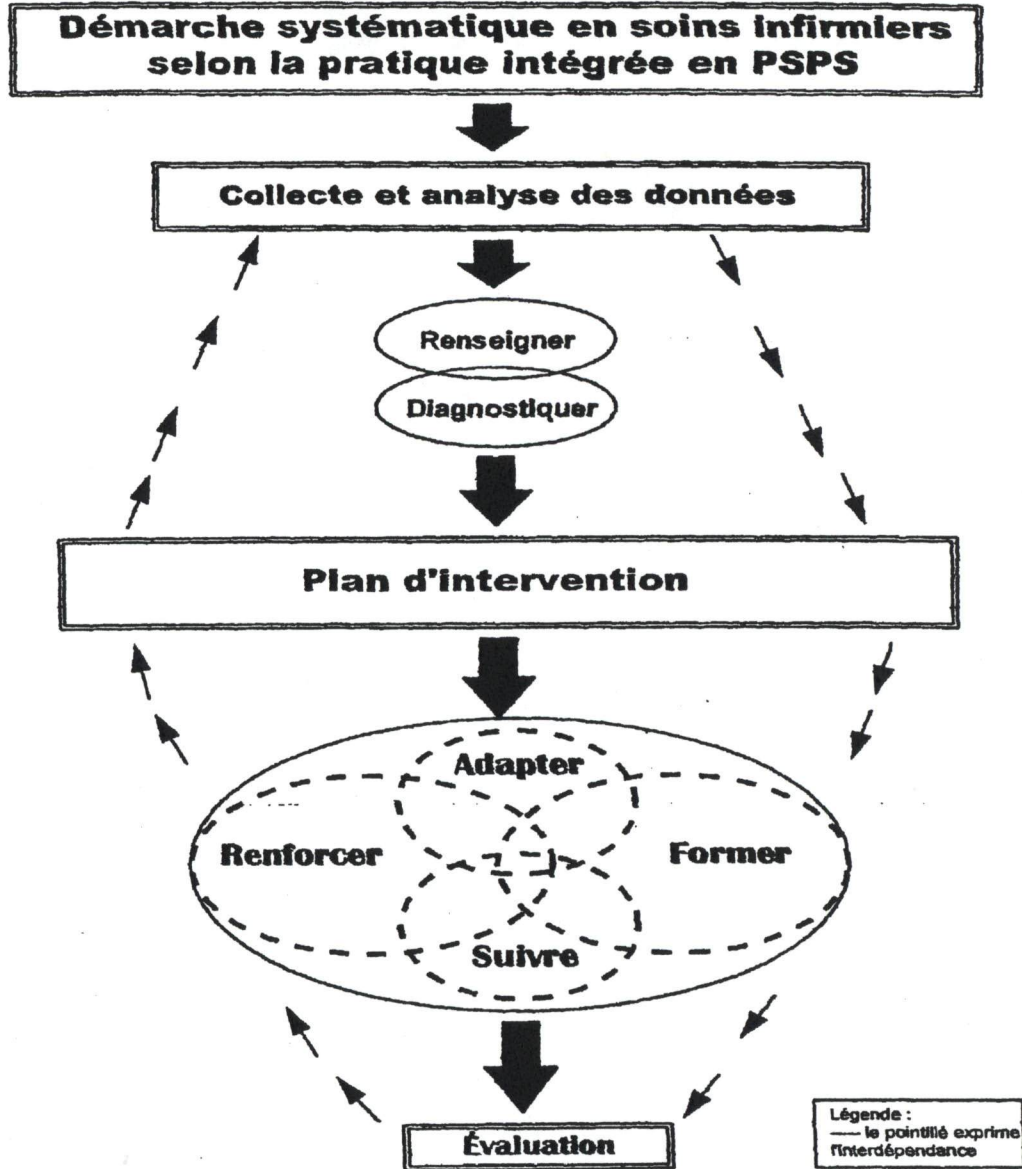


Inspiré de : JEAN, P., DES MARCHAIS, P.J., DELORME, P. (1993). Apprendre à enseigner les sciences de la santé. Faculté de médecine des universités de Montréal et Sherbrooke.

Tiré du: COMITÉ PROVINCIAL DES SOINS INFIRMIERS EN SANTÉ AU TRAVAIL, *Le cycle des apprentissages en santé au travail, cadre de référence en information et formation en santé au travail*, Août 1998, p.8.

ANNEXE VIII

Premiers- secours et premiers-soins



Adapté de Fontaine et coll. (1998)

Tiré de: COMITÉ PROVINCIALE DES SOINS INFIRMIERS EN SANTÉ AU TRAVAIL,
Premiers secours et premiers soins: état de situation et recommandations, juillet 1998, p. 16.



BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

LÉGISLATION:

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

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

Loi sur les services de santé et services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2.

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

Règlement sur le programme de prévention, R.R.Q., c. S-2.1, r.13.1.

Règlement sur les examens de santé pulmonaire des travailleurs des mines, R.R.Q., c. S-2.1, r.10.01.

Règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins, R.R.Q., c. A-3, r.8.2.

DOCTRINE:

Monographies:

BOUCHER, L.G. et D. BROCHU, *Droit du travail*, Montréal, Wilson & Lafleur, 1990.

BRADET, D. et al., *Droit de la santé et de la sécurité du travail: la loi et la jurisprudence commentées*, 2^e ed., Cowansville, Yvon Blais, 1992.

CLICHE, B., S. LAFONTAINE et R. 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*, Cowansville, Yvon Blais, 1993.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL. *Le programme de santé spécifique à un établissement, un guide d'élaboration et de mise en application*, Bibliothèque nationale du Québec, 1983.

PINEAULT, R., *Éléments et étapes d'élaboration d'un programme de santé communautaire*, t.105, Union médicale du Canada, 1976.

PINEAULT R. et C. DAVELUY, *La planification de la santé, concepts, méthode, stratégies*, 5^e impression, Montréal, Les éditions agence d'Arc, 1990.

MINISTÈRE D'ÉTAT AU DÉVELOPPEMENT SOCIAL, *Santé et sécurité au travail: politique québécoise de la santé et sécurité du travail*, Éditeur officiel du Québec, 1978.

ROY, M., L. FORTIER et A.M. ROBERT, *Études sur les facteurs d'adoption des mesures préventives, les cas de la silicose associée au sablage au jet d'abrasifs*, Montréal, IRSST, 1994.

SIMARD M. et al., *Processus organisationnels et psycho-sociaux favorisant la participation des travailleurs en santé et en sécurité du travail*, Montréal, IRSST, 1999.

VILLAGI, J.P., *La protection des travailleurs: l'obligation générale de l'employeur*, Cowansville, Yvon Blais, 1996.

Articles:

BERTHELETTE, D. et R. PINEAULT, «Analyse d'implantation du programme de santé au travail. résultats d'une recherche évaluative» (1992) 8:4 *Travail et santé*. p. S-23.

CENTRE PATRONAL DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC, «Au(x)secours» (1995) 11:6 *Convergence*, p. 4.

LA MOTHE, B., «Les ASP - Un coup d'oeil derrière et devant» (1997) 10:3 *Prévention au travail*, p. 46.

LA MOTHE, B., «Tous partenaires en prévention. Qui sont-ils où sont-ils que font-ils» (1997) 10:3 *Prévention au travail*, p. 7.

LÉVESQUE G. et D. BERTHELETTE, «Les effets du programme québécois de santé au travail sur l'élimination des sources de danger» (1998) 14:1 *Travail et santé*, p. S-6.

THIVIERGE, C., «Les programmes d'intervention intégrés de la CSST. Une stratégie globale qui tire dans le mille de la prévention» (2001) 14: 4 *Prévention au travail*, p. 6.

VÉZINA, M., «La prévention en santé et en sécurité du travail au Québec: une réforme avant-gardiste inachevée ou inachevable?» (mai 1990), *Médecin du Québec*, p. 81.

Autres documents:

BERTHELETTE, D., *Évaluation des résultats et de l'implantation du programme de santé au travail*, Thèse présentée à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (Ph.D.) en santé communautaire, Département de médecine sociale et préventive, Université de Montréal, 1990 [non publiée].

BOUCHER, J., *Clarification des rôles en santé-sécurité au travail*, Projet d'intervention présenté en vue de l'obtention de la maîtrise en administration publique, École nationale d'administration publique, Montréal, 1986 [non publié].

CARON, D., *Plan régionale d'organisation des services en santé au travail Région Mauricie-Bois Francs*, Projet d'intervention en vue de l'obtention de la maîtrise en administration publique», École nationale d'administration publique, Montréal, 1995 [non publié].

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX et leur RÉSEAU RESPECTIF, *Cadre général de fonctionnement en matière de services de santé au travail*, Montréal, CSST, 1995 [non publié].

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Cadre général de fonctionnement en matière de services de santé au travail entre la CSST et le MSSS et leur réseau respectif : résumé*, Montréal, VPRCP, novembre 2001 [non publié].

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Contrat spécifique relatif aux programmes de santé au travail dispensé en vertu de la Loi sur la santé et la sécurité du travail*, 1993 [non publié].

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Historique du programme des services de santé au travail*, VPRCP, novembre 2001 [non publié].

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, *Le régime québécois de santé et de sécurité du travail, de 1885 à nos jours*, octobre 2001, en ligne: http://www.csst.qc.ca/fr/12_la_csst/121_presentation/1213_historique/historique_details.php (dernière modification 26 octobre 2001).

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, *Programme de prévention, santé au travail: Bilan 2000 et planification 2001 des services aux clientèles*. Montréal, VPRCP, février 2001 [non publié].

COMITÉ DES STRATÉGIES, *Résumé des travaux du comité des stratégies*, Hull, Programme de santé au travail, août 2001 [non publié].

COMITÉ PROVINCIAL DES SOINS INFIRMIERS EN SANTÉ AU TRAVAIL, *Le cycle des apprentissages en santé au travail, cadre de référence en information et formation en santé au travail*, Août 1998 [non publié].

COMITÉ PROVINCIALE DES SOINS INFIRMIERS EN SANTÉ AU TRAVAIL, *Premiers secours et premiers soins: état de situation et recommandations*, juillet 1998 [non publié].

COMITÉ PROVINCIAL DES SOINS INFIRMIERS EN SANTÉ AU TRAVAIL, *Réflexion sur la pratique intégrée pour une organisation efficace des premiers secours et des premiers soins en milieu de travail*, mai 1998 [non publié].

CONFÉRENCE DES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, *Profil des médecins du Réseau public en santé au travail: rapport final du comité sur les effectifs médicaux en santé au travail*, Québec, Février 1996 [non publié].

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Contenu du document de Programme de santé spécifique à l'Établissement (PSSE) ou de mise-à-jour de PSSE*, Laval, Programme de santé au travail, RRSSS de Laval, 1994 [non publié].

DIRECTION RÉGIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Réflexion sur les Seuils d'intervention. D'abord une question de jugement*, RRSSS de l'Abitibi-Témiscamingue, janvier 1996 [non publié].

ÉQUIPE RÉGIONALE EN SANTÉ AU TRAVAIL, *Cadre de référence pour le cheminement des PSSE*, Trois-Rivières, RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2001 [non publié].

ÉQUIPE RÉGIONALE EN SANTÉ AU TRAVAIL, *Modèle du PSSE-Cadre*, Trois-Rivières, région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2001 [non publié].

FÉDÉRATION DES CLSC DU QUÉBEC, *Démarche d'implantation d'un programme de santé spécifique (selon chapitre 63) en santé-sécurité du travail*, 1983 [non publié].

JUTRAS, M, m.d., *Les orientations de la santé au travail*, Direction de santé publique et Centre locale de santé communautaires. Abitibi-Témiscamingue, 1988 [non publié].

LÉVESQUE, G., *Les effets du programme québécois de santé au travail sur l'élimination des sources de danger*, Mémoire présenté comme exigence partielle de la maîtrise en administration des affaires, profil recherche. Université du Québec à Montréal, 1997 [non publié].

PRICE WATHERHOUSE, *Rapport final de la vérification intégrée du programme de santé au travail de la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec*, décembre 1987 [non publié].