

**Mémoire présenté au Groupe de travail de la CSST
sur la révision de la LSST**

**ORGANISER LA PRÉVENTION
DE MANIÈRE SYSTÉMATIQUE,
DANS TOUS LES LIEUX DE TRAVAIL**

LA REDYNAMISER ET

**PRENDRE EN COMPTE LES CHANGEMENTS
DU TRAVAIL ET DE L'EMPLOI**

Geneviève Baril-Gingras, M.Sc., Ph.D., professeure agrégée, Département des relations industrielles, Université Laval genevieve.baril-gingras@rtl.ulaval.ca

Sylvie Montreuil, M.A., Ph.D., professeure titulaire, Département des relations industrielles, Université Laval

Pierre-Sébastien Fournier, Ph.D. Professeur agrégé, département de management, Université Laval

Anne-Marie Laflamme, LL.D., professeure adjointe, Faculté de droit, Université Laval

Fernande Lamonde, M.Sc., Ph.D., professeure titulaire, Département des relations industrielles, Université Laval

Renée Bourbonnais, M.Sc., Ph.D., professeure titulaire, Département de réadaptation, Université Laval

Romaine Malenfant, M. A., Ph.D., professeure agrégée, Département de Relations industrielles, Université du Québec en Outaouais

Karen Messing, Ph.D., Chercheure, Centre interdisciplinaire de recherche sur la biologie, la santé, la société et l'environnement, UQAM et présidente, comité technique Gender and Work, Association internationale d'ergonomie

Louis Trudel, erg, Ph.D., professeur titulaire, Département de Réadaptation, Faculté de médecine, Université Laval

Clermont Dionne, M.Sc., Ph.D., Professeur titulaire, Département de réadaptation, Université Laval

Elena Laroche, MBA, Ph.D., professeure, Unité d'enseignement et de recherche Travail, Économie et Gestion, TELUQ-UQAM

Marie Bellemare, Ph.D., professeure agrégée, Département des relations industrielles, Université Laval

Chantal Brisson, Ph.D., Professeure titulaire, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval

Février 2010

Sommaire exécutif

Ce mémoire est déposé au Groupe de travail créé par le conseil d'administration de la CSST, dont le mandat est de lui faire des recommandations concernant le régime québécois de santé et de sécurité du travail. Il traite de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST).

Les signataires du mémoire sont des chercheurs dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail, provenant de disciplines diverses (sciences de l'administration, relations industrielles, droit, ergonomie, psychologie, sociologie, réadaptation, épidémiologie, etc.). Ils et elles sont membres de différents groupes de recherche dont la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail de l'Université Laval (CGSST), le Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'organisation et la santé au travail (GIROST), l'Alliance de recherche université–communauté (ARUC) « Innovation, travail et emploi », le Centre de recherche interuniversitaire sur la mondialisation et le travail (CRIMT), l'Équipe de recherche sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail (RIPOST), le Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), le Centre d'étude et de recherche sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (CEREST) et le Centre interdisciplinaire de recherche sur la biologie, la santé, la société et l'environnement (CINBIOSE). Ces chercheurs ont une connaissance approfondie de la réalité des milieux de travail.

L'adoption de la LSST en 1979 a donné un élan considérable à la prévention. La recherche a démontré l'effet positif de chacun de ses quatre principaux mécanismes, soit le programme de prévention, le programme de santé, le comité de santé et de sécurité du travail et le représentant à la prévention. Cet élan n'a pas été maintenu. Or, la comparaison des législations en matière de prévention en SST dans 63 juridictions au Canada (provinciales et fédérale) et aux États-Unis (des États et fédérale) range la législation du Québec comme la moins contraignante, au 63^e rang sur 63.

De fait, les problèmes de SST au Québec sont aujourd'hui majeurs. En 2008, la CSST rapporte 92 décès par accident du travail, et 103 par maladie professionnelle. Au total, c'est donc deux fois plus que le nombre d'homicides au Québec pour la même période, soit 92. L'ampleur des problèmes de SST est masquée par la sous-déclaration des lésions professionnelles, démontrée et importante, et par le fait que depuis le début des années 90 les lésions qui font l'objet d'assignations temporaires n'apparaissent pas dans les statistiques de lésions professionnelles indemnisées. D'« anciens » risques sont toujours insuffisamment contrôlés et de nouveaux apparaissent constamment au fil des changements du travail. Les transformations des formes d'emploi font que de nombreuses personnes ne sont pas ou sont inadéquatement couvertes par la législation en matière de prévention en SST.

Trois objectifs constituent donc la toile de fond de ce mémoire :

- 1) Organiser la prévention de manière systématique, dans tous les lieux de travail, et étendre les obligations quant aux mécanismes de prévention à tous les secteurs et en couvrant mieux les petits établissements;
- 2) Redynamiser la prévention;
- 3) Prendre en compte les modifications de l'emploi et du travail, les « anciens » et les « nouveaux » risques, pour les femmes comme pour les hommes, de même que pour les populations à risque, du fait des caractéristiques de leur travail ou de leur statut d'emploi.

Chaque objectif est concrétisé par des recommandations, reprises à la suite de ce sommaire. Elles correspondent toutes à des mesures déjà implantées dans d'autres juridictions. Elles s'appuient sur un examen rigoureux de travaux scientifiques qui ont été conduits au Québec, au Canada et dans les pays industrialisés. Ces travaux cernent les leviers et les obstacles à l'organisation et à l'efficacité de la prévention, en tenant compte des changements du marché du travail et de l'emploi, tels que ceux survenus au Québec depuis 1979. Certaines des recommandations concernent directement le contenu de la LSST. D'autres visent l'application même de la Loi, c'est-à-dire les moyens à mettre en œuvre pour qu'elle génère les résultats escomptés quant à la protection de la santé et de la sécurité du travail.

1) Organiser la prévention de manière systématique, dans tous les lieux de travail, et étendre les obligations quant aux mécanismes de prévention à tous les secteurs et en couvrant mieux les petits établissements

Une faible minorité de travailleurs font partie des groupes I, II et III, couverts par tous (groupes I et II) ou une partie (groupe III) des quatre mécanismes, soit 26,1% des travailleurs en 2000, dernière année pour laquelle ces données sont disponibles. Or, en 2008, 57,3% des lésions professionnelles acceptées par la CSST survenaient hors des groupes I, II et III. Les emplois occupés par les femmes se trouvent en majorité hors des secteurs couverts. Les changements dans la structure industrielle augmentent la proportion des travailleurs exclus de ces mécanismes. Des résultats d'enquête indiquent que des secteurs non désignés prioritaires vivent des problèmes importants, rendant inacceptable l'inégalité des efforts de prévention exigés par la LSST.

Des travaux scientifiques ont montré l'efficacité de mesures telles que le programme de prévention (PP), le programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), le comité de santé et de sécurité (CSS) et le représentant à la prévention (RP). Les limites à l'efficacité de telles mesures ne sont pas liées à des fondements erronés, mais bien à la manière dont elles sont implantées et aux conditions dans lesquelles elles le sont.

Les quatre mécanismes (PP, PSSE, CSS, RP) prévus par la LSST doivent donc s'appliquer dans tous les secteurs d'activité. Il est en effet démontré que la détermination à agir de la part des employeurs est nettement influencée par l'existence d'obligations légales claires. Des employeurs font volontairement des efforts substantiels en prévention, cherchant même à aller au-delà des exigences légales. Cependant, les mesures volontaires ne suffisent pas à assurer un niveau adéquat d'organisation en prévention dans tous les milieux de travail.

La recherche a établi que la représentation des travailleurs en matière de SST a des effets positifs sur la réduction des lésions professionnelles comparativement à la situation où l'employeur s'occupe seul de la SST. Avec la législation fédérale, 8 juridictions canadiennes sur 11 font de la création de comités SST une obligation, dans tous les secteurs de l'activité économique. Au Québec, cela ne devient une obligation que lorsque demandé par l'association accréditée le cas échéant, sinon les travailleurs, et cela dans les groupes I et II seulement. En dehors des milieux syndiqués, il est très peu probable que

les travailleurs prennent cette initiative. Or, la représentation et la participation des travailleurs sont la bougie d'allumage des diverses activités de prévention prévues à la Loi. Elles limitent les risques de « conformité de papier ». **Les comités de santé et de sécurité du travail doivent donc être obligatoires, et cela dans tous les lieux de travail de plus de 20 travailleurs.**

Il est reconnu que la fréquence des lésions professionnelles est plus élevée dans les petits établissements. Or actuellement, les établissements de 20 travailleurs et moins devant élaborer un PP n'ont pas l'obligation de le faire parvenir à la CSST. Même dans les groupes I et II, bien des travailleurs ne sont pas couverts par les possibilités de représentation en matière de SST offertes par la LSST puisqu'ils œuvrent dans des établissements de 20 travailleurs et moins. De fait, en 2007, seulement 9,9% des établissements comptaient 21 travailleurs et plus. Les dispositions visant la prévention dans les petits établissements doivent être renforcées. L'une des initiatives reconnues comme les plus efficaces à cet égard est celle des représentants régionaux en SST en Suède. **Un projet pilote doit être mis sur pied sur cette formule de représentants itinérants des travailleurs à la prévention, pour les établissements de 20 travailleurs et moins.**

Les recommandations contenues dans cette première partie du mémoire constituent, selon ses signataires, des mesures minimales incontournables.

2. La prévention doit être redynamisée

Des mesures obligatoires de formation, de même qu'un contrôle accru et un soutien étendu sont nécessaires pour redynamiser la prévention. En effet, la LSST établit le droit de l'employeur à des services de formation (article 50), mais elle ne crée pas d'obligation quant à la présence d'une personne disposant d'une formation de base en prévention, du côté de l'employeur. L'identification adéquate des risques et des mesures de prévention ne peut se faire par des personnes externes à l'entreprise agissant seules. Cela exige de la part de l'employeur une formation de base, pour au moins un de ses représentants. Le manque de formation des membres des CSS est aussi un obstacle important. À l'image d'autres législations, la LSST doit prévoir des obligations de

formation, dans le but d'assurer la qualité de l'identification des risques et des mesures de prévention retenues.

Toute modification au régime pour améliorer la protection des travailleurs doit être accompagnée d'un financement et de ressources professionnelles adéquats dans les institutions créées par ce régime. Quant à l'inspection, il est démontré que son action a un effet à la baisse sur les lésions professionnelles; l'approche la plus efficace combine le contrôle de conformité et l'assistance. Celle utilisée par les inspecteurs doit donc permettre ce contrôle effectif. Or, malgré une augmentation majeure du nombre de travailleurs (+62%) et d'établissements (+56%) couverts par le régime depuis 1982, le nombre de dossiers d'intervention en prévention/inspection a diminué de 20%. **Le nombre d'inspecteurs doit donc être augmenté.**

En l'absence d'assistance, la plupart des entreprises connaissent des difficultés dans l'évaluation systématique des risques. Des études démontrent l'efficacité du programme de santé élaboré par les équipes de santé au travail du réseau public. Quant aux associations sectorielles paritaires, diverses recherches ont bien montré la contribution majeure qu'elles apportent au développement de la prise en charge dans leur(s) secteur(s) respectif(s). **La CSST doit faire des démarches soutenues en vue de la création d'associations sectorielles paritaires dans tous les secteurs d'activité économique non actuellement couverts. Le financement des ASP et des équipes de santé au travail doit leur permettre de couvrir adéquatement tous les établissements et, en particulier, de soutenir les petits établissements, dans le contexte de l'extension des mécanismes de prévention à tous les secteurs.**

L'utilisation d'incitatifs financiers via la cotisation à la CSST montre des limites importantes et des effets autres que ceux pour lesquels ils ont été retenus. Parmi ceux-ci, notons la sous-déclaration, l'utilisation d'autres régimes (assurance salaire) protégeant moins adéquatement les travailleurs, l'investissement de ressources importantes dans la contestation plutôt que dans la prévention, des pressions pour un retour au travail en fonction de la réduction des coûts plutôt que de la réadaptation du travailleur et le recours aux agences de travail temporaire. **Les incitatifs financiers liés à la cotisation doivent être réévalués pour éliminer leurs effets négatifs du point de vue de la prévention.**

La nécessité et la faisabilité de l'intégration de la prévention aux changements qui surviennent dans les milieux de travail sont de plus en plus reconnues. On sait que les changements technologiques ou architecturaux peuvent introduire de nouveaux risques. Les réductions de personnel et autres restructurations ont de profonds effets négatifs sur la SST, y compris en matière de santé psychologique. À l'instar d'autres législations, **la LSST doit inclure les moyens appropriés pour assurer une intégration réelle de la prévention dès la conception et lors de changements.** L'ergonomie propose des approches efficaces à cet égard. Le mandat des CSS et des RP doit être élargi à l'examen des projets de conception et des changements dans le milieu de travail, afin d'anticiper les effets sur la sécurité et la santé, physique comme psychologique.

3. Les changements du travail et de l'emploi doivent être pris en compte, de même que les « anciens » et les « nouveaux » risques, pour les femmes comme pour les hommes et pour les populations à risque

Depuis l'adoption de la LSST, la participation des jeunes au marché du travail a augmenté et ils sont plus fréquemment victimes de lésions professionnelles. Ils se retrouvent plus souvent dans les petites entreprises, tout comme les personnes immigrantes qui sont de plus en plus nombreuses à intégrer le marché de l'emploi et se retrouvent en grand nombre dans les secteurs et professions à risque. **La CSST doit donc accentuer ses initiatives visant à identifier les populations plus à risque, du fait des caractéristiques de leur travail ou de leur statut d'emploi, et qui sont inadéquatement couvertes par les efforts de prévention, tels que les femmes, les jeunes, les immigrants et les travailleurs précaires.**

Le taux d'activité des femmes a fortement augmenté depuis 1979 et elles se maintiennent en emploi durant toute leur vie reproductive. Les risques particuliers reliés aux tâches effectuées majoritairement par des femmes, de même que les effets du travail sur la santé des femmes, sont moins bien connus, parce que moins étudiés. Les campagnes de prévention portent généralement sur des risques pour la sécurité, plus visibles et aux effets plus immédiats. Les risques pour la santé, comme ceux qui génèrent des troubles musculo-squelettiques ou des problèmes de santé psychologique, sont moins ciblés. Une action plus conséquente à cet égard est nécessaire pour agir positivement sur la santé au travail des femmes. Par ailleurs, le grand nombre de retraits préventifs montre

l'importance des risques auxquels les femmes sont exposées. C'est pourquoi **le programme de prévention doit couvrir les risques pour la travailleuse enceinte et l'enfant à naître**, afin d'éviter que la grossesse soit synonyme de retrait du lieu de travail.

Depuis l'adoption de la LSST, des changements majeurs ont affecté les formes d'emploi tout comme le contenu du travail. Deux mots caractérisent ces changements : précarisation et intensification. Ils doivent être pris en compte pour assurer l'efficacité du régime de prévention.

Le recours croissant à l'emploi atypique fait en sorte que plus de personnes travaillent sans être couvertes par les législations à visée préventive, telles que la LSST, ou sans l'être adéquatement. Par ailleurs, l'extension du travail précaire est clairement associée à des effets négatifs sur la santé et la sécurité au travail. En 2003, à la demande du ministre du travail, le Rapport Bernier a formulé des recommandations visant une couverture adéquate des personnes en situation de travail non traditionnelle. Le mémoire reprend l'esprit de ces recommandations clairement formulées qui concernent la LSST. **La LSST doit ainsi assurer une meilleure protection aux travailleurs autonomes, aux travailleurs de sous-traitants et aux travailleurs d'agences de location de personnel.**

Finalement, on constate aujourd'hui le maintien d'« anciens » risques et le développement de « nouveaux ». Or, dans les deux cas, les problèmes de sécurité du travail sont plus spontanément reconnus et prévenus que ne le sont les risques à la santé. Deux problèmes de santé au travail ressortent particulièrement : les troubles musculo-squelettiques (TMS) et les problèmes de santé psychologique reliés au travail, tous deux associés, entre autres choses, à l'intensification du travail. La possibilité d'intervenir efficacement en prévention est démontrée dans les deux cas. Des outils d'identification des risques de TMS et psychosociaux ainsi que des outils d'intervention préventive existent et sont adaptés aux milieux de travail québécois. **Pour stimuler la prévention, un règlement cadre doit être adopté pour la prévention des TMS et celle des problèmes de santé psychologique au travail**, à l'instar d'autres juridictions en Europe comme au Canada.

Les changements recommandés dans ce mémoire contribueraient de manière significative à insuffler le nouvel élan nécessaire pour faire face aux défis importants en matière de santé et de sécurité du travail auxquels le Québec d'aujourd'hui est confronté. Ils permettraient au Québec de rattraper le retard majeur accumulé non seulement par rapport aux pays européens et à l'Australie, mais également à l'égard des autres juridictions canadiennes, provinciales ou fédérale.

Les signataires du mémoire demeurent à la disposition du Groupe de travail dans la poursuite de ses travaux.

Recommandations

On trouve à la droite de chaque recommandation la page à laquelle elle se trouve dans le mémoire.

1. Organiser la prévention de manière systématique : étendre les obligations quant aux mécanismes de prévention à tous les secteurs et mieux couvrir les petites entreprises

Recommandation #1	p.
Tous les mécanismes prévus par la LSST doivent s'appliquer dans tous les secteurs d'activité économique.	12

PROGRAMME DE PRÉVENTION	p.
Recommandation #2	14
L'obligation d'élaborer un programme de prévention doit s'appliquer à tous les secteurs d'activité économique.	
Recommandation #3	14
L'obligation de faire parvenir un programme de prévention à la CSST doit être étendue à tous les établissements, quelle que soit leur taille.	

QUALITÉ DU CONTENU ET DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME DE PRÉVENTION	p.
Recommandation #4	17
Le programme de prévention doit faire l'objet d'une campagne soutenue de la part des inspecteurs, où la qualité du contenu et de l'implantation sera vérifiée. Les indications données par la CSST et la vérification doivent établir clairement que :	
<ul style="list-style-type: none">• le programme de prévention doit s'appuyer sur une démarche d'identification systématique des risques pour la santé comme pour la sécurité,• dans le choix des mesures préventives, la priorité doit aller à l'élimination du risque à la source.	

PROGRAMME DE SANTÉ SPÉCIFIQUE À UN ÉTABLISSEMENT	p.
Recommandation #5	18
Les dispositions de la LSST concernant le programme de santé spécifique à un établissement doivent s'appliquer à tous les secteurs d'activité économique.	

COMITÉS DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL	p.
Recommandation #6 Les dispositions de la LSST concernant les comités de santé et de sécurité du travail (CSS) doivent s'appliquer à tous les secteurs d'activité économique.	21
Recommandation #7 Les dispositions qui concernent les comités de santé et de sécurité du travail (de même que celles qui concernent le représentant à la prévention) doivent être adoptées simultanément avec celles qui concernent le programme de prévention et le programme de santé.	21
Recommandation #8 Les comités de santé et de sécurité du travail doivent être rendus obligatoires (« doit » et non « peut », à l'article 68 LSST).	21
Recommandation #9 La participation d'un employeur à une mutuelle de prévention doit être associée à l'obligation non seulement d'implanter un programme de prévention, mais également de mettre en place un comité de santé et de sécurité du travail, en vertu de la LSST telle que modifiée.	21

REPRÉSENTANTS À LA PRÉVENTION	p.
Recommandation #10 Les dispositions de la LSST concernant les représentants à la prévention doivent s'appliquer à tous les secteurs d'activité économique.	23
Recommandation #11 La nomination d'un représentant à la prévention doit être rendue obligatoire (article 87 LSST).	23

REPRÉSENTANTS ITINÉRANTS DES TRAVAILLEURS À LA PRÉVENTION	
Recommandation #12 Les dispositions visant la prévention dans les petits établissements doivent être renforcées. À cet effet : <ul style="list-style-type: none"> • Un projet pilote doit être mis sur pied sur la formule des représentants itinérants des travailleurs à la prévention, pour les établissements de 20 travailleurs et moins. • À l'issue du projet pilote, soit la formule des représentants itinérants sera étendue, soit l'obligation d'un représentant à la prévention par établissement de 20 travailleurs et moins sera promulguée, à l'image de ce que prévoit le Code canadien du travail, Partie II. 	23

COMITÉS DE CHANTIER ET REPRÉSENTANTS À LA PRÉVENTION SUR LES CHANTIERS	p.
<p>Recommandation #13</p> <p>Les articles de la section III de la LSST concernant le comité de chantier doivent être promulgués.</p>	25
<p>Recommandation #14</p> <p>Les articles de la section IV de la LSST concernant les représentants à la prévention sur les chantiers doivent être promulgués.</p>	25
<p>Recommandation #15</p> <p>Un Forum élargi sur la sécurité du travail dans la construction doit être organisé afin :</p> <ul style="list-style-type: none"> • d'identifier les difficultés pratiques pour la mise en œuvre des dispositions sur les comités de chantier et les RP sur les chantiers et de cerner les mesures requises pour pallier cette situation; • d'établir les modalités de l'application du projet pilote de représentants itinérants de travailleurs à la prévention (Recommandation #12) dans les chantiers de moins de 25 travailleurs où un comité de chantier n'est pas requis selon le Code de sécurité sur les chantiers de construction; • plus généralement, d'échanger les points de vue et de poursuivre les efforts en matière de sécurité sur les chantiers de construction. 	25

2. Redynamiser la prévention

RESPONSABILITÉS EXPLICITES ET POSITIVES DE LA HAUTE DIRECTION	p.
<p>Recommandation #16</p> <p>La LSST doit définir des obligations destinées explicitement à la haute direction.</p>	28
<p>Recommandation #17</p> <p>L'employeur doit avoir l'obligation de répondre par écrit, dans un certain délai, aux questions et recommandations du CSS et du RP. Le maître d'œuvre doit avoir la même obligation par rapport au comité de chantier.</p>	28

FORMATION OBLIGATOIRE D'UN REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR ET D'UN REPRÉSENTANT DES TRAVAILLEURS, MEMBRES DU CSS	p.
<p>Recommandation #18</p> <p>La LSST doit prévoir une obligation relative à la formation d'au moins un membre du comité de SST représentant l'employeur et un membre représentant les travailleurs, menant à un agrément, à l'image des dispositions existant en Ontario.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La majeure partie de cette formation doit porter sur les risques, leur identification, les mesures de prévention et les manières d'en assurer l'implantation et le 	31

<p>maintien. L'analyse de l'activité réelle de travail proposée par l'ergonomie doit être intégrée à cette formation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour que la formation soit bien adaptée aux risques présents dans le secteur d'activité économique, elle doit être dispensée par l'association sectorielle paritaire du secteur auquel appartient l'établissement. Des arrangements devront être faits pour assurer une formation appropriée pour les secteurs non encore couverts par une ASP. • Les membres agréés seront dotés de pouvoirs étendus, s'inspirant des dispositions existant en Ontario et en Suède (droit de faire cesser un travail dangereux) et dans l'État de Victoria en Australie (droit d'émettre un « avis d'amélioration provisoire » à l'employeur et aux collègues). 	
FORMATION DES REPRÉSENTANTS DE L'EMPLOYEUR (SUPERVISEURS)	
<p>Recommandation #19</p> <p>Des mesures assurant une formation en prévention en SST aux superviseurs doivent être ajoutées à la LSST, à l'image de ce qui est prévu par le Code canadien du travail, Partie II article 125.(1).</p>	32

INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION À LA CONCEPTION		p.
<p>Recommandation #20</p> <p>Des dispositions légales ou réglementaires visant l'intégration de la prévention lors de la construction doivent être définies et adoptées; cela doit se faire dès la conception et dans la planification des travaux (logistique, approvisionnement, organisation du travail).</p>		35
<p>Recommandation #21</p> <p>La LSST doit inclure les moyens légaux et réglementaires appropriés pour assurer une intégration réelle de la prévention dès la conception, pour réaliser l'objectif visé par les articles 54, 63, 190 et 223 (14).</p>		35
<p>Recommandation #22</p> <p>La LSST doit inclure des dispositions visant l'intégration de la prévention et de l'ergonomie des situations de travail lors des changements dans le lieu de travail, y compris les changements organisationnels, techniques et architecturaux, à la manière des dispositions prévues par le Règlement canadien sur la santé et la sécurité du travail (19.5(4)). L'ergonomie doit ici être comprise comme l'adaptation du travail à la personne, allant donc au-delà de la prévention des troubles musculo-squelettiques.</p>		35

FONCTIONS DU CSS		p.
<p>Recommandation #23</p> <p>Les fonctions du CSS (article 78 LSST) et du RP (article 90 LSST) doivent être étendues à l'examen des projets de conception et des projets de changements dans le milieu de travail, afin d'anticiper les effets possibles sur la sécurité et la santé, physique comme psychologique, et de favoriser l'intégration de la prévention.</p>		37

NOMBRE D'INSPECTEURS	p.
Recommandation #24 Le nombre d'inspecteurs doit être revu à la hausse, de manière à assurer un contrôle soutenu de la mise en œuvre des mécanismes de la LSST, en tenant compte de leur extension à tous les secteurs d'activité économique.	39
FORMATION DES INSPECTEURS	
Recommandation #25 La formation des inspecteurs doit leur permettre d'examiner les problèmes reliés à l'ergonomie des situations de travail, aux facteurs psychosociaux, à l'intégration de la prévention à la conception et aux changements (technologiques, architecturaux, organisationnels) et à l'organisation systématique de la prévention.	39

DES ASSOCIATIONS SECTORIELLES PARITAIRES EN SST DANS TOUS LES SECTEURS	p.
Recommandation #26 La CSST doit faire des démarches soutenues en vue de la création d'associations sectorielles paritaires dans tous les secteurs d'activité économique non actuellement couverts (article 98 LSST). Elle doit favoriser cette création par divers moyens, par exemple en accordant un financement de départ à ces nouvelles associations.	40
Recommandation #27 Le financement des associations sectorielles paritaires existantes doit être augmenté. Celui des nouvelles ASP doit permettre un soutien adéquat auprès de tous les établissements, en particulier les petits. Dans les deux cas, il s'agit d'assurer des ressources suffisantes pour mettre en place les mesures prévues par la LSST telle que modifiée.	41

ÉQUIPES DE SANTÉ AU TRAVAIL DU RÉSEAU PUBLIC	p.
Recommandation #28 Le financement et les ressources professionnelles des équipes de santé au travail du réseau public devront leur permettre d'exercer leur mandat lors de l'extension des mécanismes de la LSST à tous les secteurs d'activité économique, de même que de soutenir la mise en place des mesures prévues par la LSST telle que modifiée.	41
Recommandation #29 Le financement et les ressources professionnelles des équipes de santé au travail du réseau public devront leur permettre de soutenir adéquatement les milieux de travail pour l'application efficace du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte, dont un soutien effectif dans la réorganisation du travail et l'implantation des mesures de prévention nécessaires.	41

RÉVISION DES INCITATIFS FINANCIERS À LA PRÉVENTION	p.
<p>Recommandation #30</p> <p>La déclaration par l'employeur à la CSST de toute lésion empêchant le travailleur d'effectuer son travail régulier doit être rendue obligatoire. Cela inclut les lésions qui donnent lieu à une assignation temporaire.</p>	44
<p>Recommandation #31</p> <p>Un contrôle soutenu de la qualité et de l'implantation effective du programme de prévention dans tous les établissements, y compris les entreprises membres de mutuelles de prévention, doit être accentué de la part de la CSST, via ses inspecteurs.</p>	44
<p>Recommandation #32</p> <p>Une étude des effets des incitatifs financiers et des mutuelles sur la prévention et la protection des droits des travailleurs victimes de lésion professionnelle doit être réalisée par des chercheurs indépendants, reconnus par leurs pairs. Elle doit formuler des recommandations visant à éliminer les effets nuisant à la prévention primaire, secondaire et tertiaire.</p>	44

3. Prendre en compte les modifications de l'emploi et du travail, les « anciens » et les « nouveaux » risques, pour les femmes comme pour les hommes

PRISE EN COMPTE DE POPULATIONS SPÉCIFIQUES	p.
<p>Recommandation #33</p> <p>La CSST doit poursuivre ses initiatives visant à identifier les populations plus à risque, du fait des caractéristiques de leur travail ou de leur statut d'emploi et inadéquatement couvertes par les efforts de prévention, tels que les femmes, les jeunes, les immigrants et les travailleurs précaires.</p> <p>Elle doit accentuer les efforts déjà faits pour rejoindre certaines de ces populations et entreprendre de rejoindre les autres, entre autres par de l'information et par des vérifications périodiques pour s'assurer que cette information ait bien atteint ces populations.</p>	46

PRÉVENTION DES RISQUES POUR LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE	p.
<p>Recommandation #34</p> <p>Le programme de prévention doit couvrir les risques pour la femme enceinte et son enfant à naître et identifier des réaménagements de tâches ou des postes de réaffectation, de manière à aller au-delà du nécessaire traitement au cas par cas.</p>	48

RESPONSABILITÉS DU DONNEUR D'OUVRAGE DANS L'ÉTABLISSEMENT	p.
<p>Recommandation #35</p> <p>Toutes les obligations de l'employeur prévues à la LSST doivent couvrir l'ensemble des personnes travaillant dans l'établissement, y compris les travailleurs autonomes et les salariés d'autres employeurs (travailleurs de sous-traitants et d'agences de location de personnel).</p> <p>Les donneurs d'ouvrage d'une part, et les sous-traitants et agences de location de personnel, d'autre part, doivent ainsi avoir une responsabilité conjointe et solidaire quant à la protection des droits des travailleurs en matière de prévention et d'indemnisation.</p>	52
<p>Recommandation #36</p> <p>La LSST doit spécifier que le programme de prévention doit couvrir les travailleurs d'agence de location de personnel, les travailleurs autonomes et les travailleurs de sous-traitants qui travaillent dans l'établissement.</p>	52
<p>Recommandation #37</p> <p>La LSST doit spécifier que le programme de santé élaboré par les équipes de santé au travail du réseau public doit couvrir les travailleurs d'agence, les travailleurs autonomes et les travailleurs de sous-traitants qui travaillent dans l'établissement.</p>	52
<p>Recommandation #38</p> <p>Un comité interne de la CSST doit être créé pour identifier les travaux à risque qui ne devraient pas être délégués par un donneur d'ouvrage aux salariés d'agences et de sous-traitants sans une réglementation particulière assurant leur encadrement.</p>	52

RESPONSABILITÉ DU DONNEUR D'OUVRAGE QUANT À LA SST DES TRAVAILLEURS TOUT AU LONG DE LA CHAÎNE DE SOUS-TRAITANCE	p.
<p>Recommandation #39</p> <p>Un groupe de travail doit examiner les obligations à attribuer au donneur d'ouvrage par rapport aux travailleurs (salariés ou autonomes), tout au long d'une chaîne de sous-traitance (ou chaîne d'approvisionnement), y compris hors de l'établissement du donneur d'ouvrage. Cet examen pourrait se faire en priorité pour des secteurs où une telle mesure a un potentiel important pour améliorer l'organisation de la prévention et les conditions de SST.</p>	54
<p>Recommandation #40</p> <p>La recommandation 6.20 du Rapport Coulombe (2004) doit être appliquée, soit : « Que la Loi sur la santé et sécurité au travail soit amendée afin de désigner l'entité responsable de l'aménagement forestier comme maître d'œuvre, devenant ainsi imputable de la santé et sécurité des travailleurs réalisant ces travaux. »</p>	54

ERGONOMIE ET PRÉVENTION DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES	p.
<p>Recommandation #41</p> <p>Il est établi que la LSST couvre la prévention des TMS. Pour stimuler l'action préventive, il doit être explicite, dans la LSST, que le programme de prévention et le programme de santé doivent couvrir la prévention des troubles musculo-squelettiques et l'ergonomie des situations de travail.</p>	57
<p>Recommandation #42</p> <p>Un règlement cadre concernant la prévention des troubles musculo-squelettiques et l'ergonomie doit être adopté.</p>	57

SANTÉ PSYCHOLOGIQUE ET FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL	p.
<p>Recommandation #43</p> <p>Il est déjà établi que la LSST couvre la prévention en matière de santé psychologique au travail. Pour stimuler l'action préventive, il doit être explicite, dans la LSST, que celle-ci concerne tout autant la sécurité que la santé et l'intégrité psychologiques et qu'elles sont donc visées par tous les mécanismes (CSS, RP, PP, PSSE) et tous les droits des travailleurs (y compris le droit de refus).</p>	61
<p>Recommandation #44</p> <p>Un règlement cadre concernant la prévention en matière de santé psychologique au travail et la prévention de la violence au travail doit être adopté.</p>	61

Table des matières

Sommaire exécutif	i
Recommandations	ix
Liste des acronymes	xix
Introduction	1
1. Organiser la prévention de manière systématique : étendre les obligations quant aux mécanismes de prévention à tous les secteurs et mieux couvrir les petites entreprises.....	5
1.1 Le programme de prévention et le programme de santé.....	12
1.2 La représentation des travailleurs en matière de SST.....	18
2. Redynamiser la prévention	26
2.1 Dans les milieux de travail (haute direction, formation, conception et changements, mandat des CSS et RP)	26
2.2 Par les institutions mises en place par la LSST et par d'autres institutions gouvernementales ou para-gouvernementales	37
2.3 Par une réévaluation des incitatifs financiers pour en éliminer les effets négatifs du point de vue de la prévention	42
3. Prendre en compte les changements du travail et de l'emploi, les « anciens » et les « nouveaux » risques, pour les femmes comme pour les hommes, de même que pour les populations à risque	45
3.1 Prendre en compte les risques pour les femmes au travail	46
3.2 Prendre en compte les modifications de l'emploi.....	48
3.3 Répondre aux « anciens » comme aux « nouveaux » risques.....	54
Conclusion	62
Notes	63
Références bibliographiques.....	73

Législation citée.....	93
Législation et réglementation fédérale.....	93
Législation et réglementation des provinces canadiennes	93
Documentation et législation internationale	94
Jurisprudence citée.....	95
Annexe 1 : Extraits des lois, règlements et conventions (OIT) cités	96
Australie.....	96
Canada, législation et réglementation fédérale.....	98
Canada, législation et réglementation des provinces	100
Europe, droit communautaire.....	103
France	109
Suède	110
Organisation internationale du travail.....	110
Annexe 2 : Extraits des recommandations du Rapport Bernier (2003) concernant la LSST	111
Annexe 3 : Notes biographiques des signataires.....	113

Liste des acronymes

ASP	Association sectorielle paritaire
CLP	Commission des lésions professionnelles
CSS	Comité de santé et de sécurité
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail
ESS98	Enquête sociale et de santé réalisée au Québec en 1998
LATMP	Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles
LSST	Loi sur la santé et la sécurité du travail
OIQ	Ordre des ingénieurs du Québec
PE	Petites entreprises
PP	Programme de prévention
PSSE	Programme de santé spécifique à l'établissement
RP	Représentant à la prévention
SGSST	Système de gestion de la santé et de la sécurité du travail
SST	Santé et sécurité du travail
TMS	Troubles musculo-squelettiques

Introduction

Ce mémoire est déposé au Groupe de travail créé par le conseil d'administration de la CSST, dont le mandat est de lui faire des recommandations concernant le régime québécois de santé et de sécurité du travail.

Les signataires du mémoire sont des chercheursⁱ dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail provenant de disciplines diverses (sciences de l'administration, relations industrielles, droit, ergonomie, psychologie, sociologie, réadaptation, épidémiologie, etc.). Ils sont membres de différents groupes de recherche dont la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail de l'Université Laval (CGSST), le Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'organisation et la santé au travail (GIROST), l'Alliance de recherche université–communauté (ARUC) « Innovation, travail et emploi », le Centre de recherche interuniversitaire sur la mondialisation et le travail (CRIMT), l'Équipe de recherche sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail (RIPOST), le Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES), le Centre d'étude et de recherche sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (CEREST) et le Centre interdisciplinaire de recherche sur la biologie, la santé, la société et l'environnement (CINBIOSE)ⁱⁱ.

Ce mémoire ne traite que de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST), bien que les signataires soient entre autres préoccupés par les difficultés persistantes au regard de la reconnaissance et de l'indemnisation des lésions professionnelles, en particulier celles qui affectent la santé psychologique et le système musculo-squelettique, de même que par la couverture inadéquate ou inexistante de diverses catégories de personnes en situation de travail non traditionnelleⁱⁱⁱ. Nous nous sommes limités aux aspects de la LSST pour

ⁱ L'usage du masculin est privilégié afin d'alléger la lecture du document.

ⁱⁱ Une notice biographique de chacun des signataires se trouve en annexe 3.

ⁱⁱⁱ Des modifications à la LATMP seraient aussi importantes, d'un point de vue de prévention, entre autres pour 1) lever les obstacles à la reconnaissance des troubles musculo-squelettiques et des problèmes de santé psychologique reliés au travail et 2) favoriser des accommodements visant le retour au travail et faciliter le retour au travail assisté (concernant cette problématique, voir Laflamme 2007). Ces deux mesures contribueraient à la prévention primaire, puisqu'elles favorisent l'identification des risques et une action précoce, et à la prévention secondaire et tertiaire, car elles encouragent la réadaptation et le retour au travail en misant sur une modification du milieu par l'élimination des facteurs pathogènes. Par ailleurs, la LATMP

lesquels il est le plus urgent d'agir; les recommandations formulées sont réalistes et réalisables à brève échéance. Elles portent tant sur le contenu de la loi que sur les conditions qui doivent être mises en place pour que celle-ci soit effective.

Les chercheurs signataires partagent une même préoccupation pour l'amélioration des conditions de santé et de sécurité du travail (SST). Cet intérêt est nourri par leur expérience sur le terrain, pour certains depuis plus de 30 ans, dans de nombreux milieux de travail au Québec, dans des secteurs d'activité économique divers et sur des problématiques variées.

Aujourd'hui, les problèmes de SST sont toujours majeurs au Québec et, dans plusieurs cas, croissants. En 2008, la CSST rapporte 92 décès par accident du travail, et 103 par maladie professionnelle¹. Au total, c'est donc deux fois plus que le nombre d'homicides au Québec pour la même période, soit 92².

L'ampleur des problèmes de SST au Québec est masquée par le fait que depuis le début des années 90 les lésions qui font l'objet d'assignations temporaires n'apparaissent pas dans les statistiques de lésions professionnelles indemnisées, ce qui a contribué à la réduction des lésions physiques observée dans les statistiques de la CSST³. L'ampleur des problèmes est également sous-estimée en raison de la sous-déclaration des lésions professionnelles, démontrée et importante⁴, et du fait que certaines maladies professionnelles soient difficilement reconnues, à différentes étapes du processus⁵. D'« anciens » risques sont toujours insuffisamment contrôlés, et de nouveaux apparaissent constamment au fil des changements du travail. Les transformations des formes d'emploi font que de nombreuses personnes ne sont pas ou sont inadéquatement couvertes par la législation en matière de prévention en SST⁶.

L'adoption de la LSST en 1979 a donné un élan considérable à la prévention. Dans les secteurs couverts par les quatre mécanismes que sont le programme de prévention (PP), le programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), le comité de santé et de sécurité (CSS) et le représentant à la prévention (RP), on a alors noté une tendance

devrait être modifiée de manière à couvrir adéquatement les personnes en situation de travail non traditionnelle, comme le conclut le Rapport Bernier (2003).

marquée à l'amélioration⁷. Or, d'une part, cet élan n'a pas été maintenu et, d'autre part, les règlements qui devaient permettre qu'une telle amélioration s'étende à tous les secteurs n'ont pas été promulgués.

La recherche, au Québec comme ailleurs, a largement contribué au développement des connaissances sur les risques et les méthodes préventives, et demeure essentielle, étant donné l'apparition continue de nouveaux risques : cela exige que la recherche ne porte pas que sur les risques déjà connus. Des études internationales et québécoises démontrent clairement que la prévention est possible et efficace. Par exemple, de nombreuses recherches scientifiques ont solidement établi la possibilité de réduire l'incidence des problèmes musculo-squelettiques liés au travail, par des interventions ergonomiques⁸ : la revue systématique des études sur les interventions ergonomiques réalisée par Karsh, Moro et Smith (2001) sur la prévention des troubles musculo-squelettiques montre que, sur les 101 études recensées, 84% rapportent des résultats positifs. Par ailleurs, d'autres études montrent que de nombreux risques peuvent être éliminés si l'on agit dès la conception⁹.

Ainsi, les limites des succès en matière de prévention ne découlent pas d'un manque de connaissances quant aux risques ou aux mesures pour les éliminer ou les contrôler. Le défi n'est donc pas essentiellement « technique » : il est social et organisationnel. Plusieurs travaux scientifiques, dont ceux de signataires du présent mémoire, ont documenté les leviers et les obstacles à l'efficacité des mesures préventives et des obligations légales en SST. Ce mémoire contient donc à la fois des recommandations qui concernent la LSST même, et d'autres qui traitent des conditions à mettre en place pour assurer son efficacité. Le succès du nouvel élan nécessaire en prévention dépendra largement de la mise en place de telles conditions.

En conséquence, trois objectifs sont développés dans ce mémoire :

- 1) Organiser la prévention de manière systématique, dans tous les lieux de travail, et étendre les obligations quant aux mécanismes de prévention à tous les secteurs et en couvrant mieux les petites entreprises;
- 2) Redynamiser la prévention;

3) Prendre en compte les changements du travail et de l'emploi, les « anciens » et les « nouveaux » risques, pour les femmes comme pour les hommes, de même que pour les populations à risque.

Les recommandations concrétisant ces objectifs s'appuient sur un examen rigoureux des travaux scientifiques^{iv}. Elles correspondent toutes à des mesures déjà implantées dans des pays industrialisés^v, et pour plusieurs d'entre elles, dans d'autres juridictions au Canada.

^{iv} Pour alléger le texte, nous n'exposons pas le détail de la méthodologie et des résultats des études sur lesquelles ce mémoire s'appuie. La référence courte (nom du ou des auteurs et date de publication) se trouve dans les notes de fin; la référence complète est précisée dans la section « Références bibliographiques ».

^v Les lois, les règlements et la jurisprudence auxquels nous référons tout au long de ce mémoire feront l'objet de notes de bas de page. Au besoin, ces notes suggéreront au lecteur d'en consulter des extraits, présentés en annexe 1 pour en faciliter la consultation. Les lois et règlements y sont classés par juridiction.

1. Organiser la prévention de manière systématique : étendre les obligations quant aux mécanismes de prévention à tous les secteurs et mieux couvrir les petites entreprises

Dans de nombreux lieux de travail au Québec, des efforts considérables sont faits pour assurer la santé et la sécurité des travailleuses et des travailleurs. En tant que chercheurs, les signataires de ce mémoire accompagnent régulièrement leurs partenaires, représentants d'employeurs et de syndicats et praticiens de la prévention. Nos travaux de recherche font état des résultats positifs obtenus à la suite d'initiatives de nombreux milieux de travail dans le but de prévenir les troubles musculo-squelettiques (TMS)¹⁰, réduire les contraintes de l'environnement psychosocial de travail, améliorer la santé psychologique au travail¹¹ et faciliter la conciliation travail-grossesse¹², entre autres choses. Des employeurs voient l'amélioration des conditions de SST comme un moyen de faire face à la pénurie anticipée de main-d'œuvre. Certains cherchent à ce que la SST soit une préoccupation stratégique, dans toutes les décisions. Des établissements innovateurs s'engagent volontairement dans des efforts de gestion systématique de la SST qui vont au-delà des exigences de la LSST. Malheureusement, ces tendances ne sont pas observées dans tous les milieux de travail au Québec.

Des mesures pour tous les secteurs d'activité économique et pour les petites entreprises

Quatre mécanismes se trouvent au cœur de la LSST : le programme de prévention, le programme de santé, le comité de santé et de sécurité du travail et le représentant à la prévention. Trente ans après l'adoption de cette loi, ces mécanismes de prévention ne couvrent aujourd'hui qu'une faible minorité des travailleurs du Québec, et encore moins des travailleuses. En effet, en 2000 (dernière année pour laquelle ces données sont disponibles), les groupes I, II et III, rassemblant les secteurs d'activité économique couverts par tous (groupes I et II) ou une partie (groupe III) des quatre mécanismes en question ne comprenaient que 26,1% des travailleurs québécois¹³. Le tableau 1 illustre cette couverture partielle.

Tableau 1
Application des mécanismes de la Loi sur la santé et la sécurité du travail
selon le groupe de secteurs d'activité économique

Groupe I PP, PSSE, CSS, RP	Groupe II PP, PSSE, CSS, RP	Groupe III PP, PSSE	Groupe IV	Groupe V	Groupe VI
Bâtiment et travaux publics	Industrie du bois (sans les scieries)	Administration publique	Commerce	Autres services commerciaux et personnels	Agriculture
Industrie chimique	Industrie du caoutchouc et des produits en matière plastique	Industrie des aliments et boissons	Industrie du cuir	Communications, transport d'énergie et autres services publics	Bonneterie et habillement
Forêt et scieries	Fabrication d'équipement de transport	Industrie du meuble et des articles d'ameublement	Fabrication de machines (sauf électriques)	Imprimerie, édition et activités annexes	Enseignement et services annexes
Mines, carrières et puits de pétrole	Première transformation des métaux	Industrie du papier et activités diverses	Industrie du tabac	Fabrication de produits du pétrole et du charbon	Finances, assurances et affaires immobilières
Fabrication de produits en métal	Fabrication des produits minéraux non métalliques	Transport et entreposage	Industrie textile	Fabrication de produits électriques	Services médicaux et sociaux
					Chasse et pêche
					Industries manufacturières diverses

PP : Programme de prévention

PSSE : Programme de santé spécifique à l'établissement

CSS : Comité de santé et de sécurité

RP : Représentant à la prévention

En jaune : les secteurs disposant d'une association sectorielle paritaire (il en existe également une dans le secteur des services automobiles).

Il y a maintenant un décalage majeur entre la réalité et les priorités établies par la liste des groupes et secteurs désignés prioritaires aux fins de l'application des quatre mécanismes de la LSST. En fait, 57,3% des lésions professionnelles acceptées par la CSST en 2008 touchent des travailleurs hors des groupes I, II ou III où s'appliquent tous (groupes I et II) ou une partie (groupe III) de ces mécanismes¹⁴. De plus, les changements dans la structure industrielle augmentent la proportion de l'emploi dans les secteurs qui ne sont pas couverts par les quatre mécanismes prévus par la LSST.

Par ailleurs, entre 1976 et 2004, la population active féminine a augmenté de 87,7% comparativement à une croissance de 20,6% chez les hommes¹⁵. De plus, elles se maintiennent en emploi durant toute leur vie reproductive. Or, en 1997, Messing et Boutin ont évalué que 85% des travailleuses, comparativement à 60% des travailleurs, se retrouvaient dans les groupes IV à VI¹⁶. Par ailleurs, les résultats de l'Enquête sociale et de santé de 1998¹⁷ indiquent que des secteurs non désignés prioritaires vivent des problèmes importants, rendant inacceptable l'inégalité des efforts de prévention exigés par la LSST :

« Le bilan des accidents du travail dans l'ESS98 diffère de celui tiré des statistiques d'indemnisation de la CSST. Ainsi, la fréquence des accidents du travail dans le secteur de la restauration, rapportée à l'équivalent d'effectifs de travailleurs à temps complet, dépasse celle des secteurs primaires et manufacturiers. Selon cet indicateur, les secteurs du commerce de gros et de la construction présentent le même niveau de risque, alors que les secteurs de la santé et services sociaux, des loisirs, hébergement et autres services, et du commerce de détail présentent un risque d'accident supérieur à celui du secteur du transport et entreposage (la gravité n'est pas prise en compte). L'émergence des secteurs tertiaires comme porteurs de risques à la SST semble donc confirmée par ces résultats. » (Gervais, Massicotte, & Champoux, 2006, p. i)

Même dans les groupes I et II où s'appliquent les dispositions quant au comité de santé et de sécurité du travail et au représentant à la prévention, bien des travailleurs ne sont pas couverts par les possibilités de représentation en matière de SST offertes par la LSST puisqu'ils œuvrent dans des établissements de 20 travailleurs et moins. De fait, en 2007 le régime couvrait 243 575 établissements, dont seulement 24 121 comptaient 21 travailleurs ou plus, soit seulement 9,9% des établissements¹⁸. Alors qu'elle attirait déjà l'attention des rédacteurs du Livre blanc de 1978¹⁹, la situation particulière de la santé et de la sécurité du travail dans les petites entreprises de 50 travailleurs et moins n'est pas visible dans les statistiques globales sur les lésions indemnisées, ce qui contribue à l'absence de programmes d'intervention ciblés. Or, la littérature internationale, des estimations à l'aide des enquêtes de la CSST sur les accidents graves et mortels et des témoignages d'intervenants en SST au Québec confirment que le risque y est élevé. Dans divers pays industrialisés, des mesures particulières devant s'adresser aux petits établissements sont examinées. Plusieurs se sont dotés d'instruments juridiques s'adressant directement à cette problématique, comme on le verra ultérieurement.

Des travaux scientifiques ont montré l'efficacité de mesures semblables au programme de prévention (PP)²⁰, au programme de santé (PSSE)²¹, de même qu'au comité de santé et de sécurité (CSS) et au représentant à la prévention (RP)²². Les limites à l'efficacité de telles mesures préventives ne sont pas liées à des fondements erronés, mais bien à la manière dont elles sont implantées et aux conditions dans lesquelles elles le sont. Les travaux scientifiques révèlent ainsi les conditions qui vont influencer, positivement ou négativement, sur cette efficacité préventive²³. Parmi elles, sont identifiées deux conditions déterminantes²⁴, outre la participation des travailleurs, qui peuvent être influencées positivement par la législation : la détermination à agir des employeurs²⁵ et les ressources (ou « capacités ») dédiées à cet objectif²⁶. La volonté d'agir des dirigeants est nettement influencée par l'existence d'obligations légales claires, et par la capacité des travailleurs à exiger de meilleures conditions, ce que favorisent les dispositions légales quant à la représentation des travailleurs. Quant aux ressources dédiées à la prévention, la législation peut entre autres définir des exigences de compétence ou de formation pour différents acteurs en milieu de travail. Ainsi, les grandes entreprises, plus souvent syndiquées, vont plus facilement établir un meilleur niveau d'organisation en matière de prévention que les petites et moyennes entreprises²⁷. De fait, la fréquence des lésions professionnelles est plus élevée dans les petits établissements²⁸. Des employeurs vont volontairement au-delà des obligations légales particulières, ayant observé une association positive entre santé et sécurité d'une part et efficacité, productivité, qualité et réduction des coûts à moyen et long terme d'autre part. Or, même dans ces entreprises, la prévention est en compétition avec bien d'autres objectifs quand vient le temps d'allouer des ressources. Elle peut être remise en question, en particulier en période économique difficile. Les investissements en prévention (personnel et autres) sont souvent les premières victimes des restrictions budgétaires.

Les mesures volontaires ne suffisent pas

Pour contrer les conditions défavorables à l'organisation de la prévention, il est reconnu que les mesures strictement volontaires sont insuffisantes et qu'elles ne permettent pas à elles seules de générer de meilleures performances en matière de SST²⁹, dans l'ensemble

des milieux de travail. Elles n'assurent pas une couverture efficace des petits établissements et, plus généralement, de ceux où les efforts dédiés à la prévention et la volonté d'agir en prévention demeurent insuffisants. Les mesures volontaires ne permettent pas de maintenir les efforts nécessaires en prévention face aux pressions diverses auxquelles les entreprises sont soumises. Bien sûr, il est probable qu'une même mesure soit plus facilement implantée quand elle l'est sur une base volontaire. Cependant, cela ne touchera alors qu'une minorité d'établissements et de travailleurs, laissant de côté une grande proportion des établissements où les besoins sont les plus grands. Quant aux incitatifs financiers liés à la cotisation au régime d'indemnisation, ils n'ont pas que des conséquences positives sur les efforts en prévention; ils génèrent aussi des effets négatifs, en raison des tentatives de réduire les coûts d'indemnisation par d'autres moyens que la prévention³⁰, ce qui sera discuté au point 2 de ce mémoire.

Il est établi que pour les gestionnaires, le plus important motif pour améliorer la performance en matière de SST est l'obligation faite par la Loi. C'est le constat qui découle de quatre revues des écrits, toutes commandées par des autorités gouvernementales³¹. Ainsi, en l'absence d'obligation, l'éducation, l'information et le conseil sont peu susceptibles de générer à eux seuls les améliorations requises chez la majorité des employeurs³². Les membres de la direction et les superviseurs ont, chaque jour, à faire face à un ensemble de demandes parfois contradictoires, la prévention n'étant qu'une parmi d'autres. Malgré tous les efforts pour démontrer que la prévention contribue à l'attraction et à la rétention d'une main d'œuvre qui s'annonce rare, de même qu'à la productivité et à la profitabilité, les gestionnaires affirment eux-mêmes que le principal obstacle à des efforts plus significatifs en matière de SST est la recherche de rendement à court terme³³. Il n'est pas question de mettre en doute la bonne volonté de quiconque, mais dans ce contexte, l'obligation imposée à tous permet à ceux qui souhaitent agir en prévention de ne pas être désavantagés, ni à court terme ni à long terme, en plus de stimuler et de soutenir la prise en charge par tous. La législation peut et doit donc s'intéresser aux entreprises où les conditions ne sont pas *a priori* favorables à l'action en prévention. Elle doit établir des mesures appropriées, dont le soutien et le contrôle nécessaires, évitant le nivellement vers le bas à cet égard.

Enfin, en ce qui concerne les quatre mécanismes prévus par la LSST (PP, PSSE, CSS et RP), soulignons que la législation québécoise est maintenant largement en retard par rapport à celle du reste du Canada et des autres pays industrialisés. C'est ce qui ressort de la comparaison systématique des législations provinciales et fédérale au Canada, réalisée par Marcel Simard³⁴, reprise et mise à jour (pour la juridiction fédérale) au tableau 2.

Tableau 2

Dispositions législatives sur les mécanismes de prévention et de participation en SST, provinces et juridiction fédérale canadiennes, 2000

Source : Simard, 2000 (notre mise à jour en 2010 pour le fédéral)

Juridiction	Politique écrite de SST	Programme écrit de SST	Comité de SST	Représentant en SST	Droit à la formation	Délai de réponse employeur
Québec	Aucune disposition	Obligatoire Étab > 20 Yés 15/30 secteurs	Volontaire Étab > 20 Yés 10/30 secteurs	Volontaire Étab > 20 Yés 10/30 secteurs	Rep/SST Durée non spécifiée	Aucune disposition
Terre-Neuve et Labrador	Aucune disposition	Aucune disposition	Obligatoire Étab > 10 Yés Tous secteurs	Obligatoire, si ordonné par inspecteur	Aucune disposition	Aucune disposition
Île-du- Prince- Édouard	Aucune disposition	Aucune disposition	Volontaire, sauf si ordonné par inspecteur	Volontaire, sauf si ordonné par inspecteur	Aucune disposition	Aucune disposition
Nouveau- Brunswick	Obligatoire Étab > 20 Yés Tous secteurs	Aucune disposition	Obligatoire Étab > 20 Yés Tous secteurs	Obligatoire. Étab 5-19 Yés si à haut risque ou (-) performant	Comité + rep/SST Durée non spécifiée	Aucune disposition
Nouvelle- Écosse	Obligatoire Étab > 5 Yés Tous secteurs	Obligatoire Étab > 20 Yés Tous secteurs	Obligatoire Étab > 20 Yés Tous secteurs	Obligatoire Étab 5-19 Yés Tous secteurs	Comité + rep/SST Durée: 5 jrs/an	21 jours après demande/recom- mandation co- mité ou rep/sst
Ontario	Obligatoire Étab > 5 Yés Tous secteurs	Obligatoire Étab > 5 Yés Tous secteurs	Obligatoire Étab > 20 Yés Tous secteurs	Obligatoire Étab 5-19 Yés Tous secteurs	Comité + rep/SST Durée: 5 jrs (agrément)	21 jours après demande/recom- mandation co- mité ou rep/sst
Manitoba	Aucune disposition	Aucune disposition	Obligatoire Étab > 20 Yés Tous secteurs	Obligatoire Étab 10-19 Yés Tous secteurs	Comité + rep/SST Durée: 2 jrs/an	Aucune disposition
Saskat- chewan	Obligatoire Étab secteurs désignés	Obligatoire Étab secteurs désignés	Obligatoire Étab > 10 Yés Tous secteurs	Obligatoire Étab 5-9 Yés de secteurs désignés	Comité + rep/SST Durée: 5 jrs/an	Aucune disposition
Alberta	Aucune disposition	Aucune disposition	Volontaire sauf 37 étab désignés ou si ordonné	Aucune disposition	Aucune disposition	Aucune disposition
Colombie- Britannique	Aucune disposition	Obligatoire Étab > 20 ou 50 Yés selon classification	Obligatoire Étab > 20 Yés Tous secteurs	Obligatoire Étab 10-19 Yés Tous secteurs	Comité + rep/SST Durée: 1 jr/an	21 jours après demande/recom- mandation co- mité ou rep/sst
Fédéral	Aucune disposition	Obligatoire Tous les étab	Obligatoires Tous secteurs Comité d'orientation ≥ 300 Yés; Comité local Étab ≥ 20 Yés	Obligatoire Tous secteurs Représentant Étab < 20 Yés	Yés qui exercent des fonctions de direction ou gestion Comité d'orientation, comité local, représentant	30 jours après recommandation comité d'orientation, comité local ou représentant

Yés : Employés

Étab : Établissement

De fait, Block, Roberts et Clark (2003)³⁵, en comparant les législations en matière de prévention en SST dans 63 juridictions au Canada (provinciales et fédérale) et aux États-Unis (juridictions des États et fédérale) rangent la législation du Québec comme la moins contraignante, soit au 63^e rang sur 63.

Recommandation #1

Tous les mécanismes prévus par la LSST doivent s'appliquer dans tous les secteurs d'activité économique.

1.1 Le programme de prévention et le programme de santé

Le programme de prévention

Tant chez les praticiens que chez les chercheurs, un large consensus existe quant à l'efficacité de la mise en œuvre d'un ensemble coordonné d'actions visant l'identification systématique des risques à la santé et à la sécurité, leur élimination et, seulement si ce n'est pas possible, leur contrôle. C'est ce que prévoit le programme de prévention (PP). Ce consensus s'étend à l'intégration de la prévention à tous les niveaux de gestion et dans toutes les fonctions d'une organisation³⁶, comme cherchent à le faire les systèmes de gestion de la SST. Le contenu du PP en vertu de la LSST constitue la base des « Principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail »³⁷ dont le Bureau international du travail fait la promotion.

Les études portant sur les systèmes de gestion de la SST (SGSST) volontaires ou rendus obligatoires par une loi ou un règlement ont fait l'objet d'une revue systématique des études scientifiques³⁸. Les études retenues comme étant de qualité suffisante ont toutes montré des résultats positifs, que ce soit les 5 études portant sur des systèmes obligatoires ou les 4 études portant sur des systèmes volontaires. Au Québec même, l'obligation d'un PP a généré une tendance à la diminution de l'incidence des lésions professionnelles indemnisées³⁹. Cela a eu des effets positifs y compris dans les petites entreprises (dans ce cas, moins de 50 travailleurs)⁴⁰ : on a dénombré beaucoup plus d'activités d'identification et de contrôle des risques et une proportion plus élevée d'établissements disposant d'un

programme de prévention dans les petites entreprises échantillonnées dans un secteur couvert par les quatre mécanismes prévus par la LSST que dans celles d'un secteur où ce n'est pas le cas. Il en ressort que l'obligation d'implanter un programme de prévention a amené plus d'entreprises à agir en prévention, et ce, de manière organisée, que lorsque cela repose uniquement sur l'obligation générale de l'employeur (article 51 LSST) et sur des mesures volontaires. De fait, la très grande majorité des établissements des groupes désignés prioritaires se sont conformés à l'obligation d'élaborer un programme de prévention et de le soumettre à la CSST (pour les établissements de plus de 20 travailleurs), soit une moyenne de 86% pour l'ensemble du Québec, en 1984⁴¹. Cela montre que la démarche systématique proposée par le PP est réalisable; cependant, les petits établissements ont besoin de soutien comme de contrôle pour réaliser ces activités nécessaires.

Les dispositions telles que le PP (identification systématique des risques, planification des mesures d'élimination ou de contrôle) existent maintenant dans plusieurs États des États-Unis⁴² et dans tous les pays de l'Union européenne^{vi}. Au Canada, des programmes écrits de SST sont obligatoires dans tous les secteurs d'activité en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Colombie-Britannique et dans les établissements de juridiction fédérale, de même que dans les secteurs désignés en Saskatchewan, comme le montre le tableau 2. Le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario et la Saskatchewan exigent une politique écrite de SST. Ainsi, au Canada, hormis le Québec, 6 juridictions sur 10 exigent soit un programme ou une politique, soit les deux.

Soustraire les petits établissements employant moins de 20 travailleurs à l'obligation d'acheminer le programme de prévention à la CSST introduit de l'ambiguïté dans le message relatif à la prévention et aux obligations des parties. Le fait que leurs obligations sont moindres (pas de CSS ni de RP, pas d'obligation de faire parvenir leur PP à la CSST) favorise la sous-traitance d'activités à risque dans les petites entreprises. L'effet

^{vi} Selon la *Directive 89/391/CEE du Conseil des communautés européennes du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail*, [1989] J.O. L 183/1 [*Directive 89/391/CEE*]. [Voir les art. 6 et 9 à l'annexe 1]. Toutes les législations nationales des pays membres de l'Union européenne ont été harmonisées à cette directive. Pour des exemples d'application de l'évaluation des risques, voir European Agency for Safety and Health at Work, 2009.

de l'exclusion sur la prise en charge de la prévention et sur la participation des employés est aggravé par la rareté des inspections⁴³. Un ensemble de mesures, tenant compte tant des capacités des petits établissements que du fait que les lésions professionnelles y sont plus fréquentes, doivent être adoptées. L'une d'elles se trouve dans les recommandations qui concernent le PP, d'autres seront présentées tout au long de ce mémoire.

PROGRAMME DE PRÉVENTION
Recommandation #2 L'obligation d'élaborer un programme de prévention doit s'appliquer à tous les secteurs d'activité économique.
Recommandation #3 L'obligation de faire parvenir un programme de prévention à la CSST doit être étendue à tous les établissements, quelle que soit leur taille.

Le contenu et l'implantation du programme de prévention

L'examen de l'expérience de divers pays ayant implanté des dispositions semblables au PP montre que l'information diffusée par l'inspection est cruciale⁴⁴. En fait, les indications des inspecteurs et les documents diffusés par les services d'inspection quant à la manière pour les employeurs de s'y prendre pour élaborer et implanter un tel programme, jouent un rôle déterminant pour amener les employeurs à agir sur ce plan et pour assurer la qualité de la démarche, et donc des résultats.

Trente ans plus tard, il est certain que l'on pourrait imaginer des reformulations du contenu de l'article 59 qui définit le contenu du PP. Pour ce faire, on pourrait s'inspirer de diverses formules expérimentées ailleurs, tant pour la définition du contenu du programme de prévention, que pour la rédaction du règlement sur le registre des caractéristiques des postes de travail et le registre des caractéristiques du travail exécuté par chaque travailleur (article 52), lequel n'a toujours pas été adopté. Selon nous, il est prioritaire que, dans la pratique, l'obligation faite par le programme de prévention d'identifier les risques ne soit pas confondue avec une simple liste des risques déjà connus et apparents. En fait, ces derniers excluent souvent les risques pour la santé,

puisque les symptômes se développent généralement avec le temps, au terme d'une période de latence parfois longue, comme dans le cas de l'exposition à l'amiante. De nombreux risques pour la santé, dont les risques de troubles musculo-squelettiques ou les risques pour la santé psychologique, pourraient alors être mis de côté parce que l'exposition ne produit pas toujours d'effets immédiats.

Il est au contraire nécessaire de procéder à un examen systématique, qui dépasse la simple liste des dangers les plus facilement repérables. Par exemple, il a été établi que l'existence du « registre des postes de travail » prévu à l'article 52 de la LSST (dont le règlement d'application n'a cependant pas été adopté) contribuait à la qualité du programme de prévention⁴⁵. De même, une étude québécoise montre que la diversité des pratiques d'identification des risques par les CSS est positivement associée au nombre de mesures d'élimination à la source⁴⁶. L'identification des risques doit donc s'appuyer sur une démarche systématique et des connaissances solides.

De nombreux intervenants en prévention ont souligné aux signataires de ce mémoire la faible qualité des programmes de prévention préparés par certains établissements membres de mutuelles de prévention (risques non identifiés, mesures peu efficaces, programme copié sans être adapté). Les critères à cet égard doivent être clairs et assurer l'efficacité de cet instrument, ce qui suppose du soutien et du contrôle effectif. Les services des associations sectorielles paritaires et des équipes de santé au travail du réseau public peuvent grandement aider, en offrant conseil, assistance et formation. Nous reviendrons au point 2 sur la formation nécessaire à la qualité de l'identification des risques et au choix des mesures préventives appropriées.

Le contrôle par les inspecteurs est également crucial et nous y reviendrons également. Il l'est en particulier sur deux points : la qualité de l'identification des risques et celle du choix de mesures préventives. La notion de « plan d'action », utilisée dans des documents produits par la CSST, peut présenter l'intérêt d'inclure une dimension « stratégique », ouvrant la porte à la définition des responsabilités de chacun des paliers de gestion. Cependant, il doit être clair, dans l'action de la CSST comme dans les documents de soutien qu'elle produit, que l'évaluation des risques et l'identification de « priorités » ne

justifient pas des délais indus ou l'inaction sur les risques qui seraient jugés moins « graves », moins immédiats ou trop complexes ou coûteux à éliminer ou à contrôler.

L'efficacité des mesures d'élimination à la source ou de protection collective est clairement supérieure⁴⁷ et cela favorise par ailleurs la pérennité de la prévention ou la permanence des correctifs⁴⁸, ce qui est une préoccupation majeure aujourd'hui, étant donné les bouleversements constants que vivent les milieux de travail. L'action des inspecteurs et les documents produits par la CSST doivent accentuer le message clair des articles 2 et 3 de la LSST, selon lequel la priorité doit aller à l'élimination des risques à la source, plutôt qu'au port d'équipement de protection individuelle et au contrôle des comportements des travailleurs.

Finalement, des signataires du présent mémoire ont observé, dans des établissements réalisant des efforts substantiels en prévention, l'utilisation de démarches d'organisation systématique de la prévention. Le recours à un « système de gestion de la SST » n'est pas en soi une garantie d'efficacité préventive : la « conformité de papier »⁴⁹ demeure un risque, c'est-à-dire la production de documents et la mise en place de structures sans véritables changements dans les conditions de travail et de santé et sécurité; c'est le cas en particulier si le système retenu, ou sa mise en œuvre, font peu de place à la représentation et la participation des travailleurs⁵⁰. Dans le cas du recours à la norme CSA Z1000⁵¹, la forme exacte diffère de celle du programme de prévention prévu par la LSST, mais l'utilisation adéquate de cette norme peut permettre d'atteindre les objectifs de chacun des éléments du PP tels que prévu à l'article 59 de la LSST. À la différence d'autres systèmes, cette norme contient des exigences quant à la représentation et la participation des travailleurs. Les critères d'évaluation de la conformité des établissements quant au PP devraient être clairs et centrés sur la qualité de la démarche d'identification des risques et des mesures préventives retenues, sur la participation des travailleurs à la démarche, condition de cette qualité et finalement sur l'implantation réelle et effective de ces mesures préventives. Il s'agit donc non seulement de vérifier un processus, mais également des résultats. Cela éviterait que des initiatives des établissements souhaitant se conformer réellement à la Loi et même aller au-delà des exigences du PP, pour protéger adéquatement la santé et la sécurité de leurs travailleurs,

ne soient bloquées par des questions de forme, si ces critères de qualité sont vérifiés et atteints.

QUALITÉ DU CONTENU ET DE L'IMPLANTATION DU PROGRAMME DE PRÉVENTION

Recommandation #4

Le programme de prévention doit faire l'objet d'une campagne soutenue de la part des inspecteurs, où la qualité du contenu et de l'implantation sera vérifiée. Les indications données par la CSST et la vérification doivent établir clairement que :

- le programme de prévention doit s'appuyer sur une démarche d'identification systématique des risques pour la santé comme pour la sécurité,
- dans le choix des mesures préventives, la priorité doit aller à l'élimination du risque à la source.

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

Des études ont démontré que le programme de santé élaboré par les équipes de santé au travail du réseau public a des effets significatifs et positifs sur la réduction de l'incidence des accidents⁵². Elles ont également établi que le programme de santé et l'action des équipes contribuent de manière significative à l'implantation de mesures d'élimination à la source (ex : réduction du bruit, substitution de produits chimiques) de même qu'à celle de structures en prévention (CSS) et d'activités de prévention (ex.: organisation des premiers secours et premiers soins)

Or, c'est un fait attesté que les problèmes de sécurité du travail sont plus spontanément reconnus et prévenus que ne le sont les risques à la santé⁵³. La situation s'explique par divers facteurs, notamment, la période de latence parfois longue entre le début de l'exposition et les symptômes et le fait que certaines lésions résultent de la combinaison des effets de plusieurs agresseurs. De plus, les travailleurs manquent souvent de connaissances sur ce à quoi ils ont été exposés. La relation entre les symptômes et leur source n'apparaît pas de manière aussi frappante que lors d'un accident qui, par définition, survient de manière imprévue et soudaine et est, le plus souvent, immédiatement suivi d'effets sur la santé.

La présence des équipes de santé au travail du réseau public assure donc que des efforts particuliers sont consentis pour identifier et maîtriser les risques à la santé, et donne accès, aux entreprises couvertes par cette disposition légale, à des ressources indépendantes et compétentes pour ce faire. Ces équipes jouent un rôle essentiel dans le soutien à la prévention, notamment dans les petits établissements.

Ainsi, l'atteinte des objectifs de la LSST, en particulier ceux du PP, n'apparaît pas réaliste si le soutien que peut donner le réseau public, par l'élaboration du programme de santé, n'est pas accessible. L'expérience de terrain montre que non seulement les petites, mais également les moyennes entreprises rencontrent des difficultés importantes à faire face aux risques pour la santé, sans ce soutien. Le PP ne doit donc pas être dissocié du programme de santé et de l'apport du réseau public. Or, c'est le cas des établissements membres de mutuelles^{vii} qui ne sont pas dans les groupes I, II et III, et qui donc ne sont pas couverts par les règlements sur le programme de prévention et sur les services de santé au travail.

PROGRAMME DE SANTÉ SPÉCIFIQUE À UN ÉTABLISSEMENT

Recommandation #5

Les dispositions de la LSST concernant le programme de santé spécifique à un établissement doivent s'appliquer à tous les secteurs d'activité économique.

1.2 La représentation des travailleurs en matière de SST

De nombreux travaux québécois et internationaux démontrent les effets positifs de la représentation des travailleurs en matière de SST⁵⁴ sur la réduction des lésions professionnelles. Au Québec, on a montré que l'ancienneté du CSS⁵⁵ ou son degré de développement⁵⁶ sont positivement reliés à la réduction de la fréquence des lésions dans le cadre de la mise en place d'un PP (ou du « Plan de prévention » de l'ASP métal-

^{vii} Voir le *Règlement-cadre concernant les ententes relatives au regroupement d'employeurs aux fins de l'assujettissement à des taux personnalisés et aux modalités de calcul de ces taux*, L.R.Q. c. A-3.001, r. 0.4.03 [*Règlement-cadre*]. : celui-ci n'assujettit pas les établissements membres de mutuelles, mais hors des groupes I, II et III, à la couverture par un programme de santé.

électrique, basé sur la même démarche). Au plan international, une récente revue des études scientifiques⁵⁷ établit clairement que la prévention est plus efficace lorsqu'il y a une participation représentative des travailleurs sur les questions de SST que lorsque l'employeur s'en occupe seul. Divers travaux scientifiques démontrent aussi clairement le rôle déterminant de la participation des travailleurs à l'implantation de SGSST de divers types⁵⁸, le PP en vertu de la LSST en étant une forme de base. En effet, les preuves que les obligations relatives à un SGSST peuvent amener des améliorations à la santé et à la sécurité des travailleurs, si le contexte approprié est présent, proviennent surtout de pays où la participation des travailleurs est importante et reconnue par la loi⁵⁹.

La représentation et la participation des travailleurs apparaissent donc essentielles à l'efficacité de dispositions comme le PP et le PSSE, et comme un moyen essentiel pour éviter la « conformité de papier »⁶⁰, qui a malheureusement été un problème auquel le PP a été confronté dans certains établissements⁶¹. Cela a pu être le cas quand le PP a été préparé par des ressources externes, sans réelle participation interne, ni d'un représentant de l'employeur, ni de représentants des travailleurs. Il est donc nécessaire d'y trouver des réponses. L'accroissement de la participation des travailleuses et travailleurs en est une. Les dispositions ayant trait au PP ne devraient donc pas être dissociées de celles qui concernent la représentation des travailleuses et travailleurs.

La plupart des législations des pays industrialisés établissent des dispositions obligatoires quant à la représentation et la participation des travailleuses et travailleurs en SST, pour tous les établissements (à partir d'une certaine taille) de tous les secteurs d'activité économique. C'est en effet ce qu'indique la Convention no 155 de l'Organisation internationale du travail concernant la sécurité et la santé au travail et l'environnement de travail^{viii}. Les législations prescrivant la gestion systématique de la prévention prévoient le plus souvent la participation des travailleurs à ce processus⁶². C'est le cas de la *Directive 89/391/CEE* avec laquelle les législations de tous les pays de l'Union

^{viii} Voir *Convention (C155) sur la sécurité et la santé des travailleurs*, OIT, 1981, entrée en vigueur le 11 août 1983 et la *Recommandation (R164) sur la sécurité et la santé des travailleurs*, OIT, 1981. Pour un état des lieux sur cette question, voir l'étude d'ensemble de la Conférence internationale du travail portant sur la C155, publiée en 2009, aux pages 73 et ss.

Européenne se sont harmonisées^{ix}. En Australie, toutes les juridictions prévoient une obligation pour l'employeur de consulter les travailleurs en relation avec la SST⁶³. Une disposition légale récente, adoptée dans l'État de Victoria en Australie en 2004⁶⁴, concerne même la représentation des travailleurs en matière de SST dans les établissements où se retrouvent plusieurs employeurs, et des dispositions semblables existent dans l'État de New South Wales. Plusieurs États des États-Unis prévoient la création de comités de santé et de sécurité du travail⁶⁵.

Les comités de santé et de sécurité du travail

Au Québec, la création d'un CSS ne constitue pas une obligation d'emblée. Elle le devient si la demande en est faite par l'association accréditée ou les travailleurs. Cela ne s'applique cependant que dans 10 secteurs d'activité économique sur 32 (soit les groupes I et II, voir tableau 1). Même dans ces secteurs, en dehors des milieux syndiqués, il est très peu probable que les travailleurs prennent cette initiative. Des secteurs d'activité économique (les 5 secteurs du groupe III, voir tableau 1) sont couverts par l'obligation du PP et du PSSE, sans que les mécanismes de représentation des travailleurs s'appliquent. Or, comme on l'a vu précédemment, la représentation des travailleurs en SST est un facteur de succès majeur, et elle est largement promue par les intervenants en SST. Bien que l'on trouve des CSS (sans les pouvoirs dévolus par la LSST) dans des établissements des groupes III, IV, V et VI, non couverts par cette disposition, cela n'est pas systématique. Les établissements qui deviennent membres de mutuelles doivent produire un programme de prévention; mais si l'établissement n'est pas dans les groupes I ou II (voir tableau 1), ils ne sont pas couverts par les dispositions de la LSST sur les CSS, même si leur taille est suffisante^x. On a donc dissocié le PP et la participation des travailleurs, alors que celle-ci est une condition d'efficacité démontrée. Le message porté par l'absence d'obligation et par la couverture incomplète des secteurs d'activité économique est contraire à l'esprit de la loi et discrédite cette mesure de prévention.

^{ix} *Directive 89/391/CEE*, art. 11. [Voir l'extrait en annexe 1].

^x Voir le *Règlement-cadre* : Les établissements membres de mutuelles hors de groupes I et II ne sont pas couverts par les dispositions concernant les CSS et les RP, même quand leur taille est suffisante.

Au Canada, comme le montre le tableau 2, toutes les juridictions sauf le Québec, l'Île du Prince Édouard et l'Alberta ont institué l'obligation (et non la possibilité, si demandé) de mettre en place un CSS, dans tous les secteurs d'activité économique, soit à partir de plus de 10 travailleurs (2 juridictions sur 11), soit à partir de 20 ou plus de 20 travailleurs (6 juridictions sur 11) comme le montre le tableau 2⁶⁶. C'est donc une obligation déjà largement consacrée par les législations du Canada comme d'autres pays industrialisés.

COMITÉS DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL
<p>Recommandation #6</p> <p>Les dispositions de la LSST concernant les comités de santé et de sécurité du travail (CSS) doivent s'appliquer à tous les secteurs d'activité économique.</p>
<p>Recommandation #7</p> <p>Les dispositions qui concernent les comités de santé et de sécurité du travail (de même que celles qui concernent le représentant à la prévention) doivent être adoptées simultanément avec celles qui concernent le programme de prévention et le programme de santé.</p>
<p>Recommandation #8</p> <p>Les comités de santé et de sécurité du travail doivent être rendus obligatoires (« doit » et non « peut », à l'article 68 LSST).</p>
<p>Recommandation #9</p> <p>La participation d'un employeur à une mutuelle de prévention doit être associée à l'obligation non seulement d'implanter un programme de prévention, mais également de mettre en place un comité de santé et de sécurité du travail, en vertu de la LSST telle que modifiée.</p>

Les représentant-e-s à la prévention (RP)

Outre les résultats précédemment cités quant aux effets positifs de la représentation des travailleurs, il faut ajouter ceux qui concernent spécifiquement les représentants à la prévention ou leur équivalent dans d'autres législations.

Le premier constat est que dans les établissements où existe un CSS, le RP permet de dynamiser la prévention par l'action d'une personne formée, disposant de temps pour faire avancer des démarches en prévention. En effet, au Québec, on a observé que la

présence d'un représentant à la prévention est associée à des CSS plus actifs (plus de réunions, de recommandations et d'activités parmi celles prescrites par la LSST)⁶⁷. Cela concorde parfaitement avec les constats de la littérature scientifique internationale⁶⁸. Malgré ce constat, les dispositions de la LSST concernant les représentants à la prévention ne s'appliquent que dans les établissements des groupes I et II.

Le second constat concerne le rôle positif des représentants des travailleurs en SST dans les petits établissements. En effet, l'une des initiatives reconnues comme les plus efficaces pour favoriser la prévention dans les petites entreprises est celle des représentants régionaux en SST en Suède⁶⁹. Il s'agit d'une exigence établie depuis longtemps maintenant (1974). La grande majorité des petites entreprises de ce pays, y compris celles sans syndicat ou sans CSS, sont ainsi couvertes par cette disposition. Les représentants régionaux sont nommés par une organisation syndicale. Leurs principales responsabilités consistent à inspecter et vérifier les conditions de SST, demander les modifications jugées nécessaires, promouvoir la participation des employés et la formation de représentants locaux et supporter la gestion systématique de la SST dans les entreprises. L'approche permet de pallier l'effet des ressources limitées dans les petits établissements; le partage d'idées et de ressources rend possible la réalisation de diverses activités en prévention. Dans la très grande majorité des cas, la relation des représentants avec les employeurs est basée sur le dialogue et s'avère très rarement conflictuelle. L'action des représentants régionaux est reconnue par divers observateurs, dont des représentants d'employeurs, comme ayant une contribution majeure à l'amélioration de l'environnement de travail et de ce fait à la réduction des lésions professionnelles⁷⁰. L'évaluation d'un projet pilote de représentants itinérants dans le secteur de l'agriculture au Royaume-Uni a démontré la faisabilité de l'implantation de ce dispositif. De plus, des améliorations réelles ont été observées à la suite des visites de ces représentants au sein des fermes participantes, notamment sur le plan des mesures concrètes, des habiletés, des attitudes et des compétences en gestion de la SST⁷¹. Des formules de représentants régionaux des travailleurs en matière de SST existent également en Norvège et en Italie et démontrent aussi des effets positifs⁷².

Déjà, au Canada, le représentant des travailleurs en matière de SST est obligatoire dans tous les secteurs dans 5 juridictions sur 10, en excluant le Québec. Il est également

obligatoire dans certains secteurs de 2 autres juridictions et, dans 1 autre encore, si cela est ordonné par un inspecteur. Au total, ce sont donc 8 juridictions au Canada qui ont reconnu, via leur législation, la contribution des représentants des travailleurs en SST à la prévention dans les petits établissements. De fait, certains auteurs considèrent que l'exemption de l'application de mesures concernant la participation des travailleurs est discriminatoire envers les employés de petites entreprises⁷³.

Au Québec, en 2008, 31,6% des employés se trouvaient dans des entreprises de moins de 20 employés⁷⁴ et 51,5% des établissements comptaient entre 1 et 4 travailleurs⁷⁵. La limite fixée à plus de 20 travailleurs pour la création d'un CSS en vertu de la LSST fait donc qu'un très grand nombre de travailleurs ne sont couverts par aucune des dispositions qui favoriseraient leur participation à l'identification des risques et à la définition des mesures préventives, alors que les risques sont plus importants dans les petites entreprises⁷⁶.

REPRÉSENTANTS À LA PRÉVENTION

Recommandation #10

Les dispositions de la LSST concernant les représentants à la prévention doivent s'appliquer à tous les secteurs d'activité économique.

Recommandation #11

La nomination d'un représentant à la prévention doit être rendue obligatoire (article 87 LSST).

REPRÉSENTANTS ITINÉRANTS DES TRAVAILLEURS À LA PRÉVENTION

Recommandation #12

Les dispositions visant la prévention dans les petits établissements doivent être renforcées. À cet effet :

- Un projet pilote doit être mis sur pied sur la formule des représentants itinérants des travailleurs à la prévention, pour les établissements de 20 travailleurs et moins.
- À l'issue du projet pilote, soit la formule des représentants itinérants sera étendue, soit l'obligation d'un représentant à la prévention par établissement de 20 travailleurs et moins sera promulguée, à l'image de ce que prévoit le Code canadien du travail, Partie II.

La représentation des travailleurs dans le secteur de la construction

Le secteur de la construction continue à connaître des taux de lésions et de décès très élevés. Le Plan d'action construction montre que des efforts soutenus peuvent générer des résultats. Outre de telles actions de la part de l'inspectorat, un ensemble d'autres propositions ont été formulées à la suite d'une étude de terrain visant à définir les moyens d'accroître les efforts de prévention dans le secteur de la construction au Québec⁷⁷. L'étude de Brun (2004) souligne entre autres le rôle positif de la participation des travailleurs et des entrepreneurs sous-traitants aux réunions de sécurité, mais met en évidence les nombreuses difficultés pour la tenue des réunions des comités de chantier prévus par le Code de sécurité sur les chantiers de construction. Or, l'auteur rapporte que ces comités sont rarement mis en place, d'une part, et d'autre part que la majorité des chantiers comptent moins de 25 travailleurs, seuil à partir duquel devrait être créé un comité en vertu du Code. Le rapport souligne aussi que les délégués (syndicaux) de chantier sont peut-être les seules personnes, parmi les travailleurs, « à véritablement pouvoir s'exprimer sur les risques, étant donné la position de représentation qu'ils occupent, la possibilité de respecter l'anonymat des revendications des membres de leur local syndical et leur participation aux réunions du comité de sécurité de chantier. » (Brun 2004, p. 41). Dans une étude réalisée en Irlande du Nord, une relation statistiquement significative a été observée entre la conformité en SST sur le chantier et la présence d'un représentant des travailleurs en matière de SST, et c'était la seule variable démontrant une relation significative avec les comportements de sécurité⁷⁸.

Nous reprenons ici la proposition #8 formulée par Brun⁷⁹ quant à l'organisation d'un Forum permettant de discuter des problèmes concrets de l'organisation de la prévention sur les chantiers.

Par ailleurs, dans la perspective d'améliorer la sécurité sur les chantiers, nous reviendrons au point 2 sur l'intégration de la prévention dès la conception.

COMITÉS DE CHANTIER ET REPRÉSENTANTS À LA PRÉVENTION SUR LES CHANTIERS

Recommandation #13

Les articles de la section III de la LSST concernant le comité de chantier doivent être promulgués.

Recommandation #14

Les articles de la section IV de la LSST concernant les représentants à la prévention sur les chantiers doivent être promulgués.

Recommandation #15

Un Forum élargi sur la sécurité du travail dans la construction doit être organisé afin :

- d'identifier les difficultés pratiques pour la mise en œuvre des dispositions sur les comités de chantier et les RP sur les chantiers et de cerner les mesures requises pour pallier cette situation;
- d'établir les modalités de l'application du projet pilote de représentants itinérants de travailleurs à la prévention (Recommandation #12) dans les chantiers de moins de 25 travailleurs où un comité de chantier n'est pas requis selon le Code de sécurité sur les chantiers de construction;
- plus généralement, d'échanger les points de vue et de poursuivre les efforts en matière de sécurité sur les chantiers de construction.

2. Redynamiser la prévention

Trente ans après l'adoption de la LSST, les leviers et les obstacles à la mise en œuvre de la prévention sont mieux connus grâce entre autres à la recherche menée au Québec⁸⁰ et ailleurs⁸¹. Au cours de cette période, les législations d'autres pays ont évolué pour prendre en compte ces facteurs favorables et défavorables. Dans cette deuxième partie, nous proposons des moyens d'insuffler un nouveau dynamisme à la prévention en faisant appel à la législation.

2.1 Dans les milieux de travail (haute direction, formation, conception et changements, mandat des CSS et RP)

Des responsabilités explicites pour la haute direction

Il est largement reconnu par les praticiens et bien établi par la recherche que l'engagement de la haute direction est un facteur clé du développement de la prévention dans les lieux de travail : la recherche montre toutefois que cet engagement est fortement relié aux exigences légales⁸². Cela demeure vrai même si les avantages économiques d'une gestion intégrée de la prévention sont davantage admis de nos jours. Ces derniers sont plus facilement perceptibles pour les grandes entreprises structurées, qui sont mieux en mesure de faire des investissements à long terme et dont la main-d'œuvre est qualifiée et donc relativement rare, en plus d'être syndiquée. Or, même dans cette situation, en l'absence d'obligation, l'appui de la direction est particulièrement fragile en période de crise où les intérêts économiques à court terme deviennent la priorité. Les ressources consenties et les objectifs de participation des travailleurs à la gestion de la SST sont souvent les premières cibles des coupures internes.

Les modifications récentes au *Code criminel*^{xi} ont suscité une prise de conscience chez les personnes exerçant une autorité dans les lieux de travail quant à leurs responsabilités à

^{xi} *Loi modifiant le Code criminel (responsabilité pénale des organisations)*, L.C. 2003, c. C-21.

l'égard de la protection de la santé et de la sécurité des personnes au travail. Il y est maintenant indiqué que :

« 217.1 Il incombe à quiconque dirige l'accomplissement d'un travail ou l'exécution d'une tâche ou est habilité à le faire de prendre les mesures voulues pour éviter qu'il n'en résulte de blessure corporelle pour autrui. »^{xii}

Toutefois, le faible nombre de poursuites intentées jusqu'ici pourrait limiter la portée de cet incitatif à la diligence raisonnable. Dans un contexte où le nombre toujours élevé des décès au travail révèle la persistance de conditions de travail dangereuses, le peu d'empressement à recourir à la législation fait en sorte que plusieurs praticiens de la prévention craignent que cet incitatif s'estompe ou qu'il mène surtout à de la « conformité de papier ».

Par ailleurs, la recherche montre que pour être efficace, l'engagement de la direction en matière de SST doit se manifester concrètement, par exemple par la valorisation de la concertation avec les travailleurs et par l'octroi de moyens au CSS pour assurer l'efficacité de son action⁸³ : cet engagement concret est déterminant pour l'appui des superviseurs au CSS, sans compter qu'il influence aussi l'appui des travailleurs à ce même comité. Des législations comme le *Code canadien du travail* prévoient à cet effet que la direction doit répondre par écrit, et dans un certain délai, aux questions et recommandations du CSS^{xiii}. D'autres définissent des obligations explicites, positives, soit pour les directeurs, soit pour les « senior managers ». Selon une recension menée dans 9 pays⁸⁴, c'est le cas pour 7 d'entre eux : Allemagne, France, Italie, Suède, Japon, Canada (4 juridictions sur 14) et Australie (2 juridictions sur 9); au Canada, c'est le cas de l'Ontario^{xiv}, de la Colombie-Britannique, des Territoires du Nord-Ouest et de l'Alberta.

Lorsque la SST n'est pas un enjeu important pour la direction, les représentants de l'employeur délégués au CSS ont peu de pouvoir, ce qui démobilise tous les membres. Le

^{xii} *Code criminel*, L.R.C. 1985, c. C-46, art. 217.1.

^{xiii} *Code canadien du travail*, partie II, art. 125 (1) z.10).

^{xiv} À titre d'exemple, voir la législation de l'Ontario, *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, L.R.O. 1990, c. O.1, art. 32. [*Loi sur la santé et sécurité au travail*].

fait de nommer explicitement la haute direction de l'établissement et de lui attribuer des responsabilités claires devrait entre autres faciliter le fonctionnement des CSS.

RESPONSABILITÉS EXPLICITES ET POSITIVES DE LA HAUTE DIRECTION

Recommandation #16

La LSST doit définir des obligations destinées explicitement à la haute direction.

Recommandation #17

L'employeur doit avoir l'obligation de répondre par écrit, dans un certain délai, aux questions et recommandations du CSS et du RP. Le maître d'œuvre doit avoir la même obligation par rapport au comité de chantier.

De la formation pour différents acteurs de l'établissement

Pour les superviseurs

Le rôle important joué par les superviseurs en matière de prévention est bien démontré par diverses études à l'échelle internationale⁸⁵ et au Québec⁸⁶. Par exemple, il apparaît déterminant dans la réussite de l'affectation des travailleuses enceintes⁸⁷. Cependant, leur capacité à jouer un rôle positif est influencée par divers facteurs, liés à leur contexte immédiat de travail⁸⁸, incluant l'organisation concrète de la prévention et le support fonctionnel dont ils disposent, de même que leur charge de travail. Or, les superviseurs, contremaîtres et surintendants sont souvent surchargés, ce qui nuit à la prise en charge de la prévention, comme cela a été établi dans le secteur de la construction⁸⁹. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, les restrictions budgétaires et les réorganisations ont mené à la réduction du nombre de cadres. Puisque ces personnes doivent coordonner le travail d'équipes beaucoup plus grandes, et ce sur des sites différents, cela affecte négativement le support qu'elles peuvent offrir pour protéger la santé et la sécurité de ces travailleurs⁹⁰. Des conditions doivent être prévues pour soutenir les superviseurs en matière de prévention⁹¹.

La législation ne peut modifier l'ensemble des conditions dans lesquelles travaillent les superviseurs. Toutefois, elle peut affirmer clairement la responsabilité de la haute

direction en matière de SST, comme on l'a déjà suggéré, et exiger que les superviseurs reçoivent une formation qui les aide à jouer leur rôle déterminant. Or, la LSST ne mentionne explicitement ni la direction, ni les superviseurs, contrairement à d'autres législations comme celle de l'Ontario. Celle-ci impose des devoirs aux superviseurs^{xv} et indique que l'employeur doit s'assurer que les superviseurs soient des « personnes compétentes », c'est-à-dire, entre autres, qu'ils connaissent bien la loi et les règlements en matière de SST, et les dangers du lieu de travail pour la SST des travailleurs et des travailleuses^{xvi}. En ce qui a trait au *Code canadien du travail*, il prévoit que l'employeur doit fournir aux personnes assurant des fonctions de direction ou de gestion une formation adéquate en SST; il doit également voir à ce qu'elles soient informées de leurs responsabilités^{xvii}.

Pour un représentant de l'employeur

La LSST établit le droit de l'employeur à des services de formation (article 50). Mais elle ne crée pas d'obligation à cet égard. Les personnes chargées de la prévention sont souvent tout à fait démunies face à ces responsabilités. Actuellement, les effets des dispositions de la LSST sont limités par l'absence de mesure favorisant la présence de personnes formées adéquatement en prévention, dans les milieux de travail. On observe qu'une formation de base chez les personnes coordonnant la prévention pour l'employeur génère un degré plus élevé d'activité en prévention⁹². Sur les chantiers de construction, on constate également la nécessité d'une formation plus approfondie en SST et en gestion des chantiers pour les contremaîtres, les surintendants et les délégués de chantier⁹³.

L'identification adéquate des risques et des mesures de prévention ne peut se faire par des personnes externes à l'entreprise agissant seules. L'efficacité des mesures préventives et le succès de leur implantation dépendent de l'implication de représentants de l'employeur et des travailleurs. Cela exige de la part de l'employeur une formation de base, pour au moins un de ses représentants.

^{xv} *Ibid.*, art. 27.

^{xvi} *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, art. 25 (2) et art. 1 (1), (définition de « personne compétente »). [Voir l'extrait à l'annexe 1].

^{xvii} *Code canadien du travail*, partie II, art.125 (1) z). [Voir l'extrait à l'annexe 1].

La législation européenne comprend des dispositions explicites requérant la présence de personnes devant s'occuper des activités de protection et de prévention des risques professionnels et ce, dans tous les secteurs. Ces personnes doivent disposer des compétences requises et du temps approprié^{xviii}.

Pour les membres de CSS

Actuellement, le manque de formation des membres des CSS est un obstacle important à l'atteinte de l'objectif d'éliminer les risques à la source⁹⁴. En effet, l'un des facteurs d'efficacité d'un CSS est la durée de la formation reçue par ses membres, qui est associée à une réduction des taux de lésions professionnelles⁹⁵. La formation est un moyen d'assurer la qualité de l'identification des risques et des mesures de prévention retenues. On a de fait constaté le rôle des compétences des participants (travailleurs et gestionnaires des opérations) aux démarches d'intégration de la prévention à la conception⁹⁶.

Certaines législations comme le *Code canadien du travail*, Partie II, exigent que les membres du comité reçoivent la formation nécessaire^{xix}. De même, la législation ontarienne prévoit qu'au moins un membre du comité représentant l'employeur et un membre représentant les travailleurs reçoivent une formation portant, entre autres, sur la détermination, l'évaluation et le contrôle des dangers. Cette formation obligatoire, en deux parties, en fait des membres « agréés », disposant de fonctions et de pouvoirs particuliers^{xx}, comme de demander qu'un superviseur fasse enquête sur des circonstances dangereuses, d'arrêter le travail, le tout selon des règles précises quant au rôle de chaque partie. Il apparaît important que les membres des CSS disposent, au-delà d'une formation sur le fonctionnement d'un comité, de connaissances sur les risques présents dans leur milieu de travail, et sur les méthodes d'identification des risques et les mesures de prévention de manière à favoriser la réalisation d'actions concrètes dans l'établissement.

^{xviii} *Directive 89/391/CEE*, art. 7. [Voir l'extrait à l'annexe 1].

^{xix} *Ibid.*, art.125 (1) z.01). [Voir l'extrait à l'annexe 1].

^{xx} *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, art. 9 (12). [Voir l'extrait à l'annexe 1]. Des informations peuvent être obtenues sur les normes d'agrément et le contenu de la formation, sur le site suivant : http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/Public/fr_certificationtraining

L'ergonomie, parce qu'elle est centrée sur l'analyse de l'activité réelle de travail, est un outil puissant pour répondre à ces objectifs : elle peut permettre de comprendre et de lever les obstacles à l'intégration de la prévention, en conciliant les objectifs d'efficacité. La formation devrait également porter sur l'implantation et le maintien des mesures de prévention.

Dans plusieurs juridictions, il existe des obligations quant à la formation de diverses personnes, dont des représentants des travailleurs; de plus, certaines de ces juridictions donnent à ces personnes des pouvoirs spécifiques. On a vu que l'Ontario accorde des pouvoirs particuliers aux membres agréés des comités de SST, dont l'un représente les travailleurs et l'autre l'employeur. La Suède, l'État de Victoria en Australie et la Nouvelle-Zélande ont misé sur le rôle positif des représentants des travailleurs en leur attribuant des mandats et pouvoirs étendus. Ainsi, la Suède donne aux représentants des travailleurs en SST, le droit de faire cesser un travail dangereux^{xxi}. Dans l'État de Victoria en Australie, les représentants des travailleurs disposent du droit d'adresser à l'employeur et aux collègues un « avis provisoire d'amélioration » (provisional improvement notice)^{xxii}. Les évaluations indiquent que ces pouvoirs ont été utilisés efficacement et de manière responsable, et que cela a accru de manière considérable la légitimité de ces représentants⁹⁷. La formation d'acteurs de l'établissement est ainsi susceptible de stimuler l'action en prévention tout en lui donnant des bases solides.

FORMATION OBLIGATOIRE D'UN REPRÉSENTANT DE L'EMPLOYEUR ET D'UN REPRÉSENTANT DES TRAVAILLEURS, MEMBRES DU CSS

Recommandation #18

La LSST doit prévoir une obligation relative à la formation d'au moins un membre du comité de SST représentant l'employeur et un membre représentant les travailleurs, menant à un agrément, à l'image des dispositions existant en Ontario.

- La majeure partie de cette formation doit porter sur les risques, leur identification, les mesures de prévention et les manières d'en assurer l'implantation et le maintien. L'analyse de l'activité réelle de travail proposée par

^{xxi} *Work Environment Act*, SFS 1977:1160.

^{xxii} *Occupational Health and Safety Act 2004* (Vic.), art. 60. [Voir l'extrait à l'annexe 1].

<p>l'ergonomie doit être intégrée à cette formation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pour que la formation soit bien adaptée aux risques présents dans le secteur d'activité économique, elle doit être dispensée par l'association sectorielle paritaire du secteur auquel appartient l'établissement. Des arrangements devront être faits pour assurer une formation appropriée pour les secteurs non encore couverts par une ASP. • Les membres agréés seront dotés de pouvoirs étendus, s'inspirant des dispositions existant en Ontario et en Suède (droit de faire cesser un travail dangereux) et dans l'État de Victoria en Australie (droit d'émettre un « avis d'amélioration provisoire » à l'employeur et aux collègues).
<p>FORMATION DES REPRÉSENTANTS DE L'EMPLOYEUR (SUPERVISEURS)</p>
<p>Recommandation #19</p> <p>Des mesures assurant une formation en prévention en SST aux superviseurs doivent être ajoutées à la LSST, à l'image de ce qui est prévu par le <i>Code canadien du travail</i>, Partie II article 125.(1).</p>

Les recommandations qui précèdent ne remplacent pas mais s'ajoutent aux possibilités de formation déjà accessibles au RP en vertu des articles 91 LSST et 4 du Règlement sur le représentant à la prévention dans un établissement^{xxiii}.

L'intégration de la prévention à la conception et aux changements

La nécessité et la faisabilité de l'intégration de la prévention aux changements qui surviennent dans les milieux de travail est de plus en plus reconnue. Un nombre grandissant d'études scientifiques montrent que les réductions de personnel et d'autres formes de restructurations de ce type ont de profonds effets négatifs sur la sécurité, la santé et le bien-être des travailleurs, y compris en matière de santé psychologique⁹⁸. Par ailleurs, les changements technologiques ou architecturaux peuvent introduire de nouveaux risques ou reconduire des risques existants. Dans l'état actuel des choses, les projets de conception des installations de production débouchent trop souvent sur la conception d'installations non sécuritaires.

^{xxiii} *Règlement sur le représentant à la prévention dans un établissement*, R.R.Q. 1984, c. S-2.1, r. 18.01.

« Une enquête réalisée en 2001 auprès d'une centaine d'ingénieurs québécois, à l'initiative de l'OIQ, révèle que ceux-ci éprouvent des difficultés pouvant conduire à la conception de situations à risque : choix de procédés non sécuritaires, manque de connaissance pratique du travail et de l'exploitation, consultation déficiente des opérateurs, difficultés dans l'identification des points faibles d'une solution (ex. : Efor 1999 ; OIQ 2002a ; Picard 2004; OIQ 2006). » (Lamonde et coll., 2010, p.4)

L'intégration de la prévention et de l'ergonomie à la conception présente un potentiel encore sous-exploité. Lorsque les démarches appropriées sont mises en œuvre, les projets de conception peuvent être des occasions d'intégrer la prévention, évitant ainsi de devoir gérer des risques, compenser des atteintes à l'intégrité physique et apporter des corrections par la suite, souvent imparfaitement et avec des coûts élevés. De fait, des expériences internationales⁹⁹ et québécoises¹⁰⁰ démontrent avec éloquence l'efficacité de l'intégration de la prévention à la conception (architecturale et en ingénierie, par exemple) et aux changements organisationnels.

«Le cas de la conception d'une aluminerie québécoise offre un exemple de ce potentiel (Lamonde et coll. 2007). L'intervention d'un ergonomiste et de deux préventionnistes a permis d'éliminer plus de 2 000 situations dangereuses au stade de l'ingénierie de définition (alors que l'usine n'est encore que sur papier), de réduire le risque associé à près de 500 autres situations dangereuses et de résoudre des problèmes d'usage qui auraient généré de l'inefficacité ; les situations dangereuses résiduelles ont été listées, ce qui a permis de planifier le programme de prévention avant le démarrage de l'usine.» (Lamonde et coll., 2010, p.3)

Des réflexions quant à une meilleure intégration de la prévention lors de la conception ont cours actuellement tant du côté de l'Ordre des ingénieurs du Québec¹⁰¹ que de la CSST, par exemple via le Plan d'action sécurité des machines. En ce sens, renforcer la LSST en matière d'intégration de la prévention aux projets supporterait des pratiques émergentes ayant un très fort potentiel en termes de prévention.

Plusieurs articles déjà existants de la LSST permettraient une meilleure intégration de la prévention dès la conception^{xxiv}, mais ne semblent pas ou plus utilisés. L'article 54 qui a

^{xxiv} *Loi sur la santé et sécurité du travail*, L.R.Q c. S-2.1, art. 54, 63, 190 et 223 (14) [LSST]. [Voir les extraits à l'annexe 1].

trait à la construction d'un établissement et la modification des installations ou équipements, exige la transmission à la CSST des plans et devis attestant de la conformité aux règlements, dans les cas qui seraient définis par règlement. Une copie des plans et devis devrait alors être transmise au CSS et s'il n'y a pas de comité, au RP. Cet article vient donc concrétiser le devoir général de l'employeur (article 51, en particulier l'alinéa 1). Or, à notre connaissance, la CSST ne fait plus d'analyse des plans et devis. L'article 223 (14) permet entre autres à la CSST d'établir des règlements prescrivant des normes de construction, d'aménagement, d'entretien et de démolition, ce qui, à notre connaissance, n'a pas été fait. Par ailleurs, les articles 63 et 190 concernent le fait de « fabriquer, fournir, vendre, louer, distribuer ou installer le produit, le procédé, l'équipement, le matériel, le contaminant ou la matière dangereuse » et donnent des pouvoirs à l'inspecteur et à la CSST afin de s'assurer que ces activités soient sécuritaires incluant le droit d'arrêter ces activités.

Une utilisation conséquente des instruments déjà donnés par la LSST pourrait contribuer grandement à ce que la SST soit mieux intégrée avant même l'entrée des équipements dans le lieu de travail, et au moment de la conception des installations et procédés.

Dans cette perspective, le Règlement canadien sur la santé et la sécurité du travail comprend une disposition selon laquelle la préoccupation pour l'ergonomie doit être intégrée lors de changements dans le milieu de travail^{xxv}. Il serait donc intéressant que la loi québécoise contienne également une telle disposition. En Europe, la *Directive 98/37/CE*^{xxvi} prévoit entre autres que « Les États membres prennent toutes les mesures utiles pour que les machines ou les composants de sécurité auxquels s'applique la présente directive ne puissent être mis sur le marché et mis en service que s'ils ne compromettent pas la sécurité et la santé des personnes (...) ». En Australie, diverses juridictions (fédérales et d'États) obligent l'employeur, lorsqu'il introduit des changements au lieu de travail ou au processus de travail, d'identifier les risques, de les évaluer, de consulter les représentants des travailleurs et de prendre les mesures

^{xxv} *Règlement canadien sur la santé et la sécurité du travail*, D.O.R.S/86-304, art.19.5(4) [*Règlement canadien sur la santé et la sécurité du travail*]. [Voir l'extrait à l'annexe 1].

^{xxvi} *Directive 98/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 22 juin 1998 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux machines*, [1998] J.O. L 207/1.

appropriées pour contrôler tout risque significatif identifié, incluant les risques psychosociaux¹⁰².

Par ailleurs, la prise en compte de la prévention dès la conception influence également la santé et la sécurité sur les chantiers de construction. En effet, la prise en compte non optimale des situations de travail avant même que les installations ne soient livrées aux opérations amène des révisions au cours de la construction qui s'avèrent défavorables à la sécurité sur le chantier¹⁰³. Des dispositions visant à prévenir ce type de problème existent, notamment, au Royaume-Uni¹⁰⁴.

INTÉGRATION DE LA PRÉVENTION À LA CONCEPTION
Recommandation #20 Des dispositions légales ou réglementaires visant l'intégration de la prévention lors de la construction doivent être définies et adoptées; cela doit se faire dès la conception et dans la planification des travaux (logistique, approvisionnement, organisation du travail).
Recommandation #21 La LSST doit inclure les moyens légaux et réglementaires appropriés pour assurer une intégration réelle de la prévention dès la conception, pour réaliser l'objectif visé par les articles 54, 63, 190 et 223 (14).
Recommandation #22 La LSST doit inclure des dispositions visant l'intégration de la prévention et de l'ergonomie des situations de travail lors des changements dans le lieu de travail, y compris les changements organisationnels, technique et architecturaux, à la manière des dispositions prévues par le Règlement canadien sur la santé et la sécurité du travail (19.5(4)). L'ergonomie doit ici être comprise comme l'adaptation du travail à la personne, allant donc au-delà de la prévention des troubles musculo-squelettiques.

Des travaux québécois passés et en cours examinent les moyens de valoriser la prise en compte de l'utilisation future d'installations et d'équipements, de manière à intégrer la prévention dès la conception¹⁰⁵. Ils pourront ainsi inspirer les développements suggérés par les recommandations qui viennent d'être énoncées.

Quant à la recommandation #21, les réflexions qui suivent pourraient aider à sa concrétisation. Ainsi, s'il ne s'avère pas possible que la CSST révise l'ensemble des plans et devis, la possibilité suivante devrait être examinée :

- L'employeur (maître d'ouvrage) devra démontrer qu'il a fait des analyses de risque tout au long du projet de conception, selon des standards définis qui comprendront la consultation des travailleurs et de leurs associations accréditées.
- Les représentants des travailleurs et les superviseurs participant à l'examen des projets de conception devront recevoir une formation leur permettant de bien comprendre le processus de manière à pouvoir y participer réellement.
- L'employeur devra produire et présenter un document identifiant les risques résiduels et les moyens de gestion prévus pour la mise en route puis l'exploitation des installations.
- Les inspecteurs devront vérifier que ce programme de prévention est adéquat.
- Ces risques et stratégies de gestion devront être inclus dans la formation des travailleurs.
- La certification des démarches adoptées pour intégrer la prévention dans les projets pourrait être une des modalités utilisées.
- La formulation et le contrôle des obligations définies par la loi devront viser à éviter la conformité de papier. Ces obligations devront dépasser celles de processus (moyens) pour s'étendre aux résultats (en termes de santé et de sécurité), et aller au-delà de la simple conformité à la réglementation déjà existante.

Enfin, quant à la recommandation # 22, l'intégration de l'ergonomie permet de compléter les approches dites «directes» du risque, parfois intégrées en conception (HAZOP, analyses de risques, check lists, questionnaires, mises aux normes SST). Des travaux français¹⁰⁶, dont ceux de l'INRS¹⁰⁷, de même que des recherches et des expériences industrielles québécoises¹⁰⁸ montrent que «passer par l'analyse de l'activité réelle», comme le suggère l'ergonomie, est une approche dite «indirecte» du risque qui met en évidence des risques que les analyses directes ne permettent pas de déceler.

Un mandat élargi pour les CSS et les RP

Dans leurs contacts avec les milieux de travail, les signataires de ce mémoire constatent que les responsables de la SST comme les CSS sont souvent tenus à l'écart des discussions et décisions sur des changements qui ont une influence déterminante sur les conditions de réalisation du travail et, en corollaire, sur la santé et la sécurité des travailleurs. Par exemple, on peut penser à des changements technologiques ou d'organisation du travail, des rénovations majeures, de nouvelles constructions, des changements organisationnels et des restructurations. Cela génère le sentiment que le

comité a peu d'influence et démobilise les travailleurs et les superviseurs les plus intéressés à s'impliquer.

Certaines législations, dont le *Code canadien du travail*^{xxvii} ont prévu l'obligation pour l'employeur de consulter le CSS lorsque des changements peuvent avoir une incidence sur la santé et la sécurité au travail. On a vu qu'en Australie, la législation des États et territoires impose entre autres l'obligation aux employeurs, en cas de changements au lieu ou au processus de travail, de consulter les représentants des travailleurs^{xxviii}.

Des dispositions similaires sont présentes dans le *Code du travail français*^{xxix}. De plus, en France, les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ont le droit de faire appel à un expert agréé lors de la présence d'un risque grave ou d'un projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail^{xxx}.

FONCTIONS DU CSS

Recommandation #23

Les fonctions du CSS (article 78 LSST) et du RP (article 90 LSST) doivent être étendues à l'examen des projets de conception et des projets de changements dans le milieu de travail, afin d'anticiper les effets possibles sur la sécurité et la santé, physique comme psychologique, et de favoriser l'intégration de la prévention.

2.2 Par les institutions mises en place par la LSST et par d'autres institutions gouvernementales ou para-gouvernementales

Les recommandations formulées ici veulent susciter un nouvel élan en matière de prévention au Québec. Or, il est clair que toute modification au régime pour améliorer la protection des travailleurs doit être accompagnée d'un financement et des ressources

^{xxvii} Voir *Code canadien du travail*, partie II, art. 125 (1) z.05) et z.06). [Voir les extraits à l'annexe 1].

^{xxviii} Voir *Occupational Health and Safety Act 2000* (N.S.W), art. 13 et 15. [Voir les extraits à l'annexe 1].

^{xxix} *Code du travail français*, art. L. 4612-8, art. L. 4612-9 et art. L. 4612-10,. [Voir les extraits à l'annexe 1].

^{xxx} *Ibid.*, art. L. 4614-12 et art. L. 4614-13. [Voir les extraits à l'annexe 1].

professionnelles adéquates, de même que de stratégies conséquentes des organismes publics (Service de prévention-inspection de la CSST, Équipes de santé au travail) et des autres institutions créées par le régime telles les associations sectorielles paritaires (ASP).

Un contrôle soutenu par les inspecteurs

Le contrôle externe par les inspecteurs est essentiel pour la mise en œuvre des mécanismes prévus par la LSST, en particulier dans les établissements où les conditions sont les moins favorables. Il est essentiel également pour éviter la « conformité de papier ». En effet, une recension systématique des écrits scientifiques révèle une preuve solide quant à la réduction de la fréquence et de la gravité des lésions lorsque les entreprises se voient imposer des pénalités¹⁰⁹. Au Québec, une étude a permis de constater que l'action des inspecteurs de la CSST avait un effet statistiquement significatif, à la baisse, sur les lésions indemnisées (1983-1990)¹¹⁰. Une autre étude¹¹¹. (1983-1989) a observé que le degré de suivi par l'inspecteur avait un effet sur la prise en charge c'est-à-dire sur la mise en place d'un CSS et la désignation d'un RP. De plus, elle a démontré que l'approche la plus efficace en termes de diminution de l'incidence et de la gravité des lésions professionnelles est celle qui combine le contrôle de conformité (visite avec avis de dérogation) et un travail d'assistance de la part de l'inspecteur. L'approche utilisée par les inspecteurs doit donc permettre, en plus du conseil, ce contrôle effectif.

On a vu que la comparaison des législations en matière de prévention en SST dans 63 juridictions au Canada (provinciales et fédérale) et aux États-Unis (des États et fédérale) range la législation du Québec comme la moins contraignante, au 63^e rang sur 63. La comparaison comprend l'examen des poursuites et sanctions possibles envers les entreprises. On ne peut que saluer le relèvement des amendes adopté au printemps 2009 (projet de loi 35). Or, même lorsque la hausse progressive sera complétée en 2011, le montant maximal des amendes demeurera largement inférieur à celui de la majorité des provinces canadiennes.

Il importe donc qu'un contrôle soutenu soit exercé par les inspecteurs. Ils sont les seuls acteurs du régime québécois à disposer de pouvoirs coercitifs. Actuellement, il n'y a qu'eux qui aient accès à tous les secteurs d'activité économique. Une couverture adéquate et un suivi soutenu supposent des ressources conséquentes en nombre et en fait

de compétences. Cependant, malgré une augmentation majeure du nombre de travailleurs (+62%) et d'établissements (+56%) couverts par le régime depuis 1982, le nombre de dossiers d'intervention en prévention/inspection a diminué de 20%¹¹². Les ressources de l'inspectorat n'ont donc pas du tout suivi l'augmentation marquée du nombre de travailleurs et d'établissements et l'apparition de nouveaux risques, ni la complexification des problématiques de SST, liée entre autres au recours accru à des travailleurs employés selon des contrats temporaires, aux agences de location de personnel, aux travailleurs autonomes et à la sous-traitance.

NOMBRE D'INSPECTEURS

Recommandation #24

Le nombre d'inspecteurs doit être revu à la hausse, de manière à assurer un contrôle soutenu de la mise en œuvre des mécanismes de la LSST, en tenant compte de leur extension à tous les secteurs d'activité économique.

FORMATION DES INSPECTEURS

Recommandation #25

La formation des inspecteurs doit leur permettre d'examiner les problèmes reliés à l'ergonomie des situations de travail, aux facteurs psychosociaux, à l'intégration de la prévention à la conception et aux changements (technologiques, architecturaux, organisationnels) et à l'organisation systématique de la prévention.

Une présence soutenue des équipes de santé au travail et des associations sectorielles paritaires

La possibilité d'avoir accès à des ressources externes compétentes influence fortement l'implantation d'activités de prévention et d'un SGSST, que sa forme soit simple ou élaborée¹¹³. Des études montrent qu'en l'absence d'assistance, la plupart des entreprises connaissent des difficultés dans l'évaluation systématique des risques¹¹⁴.

On a présenté précédemment des résultats démontrant l'efficacité du programme de santé élaboré par les équipes de santé au travail du réseau public. Quant aux ASP, diverses études ont bien montré la contribution majeure qu'elles apportent au développement de la prise en charge dans leur(s) secteurs(s) respectif(s). Leur apport se concrétise par la production de documents d'information adaptés et de qualité, la formation¹¹⁵, le conseil et

l'assistance¹¹⁶, entre autres pour l'intégration de la prévention lors de rénovations ou de nouvelles constructions¹¹⁷, et la collaboration au développement technologique et à l'innovation. Or, sur les 25 ASP prévues, seulement 13 ont été créées¹¹⁸ et 12 demeurent. Le tableau 1 présente les secteurs couverts. Certains des secteurs désignés prioritaires ne sont pas dotés d'ASP. L'intérêt d'une telle formule est pourtant attesté par le fait que des secteurs non désignés prioritaires ont créé et maintiennent de telles associations.

Le soutien fourni par des ressources externes indépendantes mandatées est essentiel à l'efficacité de chacun des mécanismes prévus par la LSST. De plus, le succès des interventions auprès des petites entreprises repose grandement sur une approche adaptée à leurs besoins. Ces interventions doivent être basées sur une connaissance solide de leur contexte et des particularités des activités du secteur économique. Cela doit se concrétiser par des contacts soutenus avec les gestionnaires, dont on aura suscité l'intérêt, et avec le CSS. Les équipes de santé au travail ont développé une expertise particulière dans le soutien aux petits établissements¹¹⁹. Les associations sectorielles paritaires ont chacune développé une connaissance fine de leur(s) secteur(s), qui leur permet d'offrir des services ciblés et de proposer des mesures de prévention validées et bien adaptées au contexte.

Ces deux types de ressources en SST ne disposent pas de pouvoir coercitif, ce qui leur permet de développer avec les entreprises, surtout celles de petite taille, un contact favorable à la sensibilisation, au service conseil personnalisé et à un cheminement progressif en SST. Le caractère non commercial des services des ASP et des équipes de santé au travail est également un atout important. En fait, les expériences étrangères suggèrent que ce type de service, lorsque soumis à des contraintes commerciales, est moins susceptible de s'intéresser à la clientèle des petites entreprises¹²⁰. En fait, ces entreprises n'auraient pas les capacités de faire appel à un consultant privé et le contact soutenu requis ne serait pas rentable pour ce dernier. Cependant, le niveau actuel des ressources des ASP ne leur permet pas une couverture de tous les établissements. Les ressources de certaines ASP sont actuellement très limitées. Le niveau de financement des équipes de santé au travail ne leur permet pas de faire un suivi suffisamment rapproché. Or, les besoins des petits établissements et de leurs travailleurs sont importants et le succès de la LSST dépend entre autres de sa capacité à y faire face. La

formule de la cotisation obligatoire à une association sectorielle peut permettre une continuité du contact et l'investissement de temps dans des petites et moyennes entreprises où les besoins sont majeurs.

DES ASSOCIATIONS SECTORIELLES PARITAIRES EN SST DANS TOUS LES SECTEURS

Recommandation #26

La CSST doit faire des démarches soutenues en vue de la création d'associations sectorielles paritaires dans tous les secteurs d'activité économique non actuellement couverts (article 98 LSST). Elle doit favoriser cette création par divers moyens, par exemple en accordant un financement de départ à ces nouvelles associations.

Recommandation #27

Le financement des associations sectorielles paritaires existantes doit être augmenté. Celui des nouvelles ASP doit permettre un soutien adéquat auprès de tous les établissements, en particulier les petits. Dans les deux cas, il s'agit d'assurer des ressources suffisantes pour mettre en place les mesures prévues par la LSST telle que modifiée.

ÉQUIPES DE SANTÉ AU TRAVAIL DU RÉSEAU PUBLIC

Recommandation #28

Le financement et les ressources professionnelles des équipes de santé au travail du réseau public devront leur permettre d'exercer leur mandat lors de l'extension des mécanismes de la LSST à tous les secteurs d'activité économique, de même que de soutenir la mise en place des mesures prévues par la LSST telle que modifiée.

Recommandation #29

Le financement et les ressources professionnelles des équipes de santé au travail du réseau public devront leur permettre de soutenir adéquatement les milieux de travail pour l'application efficace du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte, dont un soutien effectif dans la réorganisation du travail et l'implantation des mesures de prévention nécessaires.

Outre l'action des ASP et des équipes de santé au travail du réseau public, il est important que la prévention en SST soit intégrée à l'action des institutions gouvernementales et paragouvernementales.

En ce sens, il serait pertinent que la CSST fasse des démarches auprès des structures locales et régionales telles que les Centres locaux de développement, les municipalités régionales de comté, pour qu'elles diffusent auprès des employeurs avec qui elles sont en interaction, les obligations en matière de SST et l'existence des ressources telles que celles des ASP et des équipes de santé au travail pour les aider à s'y conformer.

De plus, les subventions gouvernementales pour des changements technologiques ou d'organisation de la production et pour la construction ou la rénovation d'installations, devraient être conditionnelles à la conformité à la réglementation en SST et à une intégration de la prévention à la conception et l'implantation de ces changements, via le droit des CSS et des RP à l'examen de ces changements.

2.3 Par une réévaluation des incitatifs financiers pour en éliminer les effets négatifs du point de vue de la prévention

L'utilisation d'incitatifs financiers via la cotisation à la CSST montre des limites importantes et des effets autres que ceux pour lesquels ils ont été retenus. Parmi ceux-ci, notons la sous-déclaration¹²¹, l'utilisation d'autres régimes (assurance salaire) protégeant moins adéquatement les travailleurs, l'investissement de ressources importantes dans la contestation plutôt que dans la prévention, des pressions pour un retour au travail en fonction de la réduction des coûts plutôt que de la réadaptation du travailleur et le recours aux agences de travail temporaire¹²². Par ailleurs, l'utilisation d'incitatifs financiers liés à la cotisation a renforcé les effets anti-thérapeutiques du processus d'indemnisation¹²³, en augmentant les nombreuses difficultés déjà rencontrées par les travailleurs tout au long du processus devant mener à la reconnaissance d'une variété de lésions professionnelles¹²⁴, dont les troubles musculo-squelettiques (TMS)¹²⁵ et les problèmes de santé psychologique reliés au travail¹²⁶. Tout cela fausse le portrait tiré des statistiques nationales, ce qui nuit à son utilisation pour la définition et l'évaluation des priorités en prévention. Il en est de même au niveau des entreprises, ce qui affecte négativement la prise en charge de la prévention. Cette observation a été faite entre autres dans le secteur de la santé¹²⁷. Par ailleurs, les systèmes de tarification variant avec l'expérience ont été

associés à une discrimination systémique à l'égard des travailleurs handicapés ou ayant subi une lésion professionnelle¹²⁸.

Or, une recension systématique de la littérature scientifique¹²⁹ ne révèle qu'un niveau de preuve modéré quant à l'influence d'une cotisation selon l'expérience sur la réduction de la fréquence des lésions. Les auteurs notent que seuls certains types de lésions peuvent éventuellement voir leur fréquence diminuer. Par contre, leur gravité moyenne peut augmenter, plusieurs lésions moins graves n'apparaissant plus dans les statistiques parce qu'elles ont pu faire l'objet d'assignations temporaires, bien que celles-ci ne contribuent pas nécessairement à la réadaptation.

Dans le même sens, une étude québécoise réalisée en 1996¹³⁰ a montré que les entreprises soumises à une tarification variant en fonction de leur expérience étaient plus susceptibles de réaliser des actions en prévention, comparativement aux entreprises soumises à un taux de cotisation uniforme; cependant, elles avaient aussi plus tendance à recourir à des mesures agressives de contrôle des demandes d'indemnisation, c'est-à-dire des pratiques visant à réduire les coûts d'indemnisation autrement que par la prévention (ex : contestation des réclamations, raccourcissement de la période de rétablissement du travailleur).

Le recours à des incitatifs financiers liés à la cotisation ne suffit donc pas pour générer la mise en œuvre d'un ensemble coordonné d'activités en prévention et entraîne aujourd'hui des effets indésirables. Les dispositions à cet égard doivent être réexaminées pour éviter ces effets qui nuisent à la prévention. L'Ontario vient de procéder à un tel examen, incluant une consultation auprès des différents acteurs du monde du travail. Les résultats montrent des problèmes importants liés à la sous-déclaration et au fait que des entreprises bénéficiant de rabais peuvent être en non-conformité avec les exigences en matière de prévention¹³¹.

En ce qui a trait aux mutuelles, il est extrêmement surprenant qu'aucune étude indépendante, à la connaissance des signataires de ce mémoire, n'ait encore évalué la qualité de leurs ressources et de leurs services, de même que leurs effets en matière de prévention. Les contacts des signataires avec divers intervenants et divers milieux de travail suggèrent qu'il y a des variations très importantes à cet égard. Des questions sont

soulevées quant aux compétences professionnelles en SST des ressources de certaines mutuelles de prévention et quant à la validité des procédés utilisés pour élaborer les programmes de prévention des membres de ces mutuelles et donc, concernant la qualité des programmes de prévention produits. De même, outre les informations sommaires diffusées dans les rapports annuels de la CSST et dans le bulletin « À propos des mutuelles de prévention » également publié par la CSST, on sait peu de chose sur l'implantation effective de ces programmes de prévention. Une étude indépendante est donc nécessaire.

Finalement, pour palier les limites des statistiques tenues sur la seule base des lésions déclarées à la CSST, il apparaît peu réaliste de s'appuyer sur le registre des accidents du travail, des maladies professionnelles et des événements qui auraient pu en causer (article 78 (7) LSST), dont la tenue a été attribuée au CSS. Il y a beaucoup d'obstacles à ce que ce soit fait par le comité. Dans d'autres pays, comme aux États-Unis¹³², l'employeur lui-même doit produire un registre comprenant également les lésions qui ont fait l'objet d'une assignation.

RÉVISION DES INCITATIFS FINANCIERS À LA PRÉVENTION
Recommandation #30 La déclaration par l'employeur à la CSST de toute lésion empêchant le travailleur d'effectuer son travail régulier doit être rendue obligatoire. Cela inclut les lésions qui donnent lieu à une assignation temporaire.
Recommandation #31 Un contrôle soutenu de la qualité et de l'implantation effective du programme de prévention dans tous les établissements, y compris les entreprises membres de mutuelles de prévention, doit être accentué de la part de la CSST, via ses inspecteurs.
Recommandation #32 Une étude des effets des incitatifs financiers et des mutuelles sur la prévention et la protection des droits des travailleurs victimes de lésion professionnelle doit être réalisée par des chercheurs indépendants, reconnus par leurs pairs. Elle doit formuler des recommandations visant à éliminer les effets nuisant à la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

3. Prendre en compte les changements du travail et de l'emploi, les « anciens » et les « nouveaux » risques, pour les femmes comme pour les hommes, de même que pour les populations à risque

Depuis l'adoption de la LSST en 1979, des changements majeurs ont affecté les formes d'emploi tout comme le contenu du travail. Deux mots caractérisent ces changements : précarisation de l'emploi et intensification du travail. Ces changements doivent être pris en compte pour assurer l'efficacité du régime de prévention. Cela suppose une meilleure protection par la LSST des travailleurs en situation d'emploi non traditionnelle et des dispositions légales ou réglementaires visant l'action sur les « nouveaux » risques, dont ceux qui concernent l'environnement psychosocial de travail et donc la prévention en matière de santé psychologique au travail.

Par ailleurs, la population au travail a elle-même changé de manière importante. Cela se traduit entre autres par une plus grande diversité culturelle. Or, on observe que les immigrants se trouvent en grand nombre dans les secteurs et professions à risque¹³³. Ils ont par ailleurs de la difficulté à avoir accès à de l'information en matière de SST¹³⁴.

On constate aujourd'hui le vieillissement de la population en général et en particulier celui de la population active¹³⁵. Les pénuries de main-d'œuvre anticipées dans certains secteurs rendent encore plus nécessaires la prévention du vieillissement prématuré, par le fait du travail, et la définition de mesures permettant aux personnes qui le souhaitent de rester en emploi dans des conditions non délétères¹³⁶. Cela doit se faire en tenant compte des différences entre les emplois des hommes et des femmes¹³⁷, des problèmes particuliers de SST qui y sont associés et de leur impact lors du vieillissement¹³⁸.

La participation des jeunes au marché du travail a augmenté. Or, les données de la CSST indiquent un taux supérieur d'incidence de lésions professionnelles chez les jeunes de 15 à 24 ans par rapport aux travailleurs plus âgés¹³⁹. Selon une revue systématique des études scientifiques, le type de travail et de lieu de travail compte plus que les caractéristiques des jeunes travailleurs eux-mêmes pour expliquer le risque de lésion plus élevé chez les jeunes¹⁴⁰. En effet, les jeunes se retrouvent plus souvent dans de petites

entreprises et dans des emplois atypiques¹⁴¹, ce qui renforce la nécessité de mesures visant ces situations¹⁴². On constate un manque de formation à la tâche et en SST lors de l'intégration en entreprise.

PRISE EN COMPTE DE POPULATIONS PLUS À RISQUE

Recommandation #33

La CSST doit poursuivre ses initiatives visant à identifier les populations plus à risque, du fait des caractéristiques de leur travail ou de leur statut d'emploi et inadéquatement couvertes par les efforts de prévention, tels que les femmes, les jeunes, les immigrants et les travailleurs précaires.

Elle doit accentuer les efforts déjà faits pour rejoindre certaines de ces populations et entreprendre de rejoindre les autres, entre autres par de l'information et par des vérifications périodiques pour s'assurer que cette information ait bien atteint ces populations.

3.1 Prendre en compte les risques pour les femmes au travail

Nous avons déjà souligné l'augmentation marquée du taux d'activité des femmes et le fait qu'elles se maintiennent en emploi durant toute leur vie reproductive. On sait qu'elles se retrouvent en très grande majorité dans les secteurs qui ne sont pas couverts par les quatre mécanismes au cœur de la LSST, ce qui rend nécessaire leur extension.

Par ailleurs, les risques particuliers reliés aux tâches effectuées majoritairement par des femmes, de même que les effets du travail sur la santé des femmes, sont moins bien connus, parce que moins étudiés¹⁴³. Cela justifie une augmentation des efforts de recherche spécifiques. Par ailleurs, les campagnes de prévention portent généralement sur des risques pour la sécurité, plus visibles et aux effets plus immédiats. Les risques pour la santé, comme ceux qui génèrent des TMS ou des problèmes de santé psychologique, sont moins ciblés. Une action plus conséquente à cet égard est nécessaire pour agir positivement sur la santé au travail des femmes.

Le grand nombre de retraits préventifs montre l'importance des risques auxquels les femmes sont exposées, y compris en dehors des groupes I, II et III¹⁴⁴. C'est pourquoi le programme de prévention doit couvrir les risques pour la travailleuse enceinte et l'enfant

à naître, afin d'éviter que la grossesse soit synonyme de retrait du lieu de travail. L'action sur les risques pour la grossesse contribuera à la prévention de manière générale. En effet, les risques pour les femmes enceintes sont, pour la vaste majorité, aussi des risques pour la santé de tous et toutes¹⁴⁵. Le PP doit donc identifier les actions pour éliminer ces risques à la source, sinon les contrôler adéquatement; il devra autrement cibler les réaménagements de tâches nécessaires ou les postes de réaffectation. L'expérience de nombreuses années d'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte montre clairement qu'il faut faire plus que des actions au cas par cas, au fur et à mesure que des demandes sont adressées par les travailleuses enceintes dans le milieu de travail. La nécessité d'ajuster l'intervention à la situation particulière de la travailleuse enceinte selon les recommandations inscrites sur son certificat médical n'entre pas en contradiction avec l'élaboration d'une politique de réaffectation et d'un plan d'action, en collaboration avec les ressources régionales en santé au travail du réseau public. La participation des diverses parties à cette action planifiée est essentielle à son succès de même que l'identification, à l'interne, d'une ressource qui a comme responsabilité de coordonner les démarches dans l'établissement¹⁴⁶.

L'application du droit de retrait préventif de la travailleuse enceinte a stimulé l'appropriation et le transfert des connaissances sur les risques liés à certaines activités de travail des femmes sur leur santé et celle de l'enfant à naître. Peu de données sur la santé au travail des femmes étaient accessibles au moment de la réforme de 1979. Bien que beaucoup de chemin reste encore à faire dans les milieux de travail, les représentations du risque ont changé, notamment en ce qui a trait aux risques ergonomiques auxquels nombre de femmes sont exposées¹⁴⁷. L'expérience de l'application du droit de retrait préventif et les avancées au plan du maintien en emploi confirment la nécessité pour les milieux de travail de disposer de personnel possédant une expertise sur le réaménagement des tâches et la réorganisation du travail. Le soutien fourni à la travailleuse enceinte et à l'équipe de travail est une condition de réussite déterminante. Plus spécifiquement, il est essentiel que ces derniers soient impliqués dans le processus visant le réaménagement du travail. Ainsi, l'inclusion des risques pour la travailleuse enceinte dans le programme de prévention, la formation des membres des CSS sur l'identification de ces risques et le

soutien effectif des équipes de santé au travail du réseau public permettront d'assurer la réussite de la conciliation travail-grossesse.

PRÉVENTION DES RISQUES POUR LA TRAVAILLEUSE ENCEINTE

Recommandation #34

Le programme de prévention doit couvrir les risques pour la femme enceinte et son enfant à naître et identifier des réaménagements de tâches ou des postes de réaffectation, de manière à aller au-delà du nécessaire traitement au cas par cas.

3.2 Prendre en compte les modifications de l'emploi

Les changements ayant affecté la relation d'emploi sont caractérisés par le développement de l'emploi dit « atypique » et du travail précaire. De plus, la sous-traitance a également pris une expansion importante. L'un des effets négatifs du recours croissant à l'emploi atypique est de faire en sorte que plus de personnes travaillent sans être couvertes par les législations à visée préventive, telles que la LSST, ou sans l'être adéquatement. Il est par ailleurs clairement établi que l'extension du travail précaire est associée à des effets négatifs sur la santé et la sécurité au travail¹⁴⁸. Elle constitue une barrière importante à l'implantation et à l'efficacité des activités de prévention, de même qu'à l'efficacité de l'action de l'inspectorat¹⁴⁹.

Une couverture adéquate des personnes en situation de travail non traditionnelle

La *Charte des droits et liberté de la personne* prévoit, à l'article 46, que « Toute personne qui travaille a droit, conformément à la Loi, à des conditions de travail justes et raisonnables et qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique ». Or, le Rapport Bernier (2003)¹⁵⁰, préparé à la demande du ministre du Travail du Québec, a examiné de manière rigoureuse les besoins de protection sociale des personnes en situation de travail non traditionnelle et a mis en évidence des lacunes importantes. On parle ici de « travail à temps partiel, de travail à durée déterminée, de travail temporaire, de travail occasionnel, de travail sur appel parfois accompagné d'une astreinte, de travail obtenu par l'intermédiaire d'une agence de travail temporaire ou de travail indépendant

ou autonome »¹⁵¹. Le Rapport Bernier (2003) a examiné les problèmes associés à la couverture insuffisante ou, selon le cas, inexistante, de ces personnes par la LSST et la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)¹⁵². Or, à part l'ajout de l'article 51.1 au printemps 2009, aucune solution n'a été apportée aux problèmes soulevés par ce rapport. Trois situations seront brièvement examinées ici : celle des travailleurs autonomes, celles des travailleurs de sous-traitants, et celle des travailleurs d'agences de location de personnel.

L'emploi autonome est en croissance. Il a augmenté de 8,9 % entre 2000 et 2008; ainsi en 2008, la part des travailleurs autonomes dans l'emploi total était de 14,0 %¹⁵³, ce qui n'est pas négligeable. Les travailleurs autonomes font partie d'un ensemble de personnes qui travaillent, mais sont totalement ou partiellement exclues d'une protection adéquate de leur santé et de leur sécurité. Lippel suggère que « L'ampleur du phénomène d'exclusion est vraisemblablement attribuable aux mutations du marché du travail et non à la volonté d'un législateur qui aurait activement cherché à déréglementer ces secteurs d'activité. »¹⁵⁴ De fait, les objectifs de la LSST n'incluent pas la protection de la santé et la sécurité des travailleurs autonomes. Dans la formulation actuelle, les droits et obligations prévus par la Loi incombent aux travailleurs autonomes seulement lorsqu'ils œuvrent dans un lieu de travail où se trouvent des « travailleurs » (voir l'article 7 de la LSST)¹⁵⁵. Certains travailleurs autonomes, soit ceux visés par l'article 9 de la LATMP, auront une protection en cas de lésion professionnelle, mais pour la majorité, ils n'ont pas de protection en vertu de cette Loi, sauf s'ils choisissent, à titre individuel, d'assumer le coût de cette protection en vertu de l'article 18 LATMP.

Ainsi,

« Le travailleur autonome au Québec a le droit de prendre des risques qu'aucun salarié ne peut prendre et qu'aucun employeur ne pourrait lui imposer. C'est l'individu qui assumera les conséquences, ainsi que sa famille et l'État, dans l'éventualité où il aura besoin de soins médicaux ou qu'il sombrera dans la pauvreté extrême suite à son accident. L'entreprise donneuse d'ouvrage n'aura aucune responsabilité, ni coût à assumer. » (Lippel, 2004, p. 104).

On comprend immédiatement le risque que des travaux dangereux soient confiés à des travailleurs autonomes. Ainsi, le Rapport Bernier (2003, p. 35-36) formulait les recommandations suivantes :

Recommandation no 47

Que la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* soit modifiée de façon à ce que les travailleurs autonomes soient assujettis aux obligations des autres travailleurs sans égard au fait qu'ils exécutent le travail en présence de ces derniers ou non.

Recommandation no 48

Que la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* soit modifiée de façon à ce que le donneur d'ouvrage ait l'obligation de fournir au travailleur autonome dont il retient les services des conditions qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique de même que des services appropriés de la même manière qu'il doit les fournir à ses propres salariés.

Par ailleurs, divers travaux scientifiques ont souligné les risques plus élevés affectant les travailleurs de sous-traitants¹⁵⁶. L'employeur recevant un contrat de sous-traitance et y affectant ses propres travailleurs est bien sûr sujet aux obligations de tout employeur en vertu de la LSST. Cependant, différentes conditions auxquelles sont soumis ces travailleurs du sous-traitant dépendent directement du donneur d'ouvrage, dans l'établissement duquel se réalise le travail. Diverses analyses ont été produites quant aux responsabilités du donneur d'ouvrage face aux travailleurs d'un sous-traitant¹⁵⁷. Il en ressort que certaines des dispositions de l'article 51 ont été interprétées par les tribunaux comme s'appliquant à cette relation (lorsque le terme « personne » ou « quiconque » est utilisé plutôt que celui de « travailleur »), alors que d'autres dispositions de l'article 51 ne seraient pas applicables au donneur d'ouvrage^{xxxii}.

Ainsi, il reste des risques pour lesquels des décisions de la Commission des lésions professionnelles (CLP) indiquent plutôt l'absence de responsabilité du donneur d'ouvrage, à l'encontre d'une décision de l'inspecteur de la CSST^{xxxii}. Pourtant, dans une

^{xxxii} Voir l'analyse faite par Léger 2004 et par Rosan 2008 et, par exemple la décision suivante : *Cégep Bois-de-Boulogne et Éco centre l'Acadie*, [2002] C.L.P. 192, requête en révision judiciaire rejetée, [2002] C.L.P. 968 (C.S.), requête pour permission d'appeler rejetée, C.A. Montréal, 500-09-013112-032, 03-03-06.

^{xxxii} Voir par exemple *Cascades East Angus et Syndicat des travailleurs Cascades Canada*, 2007 QCCLP 7178

décision de la Cour supérieure concernant un accident mortel survenu à un travailleur d'un sous-traitant dans une mine, on affirmait que :

« Dans le cas en l'espèce, la Cour retient que les obligations de santé et de sécurité au travail de la Mine Niobec, en tant que propriétaire et employeur, s'appliquent à tous les travailleurs oeuvrant dans la mine et également, à tous les visiteurs qui s'y rendent, le cas échéant. »^{xxxiii}

Il est évident que la très grande majorité des employeurs ne peuvent eux-mêmes démêler les interprétations données par la jurisprudence, qui nous apparaît confuse et contradictoire. Des règles claires doivent être formulées et largement diffusées. Il semble donc important que la responsabilité du donneur d'ouvrage soit clarifiée, de manière à mieux assurer la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs de sous-traitants.

Finalement, on sait que les travailleurs manuels des services aux entreprises (principalement les services de location de personnel) montrent le taux de prévalence le plus élevé de toutes les divisions économiques, excédant ceux de la construction, de la forêt et des mines¹⁵⁸. Le Rapport Bernier (2003) avait recommandé que la situation des travailleurs d'agences de location de personnel soit examinée, ce qui a mené à la constitution d'un groupe de travail chargé d'examiner les besoins des employés d'entreprises de placement de personnel, mis sur pied par le ministère du Travail du Québec. Toutefois, tel que mentionné précédemment, jusqu'ici, la seule mesure qui ait été adoptée à cet égard est un amendement à la LSST (article 51.1), qui n'a apporté de solution qu'à un des nombreux problèmes qui nuisent à la protection adéquate de la SST de ces travailleurs et travailleuses. De fait, il a été suggéré d'examiner la possibilité d'interdire le recours, par un donneur d'ouvrage, à des travailleurs d'agence de travail temporaire, de petites entreprises et à des travailleurs autonomes, pour des activités qui représentent des risques particuliers¹⁵⁹.

Dans d'autres pays industrialisés, des législations existent pour contrer les effets négatifs de diverses formes de travail atypique ou précaire sur la SST^{xxxiv}. Ici même au Canada, le

^{xxxiii} *CSST c. Services minéraux industriels inc. (Mine Niobec)*, 2006 QCCS 3345, par. 47.

^{xxxiv} *Directive 91/383/CEE du Conseil des communautés européennes du 25 juin 1991 complétant les mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail des travailleurs ayant*

Code canadien du travail définit, pour les employeurs de juridiction fédérale, des mesures qui concernent le travail effectué dans son établissement par des personnes autres que ses propres salariés^{xxxv}.

Le présent mémoire reprend donc l'esprit des recommandations clairement formulées par le Rapport Bernier (2003) qui concernent la LSST (reproduites en annexe 2 à la fin du document), elles-mêmes inspirées des travaux de Katherine Lippel sur le sujet¹⁶⁰.

RESPONSABILITÉS DU DONNEUR D'OUVRAGE DANS L'ÉTABLISSEMENT

Recommandation #35

Toutes les obligations de l'employeur prévues à la LSST doivent couvrir l'ensemble des personnes travaillant dans l'établissement, y compris les travailleurs autonomes et les salariés d'autres employeurs (travailleurs de sous-traitants et d'agences de location de personnel).

Les donneurs d'ouvrage d'une part, et les sous-traitants et agences de location de personnel, d'autre part, doivent ainsi avoir une responsabilité conjointe et solidaire quant à la protection des droits des travailleurs en matière de prévention et d'indemnisation.

Recommandation #36

La LSST doit spécifier que le programme de prévention doit couvrir les travailleurs d'agence de location de personnel, les travailleurs autonomes et les travailleurs de sous-traitants qui travaillent dans l'établissement.

Recommandation #37

La LSST doit spécifier que le programme de santé élaboré par les équipes de santé au travail du réseau public doit couvrir les travailleurs d'agence, les travailleurs autonomes et les travailleurs de sous-traitants qui travaillent dans l'établissement.

Recommandation #38

Un comité interne de la CSST doit être créé pour identifier les travaux à risque qui ne devraient pas être délégués par un donneur d'ouvrage aux salariés d'agences et de sous-traitants sans une réglementation particulière assurant leur encadrement.

une relation de travail à durée déterminée ou une relation de travail intérimaire, [1991] J.O. L. 206/19 [Directive 91/383/CEE]. [Voir les extraits à l'annexe 1].

^{xxxv} Code canadien du travail, partie II, art. 125. (1) z.14) et art. 125.2 (1). [Voir les extraits à l'annexe 1].

La sous-traitance et les chaînes d'approvisionnement (biens et services)

Les risques reliés à la sous-traitance qui a lieu *dans* l'établissement ont été évoqués précédemment. Cependant, la sous-traitance réalisée à l'externe et les relations qui s'établissent au sein des chaînes d'approvisionnement ont aussi un impact, parfois négatif, sur la SST. En effet, un grand nombre de petites entreprises (ou de travailleurs dit autonomes mais se trouvant dans les faits dépendants) se retrouvent dans des situations où les conditions de réalisation du travail et de ce fait, de santé et de sécurité, sont largement déterminées par un donneur d'ouvrage, même si leur travail s'accomplit hors de l'établissement de ce dernier. Or, les donneurs d'ouvrage, en haut de la chaîne de sous-traitance, sont positionnés stratégiquement pour influencer positivement les conditions de SST des travailleurs œuvrant à tous les niveaux de cette chaîne. Au plan international, on observe un intérêt de plus en plus marqué pour l'utilisation, par la législation ou la réglementation, des relations qui s'établissent entre les donneurs d'ouvrage et les différents paliers des chaînes d'approvisionnement en biens ou services, afin de favoriser l'établissement de meilleures conditions de SST¹⁶¹. La LSST prévoit déjà ce type de disposition dans le cas des chantiers de construction, attribuant au maître d'œuvre la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre un programme de prévention. Par ailleurs, des dispositions légales visant à utiliser positivement la relation entre le donneur d'ouvrage et les sous-traitants existent déjà dans le secteur de l'exploitation forestière. L'extension de ces dispositions à la sylviculture a été recommandée dans le Rapport Coulombe (2004)¹⁶², mais cela n'a toujours pas été réalisé.

La même idée générale que celle contenu dans la notion de « maître d'œuvre » sur les chantiers de construction, en vertu de la LSST, a été étendue par des législations australiennes à d'autres secteurs comme le vêtement et le transport routier de longue distance¹⁶³. La législation québécoise devrait tirer profit de cette relation d'affaires de manière à favoriser la prévention dans les petits établissements.

RESPONSABILITÉ DU DONNEUR D'OUVRAGE QUANT À LA SST DES TRAVAILLEURS TOUT AU LONG DE LA CHAÎNE DE SOUS-TRAITANCE

Recommandation #39

Un groupe de travail doit examiner les obligations à attribuer au donneur d'ouvrage par rapport aux travailleurs (salariés ou autonomes), tout au long d'une chaîne de sous-traitance (ou chaîne d'approvisionnement), y compris hors de l'établissement du donneur d'ouvrage. Cet examen pourrait se faire en priorité pour des secteurs où une telle mesure a un potentiel important pour améliorer l'organisation de la prévention et les conditions de SST.

Recommandation #40

La recommandation 6.20 du Rapport Coulombe (2004) doit être appliquée, soit : « Que la *Loi sur la santé et sécurité au travail* soit amendée afin de désigner l'entité responsable de l'aménagement forestier comme maître d'œuvre, devenant ainsi imputable de la santé et sécurité des travailleurs réalisant ces travaux. »

3.3 Répondre aux « anciens » comme aux « nouveaux » risques

De nombreuses enquêtes scientifiques¹⁶⁴ font état du maintien des « anciens » risques (machines, manutention, contaminants connus comme l'amiante, autres contaminants chimiques tels les solvants et les métaux lourds, biologiques ou physiques comme le bruit, etc.). En ce qui a trait à la conciliation travail-grossesse, des études révèlent que l'horaire de travail, la posture, le soulèvement de charges, le bruit et la charge mentale de travail ont des effets négatifs sur le faible poids, selon l'âge gestationnel, du bébé à la naissance¹⁶⁵. Or, il est possible d'intervenir efficacement sur tous ces « anciens » risques.

Les mêmes enquêtes font aussi état du développement de « nouveaux » risques, tant matériels (ex. : nouvelles technologies informatiques, nanotechnologies, nouveaux matériaux, combinaisons de matériaux toxiques) que reliés à l'organisation du travail ou aux interactions en milieu de travail (ex. : violence, travail isolé). L'intensification du travail est une conséquence reconnue de plusieurs des changements dans le travail et son organisation¹⁶⁶, ce qui affecte tant la santé psychologique que l'incidence des TMS.

Au Québec, l'importance des troubles musculo-squelettiques et des problèmes de santé psychologique reliés au travail est attestée¹⁶⁷. Or, comme on le verra maintenant, sur ces deux problématiques, les connaissances sont bien établies quant aux facteurs de risques, et quant aux démarches et mesures de prévention. La possibilité d'obtenir une réduction

significative de ces facteurs de risque et des problèmes de santé qu'ils génèrent est démontrée¹⁶⁸. Dans les deux cas, des outils validés et des démarches rigoureuses sont accessibles pour les milieux de travail¹⁶⁹. Notamment, des ASP ont produit des documents de grande qualité en lien avec ces deux problématiques.

L'ergonomie et la prévention des troubles musculo-squelettiques

Les troubles musculo-squelettiques représentent une portion importante de l'ensemble des lésions indemnisées par la CSST. Les affections vertébrales comptent pour près de 30% de l'ensemble des lésions professionnelles avec indemnisation survenues de 2005 à 2008 inclusivement¹⁷⁰. Les lésions en «ITE» du système musculo-squelettique (excluant les affections vertébrales) comptent quant à elles pour 6,8 % des lésions reconnues par la CSST en 2008¹⁷¹. Or, les facteurs de risque physiques pour les maux de dos¹⁷² ou de cou¹⁷³ ou encore aux membres supérieurs¹⁷⁴ sont bien reconnus. La contribution des facteurs psychosociaux est de plus en plus établie¹⁷⁵. Ainsi une étude, basée sur un échantillon représentatif de la population québécoise au travail (ESS98), a montré la contribution de facteurs physiques et psychosociaux du travail aux douleurs musculo-squelettiques dans différentes régions du corps¹⁷⁶.

Au Québec, la prévention des TMS (y compris les affections vertébrales - maux de dos) peut s'appuyer sur quelques articles du Règlement sur la santé et la sécurité du travail, dans la section XX (Mesures ergonomiques particulières). Cependant, ces articles sont loin de couvrir adéquatement les facteurs de risques reconnus¹⁷⁷. Par ailleurs, une certaine jurisprudence refuse d'appliquer certains articles si la CSST ne démontre pas que les travailleurs sont exposés à un « danger »^{xxxvi}. Par ailleurs, la portée de ces articles apparaît limitée par une interprétation parfois restrictive du but de la loi par la CLP¹⁷⁸. Les inspecteurs peuvent également s'appuyer sur des obligations non spécifiques comme l'obligation générale de l'employeur (article 51 LSST) et celle qui concerne le programme de prévention (article 59 LSST). Or, là aussi on peut être préoccupé par

^{xxxvi} Messing, Lippel, Laperrière & Thibault (2005) discutent de la série de décisions rendues en vertu de l'obligation de fournir une possibilité de s'asseoir : *Démo Pop and CSST Montréal 4*, CLP79635-71-9605-R, 31 mars 1999; *Démo Pop and CSST Montréal 4*, [1996] B.R.P. 112. À comparer à la position du Tribunal du travail : *CSST v. Demo Pop*, T.T. Montréal 500-63-003805-998, 14 février, 2000 (D.T.E. 2000T-372); Voir aussi Lippel (2009).

l'interprétation restrictive de ces dispositions, notamment en ce qui concerne l'exigence de la preuve d'un « danger », et parce que l'inspecteur devrait examiner chacun des postes avant de demander à l'employeur qu'une évaluation ergonomique en soit faite¹⁷⁹. Cela nous semble aller à l'encontre du principe défini par l'article 51, paragraphe 5 de la LSST, selon lequel l'employeur doit, entre autres, utiliser les méthodes et techniques visant à identifier les risques, *a fortiori* lorsqu'un programme de prévention doit être élaboré.

Plusieurs juridictions se sont dotées d'instruments légaux pour stimuler la prévention des troubles musculo-squelettiques. C'est le cas de deux provinces canadiennes (Saskatchewan et Colombie-Britannique¹⁸⁰). Pour les entreprises de juridiction fédérale, au Canada, le Règlement sur le programme de prévention des risques mentionne explicitement la nécessité d'intégrer l'ergonomie^{xxxvii}. De plus, comme on l'a vu précédemment, il prévoit que la préoccupation pour l'ergonomie doit être intégrée lors de changements dans le milieu de travail^{xxxviii}. En Europe, outre la *Directive 89/391/CEE*, déjà évoquée, exigeant l'identification et la prévention de l'ensemble des risques à la santé (et à la sécurité), la prévention des TMS peut s'appuyer sur deux directives spécifiques : la *Directive 90/269/CEE*^{xxxix} sur la manutention manuelle de charges et la *Directive 90/270/CEE*^{xl} relative au travail sur écran. Toutes les législations nationales ont dû s'harmoniser avec celles-ci. Une directive européenne sur la prévention des troubles musculo-squelettiques est également en préparation pour le premier trimestre 2010, à la suite d'une consultation auprès de chacun des pays membres¹⁸¹.

Les démarches reconnues de prévention des TMS s'appuient sur la même démarche classique prévue par le PP, en plus de fournir des indications sur la nature des facteurs de

^{xxxvii} *Règlement canadien sur la santé et la sécurité au travail*, art.19.1 (1). [Voir l'extrait à l'annexe 1].

^{xxxviii} *Ibid.*, art.19.5 (4). [Voir l'extrait à l'annexe 1].

^{xxxix} *Directive 90/269/CEE du Conseil des communautés européennes du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs*, [1990] J.O. L 156/9.

^{xl} *Directive 90/270/CEE du Conseil des communautés européennes du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives au travail sur des équipements à écran de visualisation*, [1990] J.O. L 156/14.

risque et sur les principes de prévention. Il est donc important que l'obligation d'élaborer un PP soit comprise comme couvrant également ce type de problème de SST. La promulgation d'un règlement spécifique créerait un « momentum » pour la prévention des TMS, et fournirait des outils plus solides pour l'action des inspecteurs dans ce domaine.

ERGONOMIE ET PRÉVENTION DES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Recommandation #41

Il est établi que la LSST couvre la prévention des TMS. Pour stimuler l'action préventive, il doit être explicite, dans la LSST, que le programme de prévention et le programme de santé doivent couvrir la prévention des troubles musculo-squelettiques et l'ergonomie des situations de travail.

Recommandation #42

Un règlement cadre concernant la prévention des troubles musculo-squelettiques et l'ergonomie doit être adopté.

La santé psychologique reliée au travail

Au Québec, l'analyse des résultats de trois enquêtes générales sur la santé et le bien-être de la population réalisées entre 1987 et 1998 montre clairement que l'incapacité de travail pour des problèmes de santé mentale a presque doublé au cours de cette période, passant de 7 % à 13 %, les femmes étaient plus touchées que les hommes; le nombre moyen de journées d'incapacité au travail par personne pour ces problèmes a plus que triplé de 1992 à 1998¹⁸². Les compagnies privées d'assurance-salaire québécoises ont estimé qu'au début des années 2000, de 30% à 50% des absences de longue durée étaient attribuables à des problèmes de santé mentale, contre 18% en 1990¹⁸³.

Il est reconnu que certaines caractéristiques de l'environnement psychosocial du travail contribuent de façon substantielle aux problèmes de santé psychologique : les estimations vont de 30% pour les troubles directement reliés au travail¹⁸⁴ à 90% pour les troubles où le travail est identifié comme l'un des facteurs ayant contribué au problème¹⁸⁵. L'impact des troubles de santé psychologique sur le milieu de travail se traduit par le présentisme

(performance réduite au travail), par l'absentéisme et des jours d'incapacité, le présentéisme représentant le plus lourd fardeau pour la productivité¹⁸⁶. Environ un tiers des pertes de productivité reliées à la dépression dans la société peut être attribué à des perturbations au niveau du travail; le Canada perd environ 4,5 milliards de dollars annuellement à cause de cette baisse de productivité¹⁸⁷.

De 1990 à 2005, le nombre de réclamations acceptées par la CSST pour des lésions professionnelles liées au stress, à l'épuisement professionnel et à d'autres facteurs d'ordre psychologique a plus que doublé, passant de 530 à 1213. Les déboursés annuels en indemnités de remplacement de revenu ont presque décuplé, passant de 1,5 à 12 millions de dollars¹⁸⁸. Cependant, les difficultés de reconnaissance par les systèmes d'indemnisation font que les statistiques qui en sont issues constituent un reflet peu fiable de l'ampleur du problème¹⁸⁹. Cela nuit à la prévention.

Au-delà de la santé psychologique, les contraintes de l'environnement psychosocial sont également clairement associées au développement de troubles musculo-squelettiques¹⁹⁰, tel qu'indiqué précédemment. L'action sur l'environnement psychosocial de travail est donc bénéfique à plusieurs égards.

De fait, divers travaux montrent clairement qu'il est possible d'agir efficacement pour prévenir les problèmes de santé psychologique reliés au travail. Ainsi, des études ont montré une association entre la réduction ou l'augmentation des contraintes psychosociales au travail et une diminution ou une hausse équivalente des absences pour maladie¹⁹¹. De récentes revues systématiques des études scientifiques sur les interventions organisationnelles et des interventions passant par la restructuration des tâches rapportent les effets positifs, sur la santé, d'une plus grande autonomie dans son travail¹⁹² et de la combinaison d'une réduction de la demande psychologique et d'une augmentation de l'autonomie¹⁹³. Une récente recension systématique des études sur les interventions ciblant le stress au travail (1990-2005) montre que les interventions organisationnelles à cet égard sont bénéfiques, et ce tant au niveau individuel qu'au niveau organisationnel¹⁹⁴. De tels résultats ont également été obtenus au Québec. Par exemple une étude¹⁹⁵ montre l'efficacité d'une intervention sur la diminution des

contraintes psychosociales au travail et la réduction de l'épuisement relié au travail et des problèmes de sommeil.

La prévention en santé psychologique au travail est donc tout aussi possible qu'elle l'est en matière de santé physique. Des outils visant l'identification des risques¹⁹⁶ et l'intervention préventive¹⁹⁷ existent déjà et leurs fondements scientifiques sont bien démontrés. Ils ont été produits au Québec et sont donc bien adaptés à notre réalité.

Il est maintenant établi que la LSST concerne autant la santé psychologique que la santé physique^{xli}. Cependant, cela n'est pas largement connu. L'expérience des signataires de ce mémoire suggère qu'encore peu de PP et de CSS en traitent, bien que l'idée se répande et que la préoccupation pour la santé psychologique au travail soit présente dans tous les secteurs d'activité économique au Québec.

L'obligation générale de l'employeur, à l'article 51 de la LSST, fournit déjà des instruments qui peuvent soutenir l'action en prévention en matière de santé psychologique au travail. L'intervention d'une inspectrice de la CSST dans un entrepôt où le Système Vocollect^{198 xlii} est utilisé constitue un exemple qui doit être diffusé de manière à stimuler l'action en prévention dans d'autres établissements. Cependant, la jurisprudence restrictive dans le cas des TMS^{xliii} pourrait aussi nuire à l'action préventive en santé psychologique au travail, en exigeant que l'intervention de l'inspecteur s'appuie sur la présence d'un danger actualisé, plutôt que sur une préoccupation pour le bien-être et le confort et ce, même lorsque la mesure préconisée par l'inspecteur est prévue par un règlement¹⁹⁹.

Déjà, dans plusieurs juridictions canadiennes, des dispositions légales ou réglementaires existent pour prévenir les risques liés à la violence (dont la juridiction fédérale, la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, l'Alberta, l'Île-du-Prince-Édouard, le Manitoba, la

^{xli} *Forget-Chagnon et Marché Bel-Air*, [2000] C.L.P. 388.

^{xlii} *Métro-Richelieu inc. et Boily*, 2009 QCCLP 5553.

^{xliii} *Démo Pop et CSST* (7 mai 1998), Île-de-Montréal, 79635-60-9605, C.L.P., requête en révision rejetée : (C.L.P., 1999-03-31) 79635-60-9605-R.

Saskatchewan et la Colombie-Britannique)^{xliv} ou au harcèlement psychologique (Saskatchewan et Québec).

L'Europe dispose de deux accords cadres, signés par les grandes associations d'employeurs et les syndicats : l'un sur le stress au travail (2004)²⁰⁰, l'autre sur le harcèlement et la violence au travail (2007)²⁰¹. Ces accords insistent sur l'importance d'identifier et de réduire les risques psychosociaux en milieu de travail.

Laflamme (2008) a procédé à un examen du droit interne européen quant à la protection de la santé mentale au travail²⁰². À cet égard, elle s'est intéressée à l'exemple du droit belge, la *Directive 89/391/CEE* étant transposée dans la Loi relative au bien-être des travailleurs, soit la loi de base en SST en Belgique²⁰³. Celle-ci exige que les employeurs, en collaboration avec les travailleurs, procèdent à l'analyse et à la gestion des risques psychosociaux au travail. L'une des mesures innovatrices du régime belge est de requérir, de la part des employeurs, qu'ils disposent d'un service interne ou externe pour la prévention et la protection au travail²⁰⁴. Ce service doit compter un conseiller en prévention ayant acquis une formation et une expérience quant aux aspects psychosociaux du travail. Ce conseiller doit faire partie d'un service externe, dans les entreprises de moins de 50 travailleurs, de manière à assurer l'expertise suffisante. Laflamme (2008) explique que la loi belge permet aux partenaires sociaux (au sein du Conseil National du Travail) d'adopter des mesures de prévention complémentaires, ce qui a mené à l'adoption d'une convention collective sur le stress. L'évaluation faite par ces partenaires après quelques années conclut que la convention a eu plusieurs effets positifs et ne doit pas être modifiée²⁰⁵. Il apparaît donc tout à fait possible de définir des

^{xliv} *Règlement modifiant le Règlement canadien sur la santé et la sécurité au travail*, Gaz.C. 2007, I, 3455.; *Violence in the Workplace Regulations*, N.S. Reg. 209/207.; l'Ontario a adopté le 15 décembre 2009 des modifications à la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*. Ces modifications apportées par le *Loi modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail en ce qui concerne la violence et le harcèlement au travail et d'autres questions*, L.O. 2009, c. 23, art. 1 et 9. visent à imposer des obligations à l'employeur en matière de prévention de la violence et du harcèlement, elles entreront en vigueur le 15 juin 2010. *Occupational Health and Safety Code*, R.S.A. 2000 c. O-2, partie 27; *General Regulations*, P.E.I. Reg. EC180/87, art. 52.2 à 52.4.; *Workplace Safety and Health Regulation*, M. Reg. 217/2006, art. 11.1(1) et 11.1(2). *Occupational health and safety regulation*, R.R.S., c. O-1.1, Reg. 1, art: 14 (1) et *The Occupational Health and Safety Regulations*, 1996, O.C. 618/96, art. 37; *Occupational health and safety regulation*, B.C. Reg. 296/97, voir: sections 4.21-4.23.

dispositions légales pour la prévention en matière de santé psychologique au travail, et que leur application soit reconnue par tous comme faisable et efficace.

Finalement, à la suite d'un examen en profondeur de l'existence et de l'efficacité d'un droit à la protection de la santé mentale au travail au Québec, Laflamme (2008) a noté les divers obstacles que pose le régime actuel à l'intervention préventive concertée. Il ressort de son analyse que l'approche retenue en Europe, et en particulier par le droit belge que l'on vient d'évoquer, représente des pistes de solution. Les recommandations présentées ici sont donc largement inspirées des conclusions que tire l'auteure quant aux mesures nécessaires à l'intégration de la protection de la santé mentale dans le volet « prévention » du régime de santé et de sécurité du travail²⁰⁶.

SANTÉ PSYCHOLOGIQUE ET FACTEURS PSYCHOSOCIAUX DE L'ENVIRONNEMENT DE TRAVAIL

Recommandation #43

Il est déjà établi que la LSST couvre la prévention en matière de santé psychologique au travail. Pour stimuler l'action préventive, il doit être explicite, dans la LSST, que celle-ci concerne tout autant la sécurité que la santé et l'intégrité psychologiques et qu'elles sont donc visées par tous les mécanismes (CSS, RP, PP, PSSE) et tous les droits des travailleurs (y compris le droit de refus).

Recommandation #44

Un règlement cadre concernant la prévention en matière de santé psychologique au travail et la prévention de la violence au travail doit être adopté.

Conclusion

Les constats exposés dans ce mémoire prennent tous appui sur les connaissances scientifiques. Celles-ci nous ont amenés à formuler un ensemble articulé de recommandations. Celles contenues dans la première partie ont pour but de favoriser l'organisation de la prévention de manière systématique, dans tous les lieux de travail. Elles représentent donc un minimum incontournable. Les recommandations exposées dans les parties 2 et 3 du présent mémoire ont pour objectif de redynamiser la prévention et de mieux prendre en compte les risques pour les femmes comme pour les hommes et pour les travailleurs de tous âges, de même que les changements du travail et de l'emploi.

Les recommandations se basent toutes sur des mesures déjà existantes dans d'autres juridictions.

Ces changements contribueraient de manière significative à insuffler le nouvel élan nécessaire pour faire face aux défis importants en matière de santé et de sécurité du travail au Québec aujourd'hui. Ils permettraient au Québec de rattraper le retard majeur accumulé non seulement par rapport aux pays européens et à l'Australie, mais également à l'égard des autres juridictions canadiennes, provinciales ou fédérale.

Certains des changements nécessaires concernent directement le contenu de la LSST. Cependant, d'autres recommandations visent l'application même de la Loi, c'est-à-dire les moyens à mettre en œuvre pour qu'elle génère les résultats escomptés quant à la protection de la santé et de la sécurité du travail.

Les signataires du mémoire demeurent à la disposition du Groupe de travail dans la poursuite de ses travaux.

Notes

¹ Commission de la santé et de la sécurité du travail (2008a)

² Statistique Canada (2009)

³ Hébert (1999)

⁴ Shannon, & Lowe (2002) : étude réalisée au Canada, dont au Québec; Cox, & Lippel, (2008)

⁵ Cox, & Lippel (2008); Lippel, (2009)

⁶ Bernier, Vallée, & Jobin (2003), Lippel (2004a, 2004b)

⁷ Price Waterhouse (1990)

⁸ National Research Council (1998); Karsh, Moro, & Smith (2001)

⁹ Lamonde, Beaufort, & Richard (2002)

¹⁰ Par exemple, parmi les travaux sur la prévention des TMS auxquels des signataires ont collaboré, voir : Montreuil, Laflamme, Brisson, & Teiger (2008); Bellemare, Trudel, Ledoux, Montreuil, Marier, Laberge, & Vincent (2006); Bellemare, Trudel, Ledoux, Laberge, Montreuil, Marier, Vincent, & Godi (2004); Montreuil, Bellemare, Prévost, Marier, & Allard (2004); Chatigny & Montreuil (2003); Bellemare, Marier, Montreuil, Allard, & Prévost (2002); Bouchard, Gilbert, Montreuil, Galipeau, & Patry (1998); Arial, Montreuil, & Brisson (1998); Montreuil, Brisson, Arial, & Trudel (1997); Teiger, & Montreuil (1996); Montreuil (1996); Montreuil, & Brisson (1996); Montreuil (1990); Montreuil, & Laville (1986).

¹¹ Par exemple, parmi les travaux sur la prévention en santé psychologique au travail auxquels des signataires ont collaboré, voir : Bourbonnais (2007); Bourbonnais, Jauvin, Dussault, & Vézina (2007); Brisson, Cantin, Larocque, Vézina, Vinet, Trudel, & Bourbonnais (2006); Dionne, Bourbonnais, Frémont, Rossignol, Stock, Noumen, Demers, & Larocque (2006); Vézina, Bourbonnais, Brisson, & Trudel (2006); Jauvin, Vézina, Dussault, Malenfant, & Bourbonnais (2006); Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vézina, & Lower (2006); Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vézina, Belkacem, & Gaudet (2006); Bourbonnais, Brisson, Vézina, Mâsse, & Blanchette (2005); Trudel, Simard, Vornarx, Vézina, Vinet, Brisson, & Bourbonnais (2009); Brisson, Aboa-Eboulé, Leroux, Gilbert-Ouimet, Vézina, Bourbonnais, & Maunsell (soumis); Vézina, Bourbonnais, Brisson, & Trudel (2008); Vézina, Bourbonnais, & Marchand (2008); Vézina, Jauvin, Dussault, & Bourbonnais (2006); Vézina, & Bourbonnais (2004); Vinet, Bourbonnais, & Brisson (2003).

¹² Malenfant, Gravel, Laplante, Jetté, & St-Amour (2009); Malenfant, De Koninck, & Côté (2004); Malenfant, & De Koninck (2002); Malenfant, (1996a); Malenfant (1996b); Malenfant (1993)

¹³ Commission de la santé et de la sécurité du travail (2001)

¹⁴ Commission de la santé et de la sécurité du travail (2008b)

¹⁵ Cloutier, Fadel, Desfossés, Gagnon, & Martin (2005 p. 30)

¹⁶ Messing, & Boutin (1997)

¹⁷ On réfère ici à l'analyse qui en est faite par Gervais, Massicotte, & Champoux (2006). Des résultats plus récents seront disponibles sous peu, via l'Étude québécoise des conditions de travail, d'emploi et de SST (EQCOTESST). Ces résultats devraient être examinés par le Groupe de travail créé par le conseil d'administration de la CSST avant le dépôt de son rapport.

¹⁸ Commission de la santé et de la sécurité du travail (2009a)

¹⁹ Ministère d'État au développement social (1978)

-
- ²⁰ Robson, Clarke, Cullen, Bielecky, Severin, Bigelow, Irvin, et al. (2005) et Robson, Clarke, Cullen, Bielecky, Severin, & Bigelow (2007)
- ²¹ Berthelette (1990); Berthelette, & Pineault (1992); Lévesque, & Berthelette (1998)
- ²² Walters, & Nichols (2007)
- ²³ Gallagher, Underhill, & Rimmer (2001); Côté (2010).
- ²⁴ Dawson, Willman, Bamford, & Clinton (1988)
- ²⁵ Davis (2004)
- ²⁶ Baril-Gingras, Bellemare, & Brun (2004)
- ²⁷ Champoux, & Brun (1999)
- ²⁸ Champoux, & Brun (2003)
- ²⁹ Gunningham, & Johnstone (1999)
- ³⁰ Dorman (1996, 2000); Thomason, & Pozzebon (2002); Tompa, Trevithick, & McLeod (2007)
- ³¹ Davis (2004), référant Wright (1998); Gunningham, & Johnstone (1999); O’Dea, & Flin (2003); Wright, Marsden, & Antonelli (2004)
- ³² Davis (2004, p.13), citant Gunningham, & Johnstone (1999, p. 30); Wright, Marsden, & Antonelli (2004: p. vii, x).
- ³³ Gunningham, & Johnstone (1999) :69)
- ³⁴ Simard (2000).
- ³⁵ Block, Roberts, & Clark (2003), en comparant les législations en matière de prévention en SST dans 63 juridictions au Canada (provinciales et fédérale) et aux États-Unis (des États et fédérale) rangent la législation du Québec comme la moins contraignante, au 63^e rang sur 63. La comparaison est basée sur les poursuites et sanctions possibles envers les entreprises (p. 88-89). Or, même avec les amendements récents à la LSST (projet de loi 35), le montant maximal des amendes au Québec demeurera inférieur à celui de la majorité des provinces canadiennes.
- ³⁶ Ces principes sont depuis longtemps repris dans des manuels comme celui de Pérusse (1995), et dans les principes directeurs définis par le BIT (2002), puis dans divers systèmes de gestion de la SST, dont la récente norme CSA Z1000-06 Gestion de la santé et de la sécurité au travail à la préparation de laquelle ont collaboré des représentants d’employeurs et d’associations syndicales du Canada et du Québec.
- ³⁷ Bureau international du travail (2002)
- ³⁸ Robson, Clarke, Cullen, Bielecky, Severin, Bigelow, Irvin, et al. (2005) et Robson, Clarke, Cullen, Bielecky, Severin, & Bigelow (2007) ont procédé à une revue systématique des écrits scientifiques sur les effets des systèmes de gestion de la SST (SGSST). Notons que les études recensées l’ont été sur la base d’une définition minimale de ce qu’est un SGSST, définition à laquelle le programme de prévention prévu en vertu de la LSST répond. Sur les 4807 articles repérés, 18 études sont retenus comme pertinentes, dont seulement 9 (essentiellement quantitatives) sont jugées de qualité suffisante, 4 portant sur des systèmes volontaires et 5 sur des systèmes réglementaires. Toutes fournissent des résultats positifs, les effets mesurés différant selon les études (soit des effets intermédiaires, comme le degré d’implantation, le climat de sécurité, déclaration des risques, les actions préventives, etc., soit des effets finaux comme les taux de lésions professionnelles, etc.).
- ³⁹ Price Waterhouse (1990). Cette étude indépendante, commandée par la CSST, a entre autres procédé à l’analyse des lésions indemnisée entre 1980-1983 dans les secteurs Forêts et scieries et Fabrication de produits en métal
- ⁴⁰ Champoux, & Brun (1999)

⁴¹ Plasse (1988, p. 43)

⁴² Smitha (2000) Voir Annexe D, p. 125. La liste comprend 9 états américains dont le “State plan” (qui s’ajoute à la législation fédérale) contient une obligation quant à un programme de santé et de sécurité du travail, de même que 17 États où des les entreprises peuvent être ciblées, selon différents critères, et soumis à des obligations particulières.

“Safety and Health Program Laws (Year requirement began)”

Alaska (1985) : All employers 1985-1995 (law as abolished in 1995);

California (1991) : All employers;

Hawaii (1984) :

1984-1995 : All employers;

1996-1997 : only employers with 25 or more employees;

Louisiana (1983) : Employers with 15 or more employees;

Minnesota (1991) : All employer in certain SIC codes (all manufacturing SIC codes affected);

Montana (1993) : All employers;

Nebraska (1994) : All employers;

Nevada (1994) : employers with 11 or more employees;

Washington (1980) : All employers.

Targeting Initiatives (Year requirement began)

Arkansas (1994) : Hazardous employer program under WC;

California (1994) : Targeted inspection and consultation program;

Connecticut (1995) : Safety committee required if employer has above average rates;

Florida (1994) : Employers with above average SIC injury rate plus 3 or more lost-time injuries within 3 years must implement a safety and health program;

Louisiana (1988) Hazardous employer law;

Maine (1991) : Employer with WC experience rating of 2 or more must submit safety plan to state;

Minnesota (1995) : Safety committee required for certain employers who meet WC loss or injury rate criteria: also state targeted inspection program through state OSHA;

Nebraska (1994): Targeted consultation program for certain employers with high injury rates;

Nevada (1994) : Safety program required if employer meets experience rating criteria ;

New Mexico (1991) : Hazardous employer law;

New York (1997) ; Certain employers who meet payroll requirements and experience; rating criteria must establish safety and loss prevention safety plan ;

North Carolina (1991) : Safety program required if WC experience modification of 1.5 times the average;

Oklahoma (1995) : Employers targeted for safety programs if injury/illness rates is 1.25 times the average;

Oregon (1991) : Safety committee required for employers with 10 or fewer employees and if lost workday incident in top 10%;

Tennessee (1993) : Safety committees required for certain employers who meet WC experience modification criteria;

Texas (1991) : Hazardous employer law;

Utah (1992) : Employers with above average rates must implement a safety program”

⁴³ MacEachen, Breslin, Kyle, Irvin, Kosny, Bigelow, Mahood, Scott-Dixon, et al. (2008)

-
- ⁴⁴ Par exemple, Lindoe, & Hansen (2000) sur la Norvège.
- ⁴⁵ Price Waterhouse (1990, p.15)
- ⁴⁶ Desmarais (2004)
- ⁴⁷ La plus grande efficacité de l'élimination du risque à la source par rapport aux méthodes de protection collective ou de protection individuelle est largement reconnue : voir Roberge, Deadman, Legris, Ménard, & Baril (2004) chapitre 28 (p.541-551) .Pour une démonstration de la plus grande efficacité des interventions de prévention primaire en matière de santé psychologique au travail, voir Lamontagne, Keegel, Louie, Ostry, & Landsbergis (2007).
- ⁴⁸ C'est l'un des objectifs visés par le Cadre d'intervention en prévention-inspection de la CSST, voir Commission de la santé et de la sécurité du travail (2007) et Ouellette (2006).
- ⁴⁹ Frick, Jensen, Quinlan, & Wilthagen (2000)
- ⁵⁰ Frick, & Walters (2000)
- ⁵¹ Association canadienne de normalisation (2006)
- ⁵² Berthelette (1990); Berthelette, & Pineault (1992); Lévesque, & Berthelette (1998)
- ⁵³ Roberge, Deadman, Legris, Ménard, & Baril (2004)
- ⁵⁴ Pour le Québec, voir par exemple Simard (1986); pour une revue internationale des écrits scientifiques publiés en anglais, voir Walters (2006) et Walters, & Nichols (2007)
- ⁵⁵ Berthelette, & Planché (1995)
- ⁵⁶ Lemire (1996)
- ⁵⁷ Walters, & Nichols (2007)
- ⁵⁸ Bolton, & Kleinstaub (2001, pp. 1784-1785); Walters, & Frick (2000, p. 45); Gallagher, Underhill, & Rimmer (2001, p. 20); Lund (2004, p. 44); Pearse (2001, pp. 101-103); Saksvik, Torvatn, & Nytrø (2003, p. 733); Saksvik, & Quinlan (2003, p. 58)
- ⁵⁹ Quinlan (1999)
- ⁶⁰ Frick, Jensen, Quinlan, & Wilthagen (2000)
- ⁶¹ Malgré une évaluation globale positive, des indices que certains établissements ne se sont conformés que « sur papier » sont donnés dans le rapport de Price Waterhouse 1990.
- ⁶² Lund (2004, p. 42); Frick, Jensen, Quinlan, & Wilthagen (2000, p. 6).
- ⁶³ Johnstone (2009, p. 32)
- ⁶⁴ Johnstone (2009) référant au *Victoria Workplace Health and Safety Act 2004*.
- ⁶⁵ Smitha, 2000, Annexe D, p. 125. Lois requérant la création d'un comité de santé et de sécurité du travail, dans des États des États-Unis et date du début de l'obligation.
- « Connecticut (1995) : Employers with 25 or more employees;
- Florida (1993) : 1993-1996 : Employers with 10 or more employees, 1996 : Employers with 20 or more employees;
- Minnesota (1995) : Employers with 25 or more employees;
- Montana (1993) : Employers with 5 or more employees;
- Nebraska (1994) : All employers;
- Nevada (1994) : Employers with 25 or more employees;

-
- Oregon (1991) : Employers with 11 or more employees;
Washington (1980) : Employers with 11 or more employees. »
- ⁶⁶ Simard (2000) mis à jour en 2010 pour la juridiction fédérale.
- ⁶⁷ Simard (1986)
- ⁶⁸ Walters, & Nichols (2007)
- ⁶⁹ Walters (2002, pp. 109-132)
- ⁷⁰ Frick & Walters (1998)
- ⁷¹ Knowles (2006)
- ⁷² Walters (2006, p. 101)
- ⁷³ Walters (2002)
- ⁷⁴ Institut de la statistique du Québec : Gaudreault (2009)
- ⁷⁵ Ministère du développement économique, de l'Innovation et de l'exportation : Bisson, Campeau, Gingras, & Trempe (2009, p. 41)
- ⁷⁶ Champoux, & Brun (1999)
- ⁷⁷ Brun (2004)
- ⁷⁸ McDonald, & Hyrmark (2002)
- ⁷⁹ Brun (2004 p. 29)
- ⁸⁰ Voir les nombreux travaux de Marcel Simard au Québec, entre autres ceux subventionnés par l'IRSST: www.irsst.qc.ca (onglet *Publications*).
- ⁸¹ Johnstone, Quinlan, & Walters (2005); James, & Walters (1999, 2002)
- ⁸² O'Dea, & Flin (2003)
- ⁸³ Simard, Marchand, & Brossard (1990)
- ⁸⁴ Bergman, Davis, & Rigby (2007).
- ⁸⁵ Celles publiées en anglais sont recensées par O'Dea, & Flin (2003)
- ⁸⁶ Simard, Marchand, & Brossard (1990); Simard, Marchand, Couvrette, & Duquette (1993)
- ⁸⁷ Malenfant, Gravel, Laplante, Jetté, & St-Amour (2009)
- ⁸⁸ Simard, Marchand, Couvrette, & Duquette (1993)
- ⁸⁹ Brun (2004)
- ⁹⁰ Bolduc, & Baril-Gingras (2004)
- ⁹¹ Six (2000); Simard (1990)
- ⁹² Baril-Gingras, Bellemare, & Brun (2004)
- ⁹³ Brun (2004, p. 39, proposition #16)
- ⁹⁴ Desmarais (2004, pp. 34 et 35)
- ⁹⁵ Shannon, Mayr, & Haines (1997)
- ⁹⁶ Lamonde, Richard, Langlois, Dallaire, & Vinet (2010)
- ⁹⁷ Walters, & Nichols (2007, p. 149)

-
- ⁹⁸ Quinlan (2007)
- ⁹⁹ Voir par exemple Daniellou (1988); Martin (2000).
- ¹⁰⁰ Voir par exemple Bellemare, Garrigou, Ledoux, & Richard (1995); Lamonde, Beaufort, & Richard (2002); Bellemare, M., Trudel, L., Ledoux, É., Montreuil, S., Marier, M., Laberge, M., & Godi, M.-J. (2005) Lamonde, Richard, Langlois, Dallaire, & Vinet.
- ¹⁰¹ Revue Plan de l'Ordre des ingénieurs de mars 2006.
- ¹⁰² Quinlan (2007)
- ¹⁰³ Lamonde, Richard, Langlois, Dallaire, & Vinet (2010)
- ¹⁰⁴ Brun, 2004 p. 21 réfère au fait que « Certains pays, comme l'Angleterre, ont mis sur pied un encadrement législatif qui impose des responsabilités pour le client et aussi pour les designers afin qu'ils contribuent à l'identification et à la réduction des risques (CDM, 1994). » voir Construction Design and Management Regulations (1994) www.hse.gov.uk/pubns/conindex.htm).
- ¹⁰⁵ Par exemple, Lamonde, Richard, Langlois, Dallaire & Vinet (2010) et Ledoux, Bellemare, Trudel, Montreuil, Marier, Laberge (2006).
- ¹⁰⁶ Par exemple, Daniellou, Simard, & Boissières (2009).
- ¹⁰⁷ Par exemple, Rapport INRS 960 (2006).
- ¹⁰⁸ Par exemple, Lamonde, Beaufort, & Richard (2002) et Lamonde, Richard, Langlois, Dallaire, & Vinet (2010).
- ¹⁰⁹ Tompa, Trevithick, & McLeod (2007, p. 90)
- ¹¹⁰ Lanoie, & Streliski (1995)
- ¹¹¹ Simard, Marchand, Dupéré, & Thériault (1992, p. 54)
- ¹¹² Données compilées à partir des rapports annuels de la CSST 1982 et 2008.
- ¹¹³ Frick, & Wren (2000, p. 36)
- ¹¹⁴ Jensen (2001, p. 110)
- ¹¹⁵ Voir par exemple Thériault, Ferron, Dufort, Bédard, & Saari (1996); Baril-Gingras, Bellemare & Brun (2007)
- ¹¹⁶ Voir entre autres Lemire (1996); Allard, Ferron, & Thériault (1999); Baril-Gingras, Bellemare, & Brun (2004).
- ¹¹⁷ Par exemple, Vincent, Marier, Ledoux, Bellemare, Trudel, & Montreuil (2004)
- ¹¹⁸ Plasse (1988)
- ¹¹⁹ Walters (2001); Carpentier-Roy, Simard, Marchand, & Ouellet (2001)
- ¹²⁰ Walters (2001)
- ¹²¹ Shannon, & Lowe (2002)
- ¹²² Ce phénomène a été illustré en Australie par Underhill (2008)
- ¹²³ Lippel (2006, 2007)
- ¹²⁴ Cox, & Lippel (2008)
- ¹²⁵ Lippel (2009)
- ¹²⁶ Lippel (2005)

-
- ¹²⁷ Cloutier, Bourdouxhe, Ledoux, David, Gagnon, Ouellet & Teiger (2005)
- ¹²⁸ Harcourt, Lam, & Harcourt (2007)
- ¹²⁹ Tompa, Trevithick, & McLeod (2007, p. 91)
- ¹³⁰ Thomason, & Pozzebon (2002)
- ¹³¹ Morneau Sobeco (2008)
- ¹³² Une telle obligation existe pour les entreprises aux États-Unis, via le OSHA Log of Work-Related Injuries and Illnesses : <http://www.osha.gov/recordkeeping/index.html>
- ¹³³ Premji, Messing, Duguay, & Lippel (2008); Premji, Duguay, Messing, & Lippel (sous presse).
- ¹³⁴ Premji, Lippel, & Messing (2008); Premji, Messing, & Lippel (2008); Gravel, Brodeur, Vissandjée, Champagne, & Lippel (2007)
- ¹³⁵ Grenier (2007)
- ¹³⁶ Gilles, & Loisil (2005); David, Volkoff, Cloutier, Derriennic (2001).
- ¹³⁷ Courville, Dumais, & Vézina (1994)
- ¹³⁸ Aittomaki, Lahelma, Roos, Leino-Arjas, & Martikainen (2005); Davies, Kemp, Frstick, Stevens, & Manning (2003)
- ¹³⁹ Ledoux, Bernier, Thuilier, Laberge, & Paquin-Collins (2008)
- ¹⁴⁰ Breslin, Day, Tompa, Irvin, Bhattacharyya, Clarke, & Wang (2005)
- ¹⁴¹ Ledoux, Bernier, Thuilier, Laberge, & Paquin-Collins (2008), citant l'Institut de la statistique du Québec (2007)
- ¹⁴² Ledoux, & Laberge (2006); Ledoux, Bernier, Thuilier, Laberge, & Paquin-Collins (2009); Malenfant LaRue, Lévesque, Jetté, & Côté (2006)
- ¹⁴³ Messing (2002)
- ¹⁴⁴ Boutin, & Messing (1997) : voir le tableau 4.
- ¹⁴⁵ Messing (1999)
- ¹⁴⁶ Malenfant, Gravel, Laplante, Jetté, & St-Amour(2009)
- ¹⁴⁷ Croteau, Marcoux, & Brisson (2007); Croteau, Marcoux, & Brisson (2006)
- ¹⁴⁸ Quinlan, Mayhew, & Bohle (2001a)
- ¹⁴⁹ Cohen (1977, p. 176); Gallagher, Underhill, & Rimmer (2001, p. 33); Quinlan, & Mayhew (2000, p. 182); Walters, & Frick (2000, p. 58); Saksvik, & Quinlan (2003, p. 49); Quinlan, Mayhew, & Bohle (2001a, 2001b); Lippel (2004b)
- ¹⁵⁰ Bernier, Vallée, & Jobin (2003)
- ¹⁵¹ Bernier, Vallée, & Jobin (2003, p. 6)
- ¹⁵² Le rapport Bernier s'appuie sur les travaux de Katherine Lippel sur cette question. (Lippel, 2004 a et b)
- ¹⁵³ Gaudreault (2009 p. 83)
- ¹⁵⁴ Lippel (2004b, p. 103)
- ¹⁵⁵ Lippel (2004b, p. 103).
- ¹⁵⁶ Quinlan, Mayhew, & Bohle (2001a, 2001b); Johnstone, Mayhew, & Quinlan (2001); Thébaud-Mony (2000)

-
- ¹⁵⁷ Léger (2004); Lippel (2004a, 2004b); Lippel, Bernstein, & Messing (2004)
- ¹⁵⁸ Dugay, Massicotte, & Prud'homme (2008, p. 29)
- ¹⁵⁹ Lippel, Bernstein, & Messing (2004)
- ¹⁶⁰ Lippel (2004a, 2004b); Lippel, Bernstein, & Messing (2004)
- ¹⁶¹ James, Johnstone, Quinlan, & Walters (2007)
- ¹⁶² Le Rapport Coulombe (2004) faisait entre autres les recommandations suivantes :
- Recommandation 6.19: Que la définition des termes «exploitation forestière» apparaissant au *Code du travail* soit élargie de façon à ce qu'elle englobe aussi bien les travaux commerciaux que l'ensemble des travaux non commerciaux, incluant les travaux préparatoires à la récolte ainsi que les travaux sylvicoles liés à la régénération des forêts; et que soit maintenue la technique de présomption pour l'identification de l'entité formellement responsable des travaux d'aménagement qui sera réputée l'employeur de tous les salariés de son exploitation.
- Recommandation 6.20: Que la *Loi sur la santé et sécurité au travail* soit amendée afin de désigner l'entité responsable de l'aménagement forestier comme maître d'oeuvre, devenant ainsi imputable de la santé et sécurité des travailleurs réalisant ces travaux. (p. 187-188).
- ¹⁶³ Nossar, Johnstone, & Quinlan (2004); Mayhew, & Quinlan (2006)
- ¹⁶⁴ Par exemple : Gollac, & Volkoff (1996); Bué, Coutrot, Hamon-Cholet, & Vinck (2007); Trudel, Dugas, Brun, Baril-Gingras, Montreuil, Bellemarre, et al. (2008)
- ¹⁶⁵ Croteau, Marcoux, & Brisson (2007); Croteau, Marcoux, & Brisson (2006)
- ¹⁶⁶ Par exemple : Gollac, & Volkoff (1996); Bué, Coutrot, Hamon-Cholet, & Vinck (2007); Trudel, Dugas, Brun, Baril-Gingras, Montreuil, Bellemarre, et al. (2008)
- ¹⁶⁷ Bourbonnais, Larocque, Brisson, Vézina, & Laliberté (2000); Arcand, Labrèche, Stock, Messing, & Tissot (2000); Vézina, & Bourbonnais (2001); Vézina, Bourbonnais, & Marchand (2008)
- ¹⁶⁸ Sur la prévention des TMS voir les revues systématiques des études suivantes : Karsh, Moro, & Smith (2001); Silverstein, & Clark (2004), et un exemple au Québec : Bellemarre, Marier, Montreuil, Allard, & Prévost (2002). Sur la prévention en santé psychologique au travail : voir par exemple Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vézina, Abdous, & Gaudet (2006); Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vézina, & Lower (2006).
- ¹⁶⁹ Par exemple, sur la prévention des TMS : St-Vincent, Chicoine, & Simoneau (1998); Montreuil (2008); sur la prévention en santé psychologique au travail : Brun, Biron, & St-Hilaire (2009)
- ¹⁷⁰ Commission de la santé et de la sécurité du travail (2009b p. 8)
- ¹⁷¹ Commission de la santé et de la sécurité du travail (2009c p. 16)
- ¹⁷² Voir entre autres : Hoogendoorn, Bongers, Bongers, Douwes, Koes, Miedema, Ariens, & Bouter (2000); Lee, Helewa, Goldsmith, Smythe, & Stitt (2001); Trinkoff, Lipscomb, Geiger-Brown, Storr, & Brady (2003), Lings, & Leboeuf-Yde (2000).
- ¹⁷³ Voir entre autres Andersen Kaergaard, Frost, Thomsen, Bonde, Fellentin, Borg, & Mikkelsen (2002); Trinkoff, Lipscomb, Geiger-Brown, Storr, & Brady (2003)
- ¹⁷⁴ Voir entre autres Malchaire, Cock, & Vergracht (2001)
- ¹⁷⁵ Par exemple : Toomingas Theorrell, Michelsen, & Nordemar (1997); Wahlstedt, Björksén, & Edling (2001), et une étude québécoise : Lapointe, Dionne, Brisson, & Montreuil (2009)
- ¹⁷⁶ Leroux, Dionne, Bourbonnais, & Brisson (2005)

-
- ¹⁷⁷ Voir par exemple Bongers, Ijmker, van den Heuvel, & Blatter (2006); Ariëns, van Mechelen, Bongers, Bouter, & van der Wal (2000); Malchaire, Cock, & Vergracht (2001); Smith, Karsh, & Moro (1999); Karsh, Moro, & Smith (2001)
- ¹⁷⁸ Messing, Lippel, Lapperrière, & Thibault (2005), Lippel, Vézina, & Cox (soumis)
- ¹⁷⁹ Lippel, Vézina, & Cox (soumis)
- ¹⁸⁰ Lippel, & Caron (2004)
- ¹⁸¹ Caroly (2009)
- ¹⁸² Vézina, & Bourbonnais (2001)
- ¹⁸³ Ranno (2000); Direction de la santé publique de Montréal-Centre (2001)
- ¹⁸⁴ Karasek, & Theorell (1990); Vézina, Cousineau, Mergler, Vinet, & Laurendeau (1992)
- ¹⁸⁵ St-Arnaud, Bourbonnais, Saint-Jean, & Rhéaume (2007)
- ¹⁸⁶ Dewa, & Lin (2000); Kessler, & Frank (1997); Lim, & Andrews (2000); Goetzel, Long, Ozminkowski, Hawkins, Wang, & Lynch (2004)
- ¹⁸⁷ Dewa, Lesage, Goering, & Craveen (2004)
- ¹⁸⁸ Commission de la santé et de la sécurité du travail (2007)
- ¹⁸⁹ Lippel, & Sikka (sous presse)
- ¹⁹⁰ Par exemple : Toomingas, Theorell, Michelsen, & Nordemar (1997); Wahlstedt et coll. 2001; Lapointe, Dionne, Brisson, & Montreuil (2009) : étude québécoise
- ¹⁹¹ Bourbonnais, Brisson, Vézina, Mâsse, & Blanchette (2005); Vahtera, Kivimäki, Pentti, & Theorell (2000); Kivimäki, Vahtera, Pentti, & Ferrie (2000)
- ¹⁹² Egan, Bambra, Thomas, Petticrew, Whitehead, & Thomson (2007)
- ¹⁹³ Bambra, Egan, Thomas, Petticrew, & Whitehead (2007)
- ¹⁹⁴ Lamontagne, Keegel, Louie, Ostry, & Landsbergis (2007)
- ¹⁹⁵ Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vézina, Abdous, & Gaudet (2006); Bourbonnais, Brisson, Vinet, Vézina, & Lower (2006)
- ¹⁹⁶ Institut national de santé publique du Québec (2008)
- ¹⁹⁷ Brun, Biron, & St-Hilaire (2009)
- ¹⁹⁸ Le Système Vocollect convertit en sons des ordres écrits, indiquant aux préparateurs de commandes d'un entrepôt où aller, quelle marchandise prélever et en combien d'unités. L'interaction avec le système est continue, le travailleur n'ayant que de rares répités d'environ cinq secondes. L'intervention d'une inspectrice de la CSST dans une entreprise utilisant ce système a été rapportée par des articles parus à l'étranger et citée par une décision de la CLP favorable à la reconnaissance des lésions professionnelles. Voir Rossard (2007) et Vézina (2008).
- ¹⁹⁹ Cette décision est citée et discutée par Laflamme (2008, p. 461, note 1641) dans le contexte de la santé psychologique au travail. Pour une réflexion sur cette décision, voir Messing, Lippel, Lapperrière, & Thibault (2005)
- ²⁰⁰ European Trade Union Confederation (ETUC), Union of Industrial and Employers' Confederations of Europe (Unice), European Association of Craft Small and Medium-Sized Enterprises (UEAPME), & European Centre of Enterprises with Public Participation and of Enterprises of General Economic Interest (CEEP) (2004)
- ²⁰¹ Business Europe, ETUC/CES, UEAPME, & CEEP (2007)

²⁰² Laflamme (2008, p.145-213)

²⁰³ Laflamme (2008, p. 175)

²⁰⁴ Laflamme (2008, p. 184-188)

²⁰⁵ Laflamme (2008, p. 197-199)

²⁰⁶ Laflamme (2008, p. 455-472)

Références bibliographiques

- Aittomaki, A., Lahelma, E., Roos, E., Leino-Arjas, P., & Martikainen, P. (2005). Gender differences in the association of age with physical workload and functioning. *Occupational and Environmental Medicine*, 62(2), 95-100.
- Allard, D., Ferron, M., & Thériault, G. (1999, décembre). *Évaluation d'implantation du programme PAD-PRAT: Vie et reproduction d'un programme*. Communication présentée à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, Montréal, Canada.
- Andersen, J. H., Kaergaard, A., Frost, P., Thomsen, J. F., Bonde, J. P., Fallentin, N., Borg, V., & Mikkelsen, S. (2002). Physical, psychosocial, and individual risk factors for neck/shoulder pain with pressure tenderness in the muscles among workers performing monotonous, repetitive work. *Spine*, 27, 660–667.
- Arcand, R., Labrèche, F., Stock, S., Messing, K., & Tissot, F. (2000). Travail et santé. Dans C. Daveluy, L. Pica, N. Audet, R. Courtemanche, & F. Lapointe (Éds.), *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition* (pp. 525-570). Québec, Canada: Institut de la statistique du Québec.
- Arial, M., Montreuil, S. & Brisson, C. (1998). Mesure d'effets intermédiaires d'une formation en ergonomie dispensée auprès d'usagers de terminaux à écran de visualisation, *Travail et Santé*, 14(1), S2 –S5.
- Ariëns, G. A. M., van Mechelen, W., Bongers, P. M., Bouter, L. M., & van der Wal, G. (2000). Physical risk factors for neck pain. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 26(1), 7-19.
- Association canadienne de normalisation (2006). *Gestion de la santé et de la sécurité au travail (CSA: Z1000: 06)*. Mississauga, Ontario: CSA.
- Bambra, C., Egan, M., Thomas, S., Petticrew, M., & Whitehead, M. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation. 2. A systematic review of task restructuring interventions. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(12), 1028-1037.
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M., & Brun, J.-P. (2004). *Intervention externe en santé et en sécurité du travail: Un modèle pour comprendre la production de transformations à partir de l'analyse d'interventions d'associations sectorielles paritaires* (Rapport no. R-367). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré de http://www.irsst.qc.ca/fr/_publicationirsst_100042.html
- Baril-Gingras, G., Bellemare, M., & Brun, J.-P. (2007). Conditions et processus menant à des transformations à la suite d'activités de formation en santé et en sécurité du travail. *PISTES*, 9(1). Récupéré de www.pistes.uqam.ca/v9n1/articles/v9n1a1.htm
- Bellemare, M., Garrigou, A., Ledoux, É., & Richard, J.-G. (1995). Les apports de l'ergonomie dans le cadre de projets industriels ou architecturaux. *Relations industrielles*, 50(4), 768-788.

Bellemare, M., Marier, M., Montreuil, S., Allard, D., & Prévost, J. (2002). *La transformation des situations de travail par une approche participative en ergonomie: Une recherche intervention pour la prévention des troubles musculo-squelettiques* (Rapport no. R-292). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Bellemare, M., Trudel, L., Ledoux, E., Laberge, M., Montreuil, S., Marier, M., Vincent, P., & Godi, M.-J. (2004) Contribuer à un projet d'aménagement par l'analyse ergonomique du travail : le cas d'une bibliothèque publique. *PISTES*, 6, 2, 18 pages.
<http://www.pistes.uqam.ca/v6n2/sommaire.html>

Bellemare, M., Trudel, L., Ledoux, É., Montreuil, S., Marier, M., Laberge, M., & Godi, M.-J. (2005). *Intégration de la prévention des TMS dès la conception d'un aménagement: Le cas des bibliothèques publiques* (Rapport no. R-395). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Bellemare, M., Trudel, L., Ledoux, É., Montreuil, S., Marier, M., Laberge, M. & Vincent, P. (2006). Allowing for MSD Prevention during Facilities Planning for a Public Service: An a posteriori Analysis of 10 Library Design Projects. *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics (JOSE)*, 12 (4), 387-397.

Bergman, D., Davis, C., & Rigby, B. (2007). *International comparison of health and safety responsibilities of company directors* (Rapport no. RR535). London, Royaume-Uni: Centre for Corporate Accountability. Récupéré de
www.hse.gov.uk/RESEARCH/rrpdf/rr535.pdf

Bernier, J., Vallée, G., & Jobin, C. (2003). *Les besoins de protection sociale des personnes en situation de travail non traditionnelle: Synthèse du rapport final*. Québec, Canada: Ministère du Travail, Gouvernement du Québec. Récupéré de
www.travail.gouv.qc.ca/actualite/travail_non_traditionnel/Bernier2003/index.html

Berthelette, D. (1990). *Évaluation des résultats et de l'implantation du programme de santé au travail* (Ph.D.). Université de Montréal, Canada.

Berthelette, D., & Pineault, R. (1992). Analyse d'implantation du programme de santé au travail. Résultats d'une recherche évaluative. *Travail et santé*, 8(4), S.23-S.30.

Berthelette, D., & Planché, F. (1995). *Évaluation du programme de sécurité du travail dans des petites et moyennes entreprises* (Rapport no. R-107). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Bisson, P., Campeau, A., Gingras, S., & Trempe, P. (2009). *Portrait socioéconomique des régions du Québec, L'ÉconoMètre*. Ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation, Québec. Récupéré de
http://www.mdeie.gouv.qc.ca/fileadmin/sites/internet/documents/publications/pdf/developpement_regional/fr/regions/portr_socio_econ.pdf

Block, R. N., Roberts, K., & Clarke, R.O. (2003). *Labor standards in the United States and Canada*. Kalamazoo, Michigan: W.E. Upjohn Institute for Employment Research.

Bolduc, F., & Baril-Gingras, G. (2004). Conditions d'exercice du travail des cadres: Un facteur déterminant. *Objectif Prévention*, 26(2), 26-27.

- Bolton, F. N., & Kleinstueber, J. F. (2001). A perspective on the effectiveness of risk assessment by first-line workers and supervisors in a safety management system. *Human and Ecological Risk Assessment*, 7(7), 1777-1786.
- Bongers, P. M., Ijmker, S., van den Heuvel, S., & Blatter, B. M. (2006). Epidemiology of work related neck and upper limb problems: Psychosocial and personal risk factors (part I) and effective interventions from a bio behavioural perspective (part II). *Journal of Occupational Rehabilitation*, 16, 279–302.
- Bouchard, P., Gilbert, L., Montreuil, S., Galipeau, S. & Patry, L. (1998). L'évaluation formative de l'implantation d'un programme d'ergonomie participative réalisé par des intervenants de Centres locaux de services communautaires. *Performances Humaines et Techniques*, numéro hors série (décembre), Analyse ergonomique du travail, formation et changements dans les situations de travail, 98-100.
- Bourbonnais, R. (2007). Are job stress models capturing important dimensions of the psychosocial work environment? *Occupational & Environmental Medicine*, 64(10), 340-341.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vézina, M., Mâsse, B., & Blanchette, C. (2005). Psychosocial work environment and certified sick leaves among nurses during organizational changes and downsizing. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 60(3), 483-508.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., Abdous, B., & Gaudet, M. (2006). Effectiveness of a participative intervention on psychosocial work factors to prevent mental health problems in a hospital setting. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(5), 335-342.
- Bourbonnais, R., Brisson, C., Vinet, A., Vézina, M., & Lower, A. (2006). Development and implementation of a participative intervention to improve the psychosocial work environment and mental in an acute care hospital. *Occupational and Environmental Medicine*, 63(5), 326-34.
- Bourbonnais, R., Jauvin, N., Dussault, J., & Vézina, M. (2007). Psychosocial work environment, mobbing and mental health among correctional officers. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 355-368.
- Bourbonnais, R., Larocque, B., Brisson C., Vézina, M., & Laliberté, D. (2000). Environnement psychosocial du travail. Dans C. Daveluy, N. Audet, R. Courtemanche, & F. Lapointe (Éds.), *Enquête sociale et de santé 1998* (pp. 571-583). Québec, Canada: Institut de la statistique du Québec.
- Breslin, F. C., Day, D., Tompa, E., Irvin, E., Bhattacharyya, S., Clarke, J., & Wang, A. (2005). *Systematic review of risk factors for work injury among youth*. Toronto, Canada: Institute for Work & Health.
- Brisson, C., Aboa-Eboulé, C., Leroux, I., Gilbert-Ouimet, M., Vézina, M., Bourbonnais, R., & Maunsell, E. (soumis). Psychosocial factors at work and heart disease.
- Brisson, C., Cantin, V., Larocque, B., Vézina, M., Vinet, A., Trudel, L., & Bourbonnais, R. (2006). Intervention research on work organization and health: Research design and

preliminary results on mental health. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 25(2), 241-59.

Brun, J.-P. (2004). *Accroître les efforts de prévention: La santé et la sécurité du travail dans la construction au Québec* (Rapport no. R-358). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Brun, J.-P., Biron, C., & St-Hilaire, F. (2009). *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail* (Guide no. RG-618). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Bué, J., Coutrot, T., Hamon-Cholet, S., & Vinck, L. (2007). Conditions de travail: Une pause dans l'intensification du travail. *Premières synthèses*, 01.2. Récupéré de <http://www.travail-solidarite.gouv.fr/IMG/pdf/2007.01-01.2.pdf>

Bureau international du travail (2002). *Principes directeurs concernant les systèmes de gestion de la sécurité et de la santé au travail*. Genève, Suisse: BIT.

Caroly, S. (2009, septembre). Prévention des TMS en Europe et politiques publiques en santé au travail: Quels enjeux pour l'ergonomie? Communication présentée au 40^e Congrès annuel de l'Association canadienne d'ergonomie (ACE), Québec, Canada.

Carpentier-Roy, M.-C., Simard, M., Marchand, A., & Ouellet, F. (2001). Pour un modèle renouvelé d'intervention en santé au travail dans les petites entreprises. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 56(1), 165-194.

Champoux, D., & Brun J.-P. (2003). Occupational health and safety management in small-size enterprises: An overview of the situation and avenues for intervention and research. *Safety Science*, 41, 301-318.

Champoux, D., & Brun, J.-P. (1999). *Prise en charge de la sécurité dans les petites entreprises des secteurs de l'habillement et de la fabrication de produits en métal* (Rapport no. R-226). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Chatigny, C. & Montreuil, S. (2003). The Importance of Resources in the Work Setting to Ensure Safe Occupational Apprenticeship. *Safety Science*, 41(4), 377-391.

Cloutier, E., Bourdouxhe, M., Ledoux, É., David, H., Gagnon, I., Ouellet, F., & Teiger C. (2005). Effets du statut d'emploi sur la santé et la sécurité au travail: Le cas des auxiliaires familiales et sociales et des infirmières de soins à domicile au Québec. *PISTES*, 7(2). Récupéré de <http://www.pistes.uqam.ca/v7n2/articles/v7n2a2.htm>

Cloutier, L., Fadel, A.-M., Desfossés, C., Gagnon, S., & Martin, M.-F. (2005). Annuaire québécois des statistiques du travail: Portrait historique des principaux indicateurs du marché du travail. *Institut de la statistique du Québec*, 1(1). Récupéré de http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/remuneration/annuaire_travailv1n1.htm

Cohen, A. (1977). Factors in successful occupational safety programs. *Journal of Safety Research*, 9, 168-178.

Commission de la santé et de la sécurité du travail (2001). *Rapport annuel d'activité - 2000*. Québec, Canada.

- Commission de la santé et de la sécurité du travail (2007a). *Données statistiques de lésions professionnelles 1990-2005*. Québec, Canada: Service de la statistique.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (2007b). *Le cadre d'intervention en prévention-inspection: Permanence des correctifs*. Québec, Canada.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (2008a). *Données d'exploitation*. Récupéré de http://www.csst.qc.ca/NR/rdonlyres/2BB40729-843E-4D6A-A2B7-3C5D9545C7F1/0/Donnees_exploitation_2008.pdf
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (2008b). *Appendice statistique 2008*. Récupéré de http://www.csst.qc.ca/portail/fr/qui_sommes_nous/rapport_annuel/rapport_annuel_statistique_2008.htm
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (2009a). *Statistiques annuelles 2008*. Récupéré de http://www.csst.qc.ca/portail/fr/publications/DC_200_1046.htm
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (2009b). *Statistiques sur les affections vertébrales 2005-2008*. Québec, Canada: Service de la statistique.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (2009c). *Statistiques sur les lésions en « ITE » du système musculo-squelettique 2005-2008*. Québec, Canada: Service de la statistique.
- Commission d'étude sur la gestion de la forêt publique québécoise (2004). *Rapport (Rapport Coulombe)*. Québec, Canada. Récupéré de <http://www.commission-foret.qc.ca/rapportfinal.htm>
- Commission d'experts pour l'application des conventions et recommandations (2009). *Rapport III (1B): Étude d'ensemble relative à la convention (n° 155), à la recommandation (n° 164) sur la sécurité et la santé des travailleurs, 1981, et au protocole de 2002 relatif à la convention sur la sécurité et la santé au travail, 1981*. Genève, Suisse: Bureau international du Travail.
- Courville, J., Dumais, L., & Vézina, N. (1994) Conditions de travail de femmes et d'hommes sur une chaîne de découpe de volaille et développement d'atteintes musculo-squelettiques, *Travail et santé*, 10, S17-S23.
- Côté, A. (2010). *L'implantation des processus prescrits par le programme de prévention prévu à la Loi sur la santé et la sécurité du travail du Québec et les systèmes de gestion de la santé et de la sécurité du travail (SGSST): Une étude de cas dans un établissement du secteur manufacturier québécois* (M.A.). Université Laval, Canada.
- Cox, R., & Lippel, K. (2008). Falling through the legal cracks: The pitfalls of using workers' compensation data as indicators of work-related injuries and illnesses. *Policy and Practice in Health and Safety*, 6(2), 9-30.
- Croteau, A., Marcoux, S., & Brisson, C. (2006). Work activity in pregnancy, preventive measures, and the risk of delivering a small-for-gestational-age infant. *American Journal of Public Health*, 96(2), 1-10.

- Croteau, A., Marcoux, S., & Brisson, C. (2007). Work activity in pregnancy, preventive measures and the risk of preterm delivery. *American Journal of Epidemiology*, 166(8), 951-965.
- Daniellou, F. (1988). *Ergonomie et projets industriels*. Paris, France: Conservatoire national des arts et métiers.
- Daniellou, F., Simard, M., & Boissières, I. (2009). *Facteurs humains et organisationnels de la sécurité industrielle. Un état de l'art*. Les cahier de la sécurité industrielle, Toulouse, France : FonCSI.
- David, H., Volkoff, S., Cloutier, E., & Derriennic, F. (2001). Vieillesse, organisation du travail et santé. PISTES. Vol. 3, no 1. Récupéré de <http://www.pistes.uqam.ca/v3n1/articles/v3n1a5.htm>
- Davis, C. (2004). *Making companies safe: What works?* London, Royaume-Uni: Centre for Corporate Accountability. Récupéré de <http://www.corporateaccountability.org/dl/courtreport04/makingcompaniessafe.pdf>
- Davies, J., Kemp, G. J., Frostick, S. P., Stevens, G., & Manning, D. P. (2003). Age and gender in underfoot accidents. *Safety Science*, 41, 65-76.
- Dawson, S., Willman, P., Bamford, M., & Clinton, A. (1988). *Safety at work: The limits of self-regulation*. Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.
- Desmarais, L. (2004). *Évaluation de l'implantation des comités de santé et de sécurité du travail: Une étude de cas multiples réalisée dans les petites et moyennes entreprises au Québec* (Ph.D.). Université du Québec à Montréal, Canada.
- Dewa, C. S., Lesage, A., Goering, P., & Craveen, M. (2004). Nature and prevalence of mental illness in the workplace. *HealthcarePapers*, 5(2), 12-25.
- Dewa, C. S., & Lin, E. (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social Science & Medicine*, 51(1), 41-50.
- Dionne, C., Bourbonnais, R., Frémont, P., Rossignol, M., Stock, S. R., Noumen, A., Demers, E., & Larocque, I. (2006). Determinants of « Return to work in good health » among workers with back pain who consult in primary care settings: A two-year prospective study. *European Spine Journal*, 16(5), 641-655.
- Direction de la santé publique Montréal-Centre (2001). *Rapport annuel 2001 sur la santé de la population: Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais*. Montréal, Canada: Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre.
- Dorman, P. (1996). *Markets and mortality, economics, dangerous work, and the value of human life*. Cambridge, Royaume-Uni: Cambridge University Press.
- Dorman, P. (2000). If safety pays, why don't employers invest in it? Dans K. Frick, P. L. Jensen, M. Quinlan, & T. Wilthagen (Éds.), *Systematic occupational health and safety management: Perspectives on an international development* (pp. 351-365). Amsterdam, Pays-Bas: Pergamon.

Duguay, P., Massicotte, P., & Prud'homme, P. (2008). *Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2000-2002: I - Profil statistique par activité économique* (Rapport no. R-547). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

EFOR Conseil S.E.N.C. (1999). *Revue de littérature: L'intégration de l'ergonomie au processus de conception d'usine* (Rapport final). Montréal, Québec: Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec.

Egan, M, Bambra, C., Thomas, S., Petticrew, M., Whitehead, M., & Thomson, H. (2007). The psychosocial and health effects of workplace reorganisation.1. A systematic review of organisational-level interventions that aim to increase employee control. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(11), 945-954.

European Agency for Safety and Health at Work (2009). *Assessment, elimination and substantial reduction of occupational risks*. Récupéré de <http://osha.europa.eu/en/publications/reports/TEWE09001ENC>

European Trade Union Confederation (2004). *Framework agreement on work-related stress*. Récupéré de http://hesa.etui-rehs.org/uk/dossiers/files/Framework_agreement_stress.pdf

European Trade Union Confederation (2007). *Framework agreement on harassment and violence at work*. Récupéré de www.tradeunionpress.eu/Agreement%20violence/Framework%20Agreement%20Harassment%20and%20Violence%20at%20Work2.pdf

Frick, K., Jensen, P. L., Quinlan, M., & Wilthagen, T. (Éds.) (2000). *Systematic occupational health and safety management: Perspectives on an international development*. Amsterdam, Pays-Bas: Pergamon.

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

Frick, K., & Walters, D. R. (2000). Workers participation and the management of occupational health and safety: Reinforcing of conflicting strategies? Dans K. Frick, P. L. Jensen, M. Quinlan, & T. Wilthagen (Éds.), *Systematic occupational health and safety management: Perspectives on an international development* (pp. 43-65). Amsterdam, Pays-Bas: Pergamon.

Frick, K., & Wren, J. (2000). Reviewing occupational health and safety management: Multiple roots, diverse perspectives and ambiguous outcomes. Dans K. Frick, P. L. Jensen, M. Quinlan, & T. Wilthagen (Éds.), *Systematic occupational health and safety management: Perspectives on an international development* (pp. 17-42). Amsterdam, Pays-Bas: Pergamon.

Gallagher, C., Underhill, E., & Rimmer, M. (2001). *Occupational health and safety management systems: A review of their effectiveness in securing healthy and safe workplaces*. Sydney, Australie: National Occupational Health and Safety Commission. Récupéré de www.ascc.gov.au/NR/rdonlyres/3EDFA62A-B3AD-4EC5-9150-75A2737DE260/0/ohsms_review.pdf

- Gaudreault, A. (2009). Annuaire québécois des statistiques du travail: Portrait des principaux indicateurs du marché du travail, 2000-2008. *Institut de la statistique du Québec*, 5(1). Récupéré de http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/remuneration/annuaire_travailv5n1.htm
- Gervais, M., Massicotte, P., & Champoux, D. (2006). *Conditions de travail, de santé et de sécurité des travailleurs du Québec* (Rapport no. R-449). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré de http://www.irsst.qc.ca/fr/_publicationirsst_100183.html
- Gilles, M., & Loislil, F. (dir) (2005) *La gestion des âges. Pouvoir vieillir en travaillant*. Lyon : Éditions ANACT.
- Goetzl, R. Z., Long, S. R., Ozminkowski, R. J., Hawkins, K., Wang, S., & Lynch, W. (2004). Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(4), 398-412.
- Gollac, M., & Volkoff, S. (1996). Citius, altius, fortius: L'intensification du travail. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 114, 54-67.
- Grenier, A. (2007). Les changements démographiques et le marché du travail : d'hier à aujourd'hui... et à demain. Dans : Tremblay, D.-G. (dir.) *D'une culture de retraite vers un nouveau management des âges et des temps sociaux*. Québec : Presses de l'Université du Québec. 47-64.
- Gravel, S., Brodeur, J.-M., Vissandjée, B., Champagne, F., & Lippel, K. (2007). Incompréhension des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles de leurs difficultés d'accéder à l'indemnisation. *Migration et Santé*, 131(2), 1-42.
- Gunningham, N., & Johnstone, R. (1999). *Regulating workplace safety: Systems and sanctions*. Oxford, Royaume-Uni: Oxford University Press.
- Harcourt, M., Lam, H., & Harcourt, S. (2007). The impact of workers' compensation experience rating on discriminatory hiring practices. *Journal of Economic Issues*, 41(3), 681-699.
- Hébert, F. (1999). *Évolution des indicateurs de lésions professionnelles indemnisées, par secteur d'activité économique, Québec, 1986-1996* (Rapport no. R-215). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Hoogendoorn, W. E., Bongers, P. M., de Vet, H. C., Douwes, M., Koes, B. W., Miedema, M. C., Ariens, G. A., & Bouter, L. M. (2000). Flexion and rotation of the trunk and lifting at work are risk factors for low back pain: Results of a prospective cohort study. *Spine*, 25, 3087-3092.
- Institut national de recherche et de sécurité (2006). *Conception des lieux et des situations de travail. Santé et sécurité : démarche, méthodes et connaissances techniques*, INRS (France) : Rapport ED 950.
- Institut national de santé publique du Québec (2008). *Outil de caractérisation préliminaire d'un milieu de travail au regard de la santé psychologique au travail*.

Québec, Canada: Direction risques biologiques, environnementaux et occupationnels. Récupéré de www.inspq.qc.ca/pdf/publications/744_OutilCaractMilieuTravail.pdf

James, P., Johnstone, R., Quinlan, M., & Walters, D. (2007). Regulating supply chains to improve health and safety. *Industrial Law Journal*, 36(2), 163-187.

James, P., & Walters, D. (1999). *Regulating health and safety at work: The way forward*. London, Royaume-Uni: Institute of employment rights.

James, P., & Walters, D. (2002). Worker representation in health and safety: Options for regulatory reform. *Industrial Relations Journal*, 33(2), 141-156.

Jauvin, N., Vézina, M., Dussault, J., Malenfant, R., & Bourbonnais, R. (2006). Violence institutionnelle en milieu de travail et règles du métier: Une analyse du phénomène en milieu correctionnel québécois. *PISTES*, 8(1). Récupéré de <http://www.pistes.uqam.ca/v8n1/pdf/v8n1a6.pdf>

Jensen, P. L. (2001). Risk assessment: A regulatory strategy for stimulating working environment activities? *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, 11(2), 101-116.

Johnstone, R. (2009). The Australian framework for worker participation in occupational health and safety. Dans D. Walters, & T. Nichols (Éds.), *Workplace health and safety: International perspectives on worker representation* (pp. 31-49). New York, États-Unis: Palgrave Mcmillan.

Johnstone, R., Mayhew, C., & Quinlan, M. (2001). Outsourcing risk? The regulation of occupational health and safety where subcontractors are employed. *Comparative Labor Law & Policy Journal*, 22(2-3), 351-394.

Johnstone, R., Quinlan, M., & Walters, D. (2005). Statutory occupational health and safety workplace arrangements for the modern labour market. *Journal of Industrial Relations*, 47(1), 93-116.

Karasek, R., & Theorell, T. (1990). *Healthy work: Stress, productivity and the reconstruction of working life*. New York, États-Unis: Basic Books.

Karsh, B., Moro, F. B. P., & Smith, M. J. (2001). The efficacy of workplace ergonomic interventions to control musculoskeletal disorders: A critical analysis of the peer-reviewed literature. *Theoretical Issues in Ergonomic Science*, 2(1), 23-86.

Kessler, R. C., & Frank, R. G. (1997). The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychological Medicine*, 27, 861-873.

Kivimäki, M., Vahtera, J., Pentti, J., & Ferrie, J. E. (2000). Factors underlying the effect of organizational downsizing on health of employees: Longitudinal cohort study. *British Medical Journal*, 320(7240), 971-975.

Knowles, D. (2006). *Measuring the effect of health and safety advisors and roving safety representatives in agriculture* (Rapport no. RR417). Sudbury, Royaume-Uni: HSE Books. Récupéré de www.hse.gov.uk/research/rrpdf/rr417.pdf

Laflamme, A.-M. (2007). Le droit de retour au travail et l'obligation d'accommodement: Le régime de réparation des lésions professionnelles peut-il résister à l'envahisseur? *Les Cahiers de Droit*, 48(1-2), 215-247.

Laflamme, A.-M. (2008). *Le droit à la protection de la santé mentale au travail*. Cowansville, Canada: Les Éditions Yvon Blais et Bruxelles, Belgique: Bruylant.

Lamonde, F., Beaufort, P., & Richard, J.-G. (2002). *La pratique d'intervention en santé - sécurité et en ergonomie dans des projets de conception. Étude d'un cas de conception d'une usine* (Rapport no. R-318). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Lamonde, F., Richard, J.-G., & Gagné C. (2009). *Développement d'un argumentaire sur la prise en compte de l'utilisation future dans les projets de conception*. Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Lamonde, F., Richard, J.-G., Langlois, L., Dallaire, J., & Vinet, A. (2010). *La prise en compte des situations de travail dans les projets de conception: Étude de la pratique des concepteurs et des opérations impliqués dans un projet conjoint entre un donneur d'ouvrage et une firme de génie conseils*. Montréal, Canada: Institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Lamontagne, A. D., Keegel, T., Louie, A. M., Ostry, A., & Landsbergis, P. A. (2007). A systematic review of the job-stress intervention evaluation literature, 1990–2005. *International Journal of Occupational and Environmental Health*, 13(3), 268-280.

Lanoie, P., & Streliski, D. (1995). *Impact de la réglementation en matière de santé et sécurité du travail sur le risque d'accident au Québec: De nouveaux résultats*. Récupéré de <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/95s-30.pdf>

Lapointe, J., Dionne, C. E., Brisson, C., & Montreuil, S. (2009). Interaction between postural risk factors and job strain on self-reported musculoskeletal symptoms among users of video display units: A three-year prospective study. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 35(2), 134-144.

Ledoux, É., Bernier, J., Thuilier, C., Laberge, M., & Paquin-Collins, S. (2008). *Approche terrain pour rejoindre et sensibiliser les jeunes travailleurs à la SST* (Rapport no. R-588). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Ledoux, É., & Laberge, M. (2006). *Bilan et perspectives de recherche sur la SST des jeunes travailleurs* (Rapport no. R-481). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Ledoux, É., Bellemare, M., Trudel, L., Montreuil, S., Marier, M., & Laberge, M. (2006). *La bibliothèque, un lieu de travail. Un guide pratique en ergonomie pour concevoir les espaces*, Montréal, Canada : Les Éditions ASTED / APSAM.

Lee, P., Helewa, A., Goldsmith, C. H., Smythe, H. A., & Stitt, L. W. (2001). Low back pain: Prevalence and risk factors in an industrial setting. *Journal of Rheumatology*, 28, 346–351.

- Léger, E. (2004). Responsabilité du tiers-employeur à l'égard des sous-traitants. Dans Barreau du Québec (Éd.), *Développements récents en santé et sécurité* (pp. 383-415). Cowansville, Canada: Éditions Yvon Blais.
- Lemire, L. (1996). *Évaluation de l'implantation du plan de prévention de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail – secteur fabrication de produits en métal et produits électriques sur l'évolution des taux d'accidents du travail* (M.Sc.). Université de Montréal, Canada.
- Leroux, I., Dionne, C. E., Bourbonnais, R., & Brisson, C. (2005). Prevalence of musculoskeletal pain and associated factors in the Quebec working population. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 78, 379–386.
- Leroux, I., Brisson, C., & Montreuil, S. (2006) Job Strain and Neck-Shoulder Symptoms: A Prevalence Study of Women and Men White-Collar Workers. *Occupational Medicine*. 56, 102-109.
- Lévesque, G., & Berthelette, D. (1998). Les effets du programme québécois de santé au travail sur l'élimination des sources de danger. *Travail et santé*, 14(1), S.6-S.10.
- Lim, D., & Andrews, G. (2000). Lost productivity among full-time workers with mental disorders. *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 3, 139-146.
- Lindoe, P. H., & Hansen, K. (2000). Integrating internal control into management systems: A discussion based on norwegian case studies. Dans K. Frick, P. L. Jensen, M. Quinlan, & T. Wilthagen (Éds.), *Systematic occupational health and safety management: Perspectives on an international development* (pp. 437-455). Amsterdam, Pays-Bas: Permagon.
- Lings, S., & Leboeuf, Y. (2000). Whole-body vibration and low back pain: A systematic, critical review of the epidemiological literature 1992–1999. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 73, 290–297.
- Lippel, K. (2001). Les présomptions relatives au caractère professionnel des lésions: Interprétation et application. Dans Barreau du Québec (Éd.), *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail* (pp. 1-63). Cowansville, Canada: Éditions Yvon Blais.
- Lippel, K. (2004a). Le travail atypique et la législation en matière de santé et sécurité du travail. Dans Barreau du Québec (Éd.), *Développements récents en droit de la santé et sécurité au travail* (pp. 307-383). Cowansville, Canada: Éditions Yvon Blais.
- Lippel, K. (2004b). La protection défaillante de la santé des travailleurs autonomes et des sous-traitants en droit québécois de la santé au travail. *Santé, Société et Solidarité*, 2, 101-110.
- Lippel, K. (2005). Le harcèlement psychologique au travail: Portrait des recours juridiques au Québec et des décisions rendues par la Commission des lésions professionnelles. *PISTES*, 7(3). Récupéré de <http://www.pistes.uqam.ca/v7n3/pdf/v7n3a13.pdf>
- Lippel, K. (2006). L'accès à l'indemnisation pour les incapacités attribuables aux lésions psychiques et aux lésions musculo-squelettiques reliées au travail au Québec. *Santé, Société et Solidarité*, 2, 91-99.

- Lippel, K. (2007). Workers describe the effect of the workers' compensation process on their health: A Quebec study. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30, 427-443.
- Lippel, K. (2008, septembre). *Law, policy and workplace mental health*. Communication présentée à la 3^e Conférence internationale CIST sur les facteurs psychosociaux au travail, Québec, Canada.
- Lippel, K. (2009). Le droit québécois et les troubles musculo-squelettiques: Règles relatives à l'indemnisation et à la prévention. *PISTES*, 1(2). Récupéré de www.pistes.uqam.ca/v11n2/pdf/v11n2a3.pdf
- Lippel, K., Bernstein, S., & Messing, K. (2004). *Travail atypique: Protection légale des conditions minimales d'emploi et de la santé*. Québec, Canada: Fonds de recherche sur la société et la culture.
- Lippel, K., & Caron, J. (2004). L'introduction de l'ergonomie dans la réglementation de la prévention des lésions professionnelles: Balises et enjeux des législations nord-américaines. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 59(2), 233-270.
- Lippel, K., Lefebvre, M.-C., Schmidt, C., & Caron, J. (2005). *Traiter la réclamation ou traiter la personne? Les effets du processus sur la santé des personnes victimes de lésions professionnelles*. Montréal, Canada: Université du Québec à Montréal. Récupéré de www.er.uqam.ca/nobel/juris/dossiers/lippel2005.pdf
- Lippel, K., & Sikka, A. (sous presse). Access to workers' compensation benefits and other legal protections for work-related mental health problems: A Canadian overview. *Canadian Journal of Public Health*.
- Lippel, K., Vézina, M., & Cox, R. (soumis). Protection of workers' mental health in Québec: Do general duty clauses allow labour inspectors to do their job?
- Lund, H. L. (2004). Strategies for sustainable business and the handling of workers' interests: Integrated management systems and worker participation. *Economic and Industrial Democracy*, 25(1), 41-74.
- MacEachen, E., Breslin, C., Kyle, N., Irvin, E., Kosny, A., Bigelow, P., Mahood, Q., Scott-Dixon, K. et al. (2008). *Effectiveness and implementation of health and safety programs in small enterprises: A systematic review of quantitative and qualitative literature*. Toronto, Canada: Institute for Work & Health.
- Malchaire, J., Cock, N., & Vergratcht, S. (2001). Review of the factors associated with musculoskeletal problems in epidemiological studies. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 74(2), 79-80.
- Malenfant, R. (1993). Le retrait préventif de la travailleuse enceinte: À la recherche d'un consensus. *Sociologie et sociétés*, 25(1), 61-76.
- Malenfant R. (1996a). *Travail et grossesse. Peut-on laisser la maternité en dehors de l'entreprise?* Montréal, Canada: Éditions Liber.
- Malenfant, R. (1996b). Cachez ce ventre... La grossesse en milieu de travail. *Lien social et Politiques - RIAC*, 36, 103-110.

- Malenfant R., & M., De Koninck (2002). Production and reproduction: The issues involved in reconciling work and pregnancy. *New Solutions*, 12(1), 61-77.
- Malenfant, R., M., De Koninck, & N., Côté (2004). *Grossesse et travail. La construction sociale du risque*. Québec, Canada: CLSC-CHSLD Haute-Ville-des-Rivières et Université Laval (RIPOST).
- Malenfant, R., Gravel, A.-R., Laplante, N., Jetté, M., & St-Amour, C. (2009). *La conciliation travail-grossesse: La transition vers le maintien au travail dans la gestion du risque pour la santé*. Gatineau, Canada: Département de relations industrielles, Université du Québec en Outaouais.
- Malenfant, R., LaRue, A., Lévesque, M., Jetté, M., & Côté, N. (2006) *La création et la consolidation d'un lien d'emploi chez les jeunes non diplômés*. Québec, Canada: CSSS de la Vieille Capitale et Université du Québec en Outaouais (RIPOST).
- Martin, C. (2000). *Maîtrise d'ouvrage - Maîtrise d'œuvre. Construire un vrai dialogue. La contribution de l'ergonome à la conduite de projet architectural*. Toulouse, France: Octarès.
- Mayhew, C., & Quinlan, M. (2006). Economic pressure, multi-tiered subcontracting and occupational health and safety in Australian long-haul trucking. *Employee Relations*, 28(3), 212-229.
- McDonald, N., & Hyrmark, V. (2002). Safety behaviour in the construction sector. Irlande du Nord: Health and Safety Authority. Récupéré de <http://www.elcosh.org/record/document/71/d000055.pdf>
- Messing, K. (1999). One-eyed science: Scientists, workplace reproductive hazards, and the right to work. *International Journal of Health Services*, 29(1), 147-165.
- Messing, K. (2002). La place des femmes dans les priorités de recherche en santé au travail au Québec. *Relations industrielles*, 57(4), 660-686.
- Messing, K. & Boutin, S. (1997). Les conditions difficiles dans les emplois des femmes et les instances gouvernementales en santé et en sécurité du travail. *Relations industrielles*, 52(2), 333-362.
- Messing, K., Lippel, K., Laperrière, E., & Thibault, M. C. (2005). Scientific, social and regulatory obstacles to prevention of pain associated with prolonged constrained standing. Dans C. Peterson, & C. Mayhew (Éds.), *Occupational health and safety: International influences and the «new» epidemics* (pp. 139-158). Amityville, New York: Baywood.
- Ministère d'État au développement social (1978). Santé et sécurité au travail: Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs. Québec, Canada: Gouvernement du Québec.
- Montreuil, S. (2008) *Ergonomie – Travail de bureau avec écran de visualisation*. Guide de formation, Ste-Foy, Université Laval, 4e édition, 72 p. Avec la collaboration d'Alain Lajoie, ergonome. Novembre 2008.
- Montreuil, S., Laflamme, L., Brisson, C., & Teiger, C. (2006) Conditions that Influence the Elimination of Postural Constraints After Office Employees Working with Computers

Have Received Ergonomics Training. *WORK: A Journal of Prevention, Assessment & Rehabilitation*, 26, 2, 157-166.

Montreuil, S. & Laville, A. (1986). Cooperation between Ergonomists and Workers in the Study of Posture in order to Modify Work Conditions. In N. Corlett, J.R. Wilson, I. Mananica (Eds). *The ergonomics of working postures: models, methods and cases*, London, Taylor and Francis, 293-304.

Montreuil, S. (1990). Training Non-Specialists in Diagnosing and Changing Working Conditions in Sawmills, *Journal of Occupational Accidents*, 12, (1-3), 119-129.

Montreuil, S. (1996). Ergonomics Training for Managers, Employees and Designers Involved in the Design and Organization of Work Systems. *Safety Science*, Special Issue, The Ergonomist, the Trainer and Occupational Health and Safety, 23(2-3), 97-106.

Montreuil, S. & Brisson, C. (1996). Evaluation of the Effects of Training Programme on the Transformation Initiatives of Workers. *Safety Science*, Special Issue, The Ergonomist, the Trainer and Occupational Health and Safety, 23(2-3), 144.

Montreuil, S., Brisson, C., Arial, M. & Trudel, L. (1997). *Évaluation des effets d'un programme de formation chez les utilisateurs de terminaux à écran de visualisation*. (Rapport no R-167), Montréal, Canada : Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, 121 p.

Montreuil, S., Bellemare, M., Prévost, J., Marier, M. & Allard, D. (2004). L'implication des acteurs dans l'implantation de projets d'amélioration des situations de travail en ergonomie participative : des constats différenciés dans deux usines. *PISTES*, 6 (2), 11 pages. <http://www.pistes.uqam.ca/v6n2/sommaire.html>

Montreuil, S., Laflamme, L., Brisson, C. & Teiger, C. (2008). Les conditions favorisant l'élimination de contraintes posturales à la suite d'une formation en ergonomie offerte à des employées de bureau travaillant avec un ordinateur. Dans J.-P. Brun et P.-S. Fournier (Éd.), *La santé et la sécurité du travail : problématiques en émergence et stratégies d'intervention* (pp. 181-198). Québec, Canada : Presses de l'Université Laval, Collection Santé et sécurité du travail.

Morneau Sobeco (2008). *Recommandations for experience rating, for discussion with stakeholders*. Récupéré de [http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibobj.nsf/LookupFiles/DownloadableFileExperienceRatingReport/\\$File/MorneauSobecoReport.pdf](http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibobj.nsf/LookupFiles/DownloadableFileExperienceRatingReport/$File/MorneauSobecoReport.pdf)

National Research Council (1998). *Work related musculoskeletal disorders: A review of the evidence*. Washington, États-Unis: National Academy Press.

Nossar, I., Johnstone, R., & Quinlan, M. (2004). Regulating supply-chains to address the occupational health and safety problems associated with precarious employment: The case of home-based clothing workers in Australia. *Australian Journal of Labour Law*, 17, 1-24.

O'Dea, A., & Flin, R. (2003). *The role of managerial leadership in determining workplace safety outcomes* (Rapport no. 044). Royaume-Uni: Health & Safety Executive.

- Organisation internationale du travail (1981, juin). *ILO Convention 155 concerning Occupational Safety and Health and the Working Environment 1981 and its Recommendation No 164*, Genève, Suisse.
- Ouellette, N. (2006). *Le cadre d'intervention en prévention-inspection: Guide d'application*. Montréal, Canada: Commission de la santé et de la sécurité du travail.
- Pearse, W. (2001). Implementing OHS management systems in small to medium fabricated metal product companies. Dans W. Pearse, C. Gallagher, & E. Bluff (Éds.), *Proceedings of the First National Conference on Occupational Health and Safety Management Systems* (pp. 83-100). Melbourne, Australie: Crown Content.
- Pérusse, M. (1995). *Le coffre à outils de la prévention des accidents en milieu de travail*. Napierville, Canada: Sansectra.
- Picard, P. (2004, 30 octobre). La gestion des risques: Une culture à développer. L'Ordre des ingénieurs estime qu'il y a place à amélioration et veut que les jeunes entendent le message. *Les Affaires*, pp. 50.
- Plasse, M. (1988). *Santé et sécurité du travail: De la confrontation à la concertation*. Montréal, Canada: Éditions Agence d'ARC inc.
- Premji, S., Lippel, K., & Messing, K. (2008). "On travaille à la seconde!" Rémunération à la pièce et santé et sécurité du travail dans une perspective qui tient compte de l'ethnicité et du genre. *PISTES*, 10(1) Récupéré de <http://www.pistes.uqam.ca/v10n11/articles/v10n11a12.htm>
- Premji, S., Messing, K., Duguay, P., & Lippel, K. (2008). *Inégalités selon l'ethnicité et le genre dans le risque de lésions professionnelles indemnisées à Montréal: Résultats d'une étude basée sur des données du recensement et de la CSST*. Montréal, Canada: Canadian Association for Research in Work and Health.
- Premji, S., Messing, K., & Lippel, K. (2008). Broken English, broken bones? Mechanisms linking language proficiency and occupational health in a Montreal garment factory. *International Journal of Health Services*, 38(1), 1-19.
- Premji, S., Duguay, P., Messing, K., & Lippel, K. (sous presse). Are immigrants, ethnic and linguistic minorities over-represented in jobs with a high level of compensated risk? Results from a Montréal, Canada study using census and workers' compensation data. *American Journal of Industrial Medicine*.
- Price Waterhouse (1990). *CSST: Synthèse comparée de l'évaluation du fonctionnement et des effets de l'application du règlement sur le programme de prévention*. Québec, Canada: Commission de la santé et de la sécurité du travail et Price Waterhouse Coopers.
- Quinlan, M. (1999). Promoting occupational health and safety management systems: A pathway to success- maybe. *Journal of Occupational Health and Safety—Australia and New Zealand*, 15, 535–542.
- Quinlan, M. (2007). Organisational restructuring/downsizing, OHS regulation and worker health and wellbeing. *International Journal of Law and Psychiatry*, 30(4-5), 385–399.
- Quinlan, M., & Mayhew, C. (2000). Precarious employment, work re-organisation and the fracturing of OHS management. Dans K. Frick, P. L. Jensen, M. Quinlan, & T.

- Wilthagen (Éds.), *Systematic occupational health and safety management: Perspectives on an international development* (pp. 175-198). Amsterdam, Pays-Bas: Permagon.
- Quinlan, M., Mayhew, C., & Bohle, P. (2001a). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: A review of recent research. *International Journal of Health Services*, 31(2), 335–414.
- Quinlan, M., Mayhew, C., & Bohle, P. (2001b). The global expansion of precarious employment, work disorganization, and consequences for occupational health: Placing the debate in a comparative historical context. *International Journal of Health Services*, 31(3), 507–536.
- Ranno, J. P. (2000). *Santé mentale et stress au travail*. Montréal, Canada: Sun Life.
- Revue Plan (2006). Sécurité des machines: Tolérance 0. Ordre des ingénieurs, *Revue Plan, mars*. Récupéré de <http://www.oiq.qc.ca/documentation/plan.html>
- Robson, L. S., Clarke, J. A., Cullen, K., Bielecky, A., Severin, C., & Bigelow, P. L. (2007). The effectiveness of occupational health and safety management system interventions: A systematic review. *Safety Science*, 45(3), 329-353.
- Robson, L., Clarke, J., Cullen, K., Bielecky, A., Severin, C., Bigelow, P., Irvin, E., et al. (2005). *The effectiveness of occupational health and safety management systems: A systematic review*. Toronto, Canada: Institute for Work and Health. Récupéré de www.iwh.on.ca/SR/wi_ohs_mgmt.php
- Rosan, M. (2008, octobre). *Sous-traitance: Les responsabilités du donneur d'ouvrage*. Communication présentée au 24^e Colloque sur la santé et la sécurité du travail, Chibougameau, Canada.
- Rossard, M. (2007). Les hommes-robots des entrepôts. *Santé et travail*, 60, 20-21.
- Saksvik, P. Ø., & Quinlan, M. (2003). Regulating systematic occupational health and safety management: Comparing the Norwegian and Australian experience. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 58(1), 33-59.
- Saksvik, P. Ø., Torvatn, H., & Nytrø, K. (2003). Systematic occupational health and safety work in Norway: A decade of implementation. *Safety Science*, 41(9), 721-738.
- Shannon, H. S., & Lowe, G. S. (2002). How many injured workers do not file claims for workers' compensation benefits? *American Journal of Industrial Medicine*, 42, 467-473.
- Shannon, H. S., Mayr, J., & Haines, T. (1997). Overview of the relationship between organizational and workplace factors and injury rates. *Safety Science*, 36(3), 201-217.
- Silverstein, B., & Clark, R. (2004). Interventions to reduce work-related musculoskeletal disorders. *Journal of Electromyography & Kinesiology*, 14(1), 135-152.
- Simard, M. (1986). *Les représentants à la prévention: Principaux résultats d'un sondage auprès d'établissements syndiqués*. Québec, Canada: Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et sécurité du travail.
- Simard, M. (2000). *Étude des mécanismes de prévention et de participation en santé-sécurité du travail au Canada* (Rapport final). Montréal, Canada: Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Simard, M., Marchand, A., & Brossard, M. (1990). *Les contremaîtres et la prévention en contexte de participation des travailleurs* (Rapport no. PR-122), Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Simard, M., Marchand, A., Couvrette, J., & Duquette, M.-J. (1993). *Étude des stratégies de développement de l'implication des contremaîtres en prévention des accidents du travail dans l'industrie manufacturière* (Rapport no. PR-150). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Simard, M., Marchand, A., Dupéré, D., & Thériault, G. (1992). *Évaluation de l'efficacité des approches et interventions de la fonction prévention-inspection de la CSST* (Rapport final). Montréal, Canada.

Six, F. (2000). Le travail des cadres: Le point de vue de l'ergonomie. *Le point sur...: Approfondir*. Récupéré de <http://www3.univ-lille2.fr/medtrav2000/Lepointsurapprofondir/lepointsurapprofondir8.htm>

Smith, M. J., Karsh, B., & Moro, F. B. P. (1999). A review of research on interventions to control musculoskeletal disorders. Dans Steering Committee for the Workshop on Work-Related Musculoskeletal Injuries (Éd.), *Work-related musculoskeletal disorders: Report, workshop summary, and workshop papers* (pp. 200-229). Washington, États-Unis: National Academy Press.

Smitha, M. W. (2000). *State safety law and loss prevention efforts as predictors of safety performance* (Ph.D.). University of Alabama at Birmingham, États-Unis.

St-Arnaud, L., Bourbonnais, R., Saint-Jean, M., & Rhéaume, J. (2007). Determinants of return-to-work among employees absent due to mental health problems. *Industrial Relations/Relations industrielles*, 62(4), 690-713.

St-Vincent, M., Chicoine, D., & Simoneau, S. (1998). *Les groupes ERGO: Un outil pour prévenir les LATR*. Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.

Statistique Canada (2009). *Nombre d'homicides selon la province et le territoire, 1978 à 2008*. Récupéré de <http://www.statcan.gc.ca/pub/85-002-x/2009004/article/10929/tbl/tbl02-fra.htm>

Teiger, C. & Montreuil, S. (1996). The Foundations and Contributions of Ergonomics Work Analysis in Training Programmes. *Safety Science*, Special Issue, The ergonomist, the Trainer and Occupational Health and Safety, 23(2-3), 81-95.

Thébaud-Mony, A. (2000). *L'industrie nucléaire: Sous-traitance et servitude*. Paris, France: Inserm.

Thériault, G., Ferron, M., Dufort, V., Bédard, S., & Saari, J. (1996). *Performance à moyen terme de divers modes d'implantation du SIMDUT* (Rapport no. R-146). Montréal, Canada: Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail. Récupéré de http://www.irsst.qc.ca/fr/_publicationirsst_273.html

Thomason, T., & Pozzebon, S. (2002). Determinants of firm workplace health and safety claims management practices. *Industrial and Labor Relations Review*, 55(2), 286-307.

- Tompa, E., Trevithick, S., & McLeod, C. (2007). Systematic review of the prevention incentives of insurance and regulatory mechanisms for occupational health and safety. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 33(2), 85-95.
- Toomingas, A., Theorell, T., Michelsen, H., & Nordemar, R. (1997). Associations between self-rated psychosocial work conditions and musculoskeletal symptoms and signs. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 23, 130–139.
- Trinkoff, A. M., Lipscomb, J. A., Geiger-Brown, J., Storr, C. L., & Brady, B. A. (2003). Perceived physical demands and reported musculoskeletal problems in registered nurses. *American Journal of Preventive Medicine*, 24, 270–275.
- Trudel, L., Dugas, N., Brun, J.-P., Baril-Gingras, G., Montreuil, S., Bellemare, M., et al. (2008). The new challenges in occupational health and safety management in industrialized countries: A critical analysis from a local perspective. Dans L. Sznelwar, F. Mascia, & U. Montedo (Éds.), *Human factors in organisational design and management IX* (pp. 465-471). Amsterdam, Pays-Bas: Elsevier Science.
- Trudel, L., Simard, C., Vornarx, N., Vézina, M., Vinet, A., Brisson, C., & Bourbonnais, R. (2009). Contraintes à l'œuvre et sujets à l'épreuve: La détresse psychologique au travail montre des sujets en quête de rapports sociaux renouvelés par le dialogue. Dans J.-P. Béland (Éd.), *La souffrance des soignants* (pp. 43-72). Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.
- Underhill, E. (2008). *Double Jeopardy: Occupational injury and rehabilitation of temporary agency workers* (Ph.D.), University of New South Wales, Australie.
- Vahtera, J., Kivimäki, M., Pentti, P., & Theorell, T. (2000). Effect of change in the psychosocial work environment on sickness absence: A seven years follow up of initially healthy employees. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54(7), 484-493.
- Vézina, M. (2008). Les dimensions pathogènes de l'organisation du travail: Au-delà des chiffres et du questionnaire. *Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement*, 69, 189-194.
- Vézina, M., & Bourbonnais, R. (2001). Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale. Dans Institut de la statistique du Québec (Éd.), *Portrait social du Québec: Données et analyses* (pp. 279-286). Québec, Canada.
- Vézina, M., & Bourbonnais, R. (2004). Les facteurs de risque psychosociaux. Dans Roberge, B., Deadman, J.-E., Legris, M., Ménard, L., & Baril, M. (Éds.), *Manuel d'hygiène du travail: Du diagnostic à la maîtrise des facteurs de risque*. Montréal, Canada: Modulo-Griffon.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C., & Trudel, L. (2006). Définir les risques: La mise en visibilité des problèmes de santé liés à l'organisation du travail. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 163, 33-38.
- Vézina, M., Bourbonnais, R., Brisson, C., & Trudel, L. (2008). La mise en visibilité des problèmes de santé liés à l'organisation du travail. Dans J.-P. Brun, & P.-S. Fournier (Éds.), *La santé et la sécurité du travail: Problématiques en émergence et stratégies d'intervention* (pp. 11-26). Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.

- Vézina, M., Bourbonnais, R., & Marchand, A. (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Québec, Canada: Institut de la statistique du Québec.
- Vézina, M., Cousineau, M., Mergler, D., Vinet, A., & Laurendeau, M. C. (1992). *Pour donner un sens au travail: Bilan et orientations du Québec en santé mentale au travail*. Boucherville, Canada: Gaétan Morin.
- Vézina, M., Jauvin, N., Dussault, J., & Bourbonnais, R. (2006). L'éclairage de la psychodynamique du travail pour comprendre la souffrance des agents de la paix. Dans M. Alderson, M.-C. Carpentier-Roy, M.-A. Gilbert, M.-F. Maranda, J. Rhéaume, L. Saint-Arnaud, M. Saint-Jean, P.-Y. Therriault, L. Trudel & M. Vézina (Éds.), *Espace de réflexion, espace d'action en santé mentale au travail: Enquêtes de psychodynamique du travail au Québec* (pp. 143-168). Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.
- Vincent, P., Marier, M., Ledoux, É., Bellemare, M., Trudel, L., & Montreuil, S. (2004). *La bibliothèque publique, un lieu de travail: L'ergonomie appliquée à un projet d'aménagement de comptoir de service* (Guide no. R-447). Montréal, Canada: Association sectorielle paritaire pour la santé et la sécurité du travail - secteur affaires municipales, Commission de la santé et de la sécurité du travail, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail.
- Vinet, A., Bourbonnais, R., & Brisson, C. (2003). Travail et santé mentale: Une relation qui se détériore. Dans J.-P. Brun, C. Blais, S. Montreuil, & A. Vinet (Éds.), *Santé mentale et travail: L'urgence de penser autrement l'organisation*. Québec, Canada: Presses de l'Université Laval.
- Wahlstedt, K. G., Björkstén, M. G., & Edling, C. (2001). Factors at work and musculoskeletal symptoms among postal workers. *International Journal of Behavioral Medicine*, 8, 181–193.
- Walters, D. (2001). *Health and safety in small enterprises: European strategies for managing improvement*. Oxford, Royaume-Uni: P.I.E. Peter Lang.
- Walters, D. (2002). *Working safely in small enterprises in Europe: Towards a sustainable system for worker participation and representation*. Bruxelles, Belgique: Confédération européenne des syndicats (ETUC).
- Walters, D. (2006). One step forward, two steps back: Worker representation and health and safety in the United Kingdom. *International Journal of Health Services*, 36(1), 87-111.
- Walters, D. & Frick, K. (2000). Worker participation and the management of occupational health and safety: Reinforcing or conflicting strategies? Dans K. Frick, P. L. Jensen, M. Quinlan, & T. Wilthagen (Éds.), *Systematic occupational health and safety management: Perspectives on an international development* (pp. 43-65). Amsterdam, Pays-Bas: Permagon.
- Walters, D., & Nichols, T. (2007). *Worker representation and workplace health and safety*. New York, États-Unis: Palgrave MacMillan.
- Wright, M. (1998). *Factors motivating proactive health and safety management* (Rapport no. 179). Suffolk, Royaume-Uni: HSE Books.

Wright, M., Marsden, S., & Antonelli, A. (2004). *Building an evidence base for the Health and Safety Commission Strategy to 2010 and beyond: A literature review of interventions to improve health and safety compliance* (Rapport no. 196). Suffolk, Royaume-Uni: HSE Books.

Législation citée

Législation et réglementation fédérale

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

Code criminel, L.R.C. 1985, c. C-46.

Loi modifiant le Code criminel (responsabilité pénale des organisations), L.C. 2003, c. C-21.

Règlement canadien sur la santé et la sécurité du travail, D.O.R.S/86-304.

Règlement modifiant le Règlement canadien sur la santé et la sécurité au travail, Gaz.C. 2007. I, 3455.

Législation et réglementation des provinces canadiennes

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

Loi sur la santé et la sécurité au travail, L.R.O. 1990, c. O.1.

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

Loi modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail en ce qui concerne la violence et le harcèlement au travail et d'autres questions, L.O. 2009, c. 23.

General Regulations, P.E.I. Reg. EC180/87.

Occupational Health and Safety Code, R.S.A. 2000 c. O-2.

Occupational health and safety regulation, B.C. Reg, 296/97.

Occupational health and safety regulation, R.R.S., c. O-1.1, Reg. 1.

Règlement-cadre concernant les ententes relatives au regroupement d'employeurs aux fins de l'assujettissement à des taux personnalisés et aux modalités de calcul de ces taux, L.R.Q. c. A-3.001, r. 0.4.03.

Règlement sur le représentant à la prévention dans un établissement, R.R.Q. 1984, c. S-2.1, r. 18.01.

The Occupational Health and Safety Regulations, 1996, O.C. 618/96.

Violence in the Workplace Regulations, N.S. Reg. 209/207.

Workplace Safety and Health Regulation, M. Reg. 217/2006.

Documentation et législation internationale

Code du travail français.

Convention (C155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, OIT, 1981.

Directive 89/391/CEE du Conseil des communautés européennes du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, [1989] J.O. L 183/1.

Directive 90/269/CEE du Conseil des communautés européennes du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs, [1990] J.O. L 156/9.

Directive 90/270/CEE du Conseil des communautés européennes du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives au travail sur des équipements à écran de visualisation, [1990] J.O. L 156/14.

Directive 91/383/CEE du Conseil des communautés européennes du 25 juin 1991 complétant les mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail des travailleurs ayant une relation de travail à durée déterminée ou une relation de travail intérimaire, [1991] J.O. L. 206/19.

Directive 98/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 22 juin 1998 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux machines, [1998] J.O. L 207/1.

Occupational Health and Safety Act 2000 (N.S.W).

Occupational Health and Safety Act 2004 (Vic.).

Recommandation (R164) sur la sécurité et la santé des travailleurs, OIT, 1981.

Work Environment Act, SFS 1977:1160.

Jurisprudence citée

Cascades East Angus et Syndicat des travailleurs Cascades Canada, 2007 QCCLP 7178.

Cégep Bois-de-Boulogne et Éco centre l'Acadie, [2002] C.L.P. 192, requête en révision judiciaire rejetée, [2002] C.L.P. 968 (C.S.), requête pour permission d'appeler rejetée, C.A. Montréal, 500-09-013112-032, 03-03-06.

CSST c. Services minéraux industriels inc. (Mine Niobec), 2006 QCCS 3345.

Démo Pop et CSST (7 mai 1998), Île-de-Montréal, 79635-60-9605, C.L.P., requête en révision rejetée : (C.L.P., 1999-03-31) 79635-60-9605-R.

Forget-Chagnon et Marché Bel-Air, [2000] C.L.P. 388.

Métro-Richelieu inc. et Boily, 2009 QCCLP 5553.

Annexe 1 : Extraits des lois, règlements et conventions (OIT) cités

Les lois et règlements cités sont présentés par ordre alphabétique de juridiction. Les extraits sont présentés dans l'ordre des articles retenus.

Australie

New South Wales

Occupational Health and Safety Act 2000 (N.S.W).

Disponible en ligne: www.austlii.edu.au/au/legis/nsw/consol_act/ohasa2000273/

Article 13

13 Duty of employer to consult

An employer must consult, in accordance with this Division, with the employees of the employer to enable the employees to contribute to the making of decisions affecting their health, safety and welfare at work.

Maximum penalty:

- (a) in the case of a corporation (being a previous offender)-750 penalty units, or
- (b) in the case of a corporation (not being a previous offender)-500 penalty units, or
- (c) in the case of an individual (being a previous offender)-375 penalty units, or
- (d) in the case of an individual (not being a previous offender)-250 penalty units.

Article 15

15 When consultation is required

Consultation under this Division is required:

- (a) when risks to health and safety arising from work are assessed or when the assessment of those risks is reviewed, and
- (b) when decisions are made about the measures to be taken to eliminate or control those risks, and
- (c) when introducing or altering the procedures for monitoring those risks (including health surveillance procedures), and
- (d) when decisions are made about the adequacy of facilities for the welfare of employees, and

- (e) when changes that may affect health, safety or welfare are proposed to the premises where persons work, to the systems or methods of work or to the plant or substances used for work, and
- (f) when decisions are made about the procedures for consultation under this Division, and
- (g) in any other case prescribed by the regulations.

Victoria

Occupational Health and Safety Act 2004 (Vic.).

Disponible en ligne:

[http://www.legislation.vic.gov.au/Domino/Web_Notes/LDMS/PubStatbook.nsf/f932b66241ecf1b7ca256e92000e23be/750E0D9E0B2B387FCA256F71001FA7BE/\\$FILE/04-107A.pdf](http://www.legislation.vic.gov.au/Domino/Web_Notes/LDMS/PubStatbook.nsf/f932b66241ecf1b7ca256e92000e23be/750E0D9E0B2B387FCA256F71001FA7BE/$FILE/04-107A.pdf)

Article 60

60 Provisional improvement notices

- (1) If a health and safety representative believes on reasonable grounds that a person—
 - (a) is contravening a provision of this Act or the regulations; or
 - (b) has contravened such a provision in circumstances that make it likely that the contravention will continue or be repeated—the health and safety representative may issue to the person a provisional improvement notice requiring the person to remedy the contravention or likely contravention or the matters or activities causing the contravention or likely contravention.
- (2) However, the health and safety representative may only do so after consulting with the person about remedying the contravention or likely contravention or the matters or activities causing the contravention or likely contravention.
- (3) A provisional improvement notice must—
 - (a) state the representative's belief on which the issue of the notice is based and the grounds for that belief; and
 - (b) specify the provision of this Act or the regulations that the representative considers has been or is likely to be contravened; and
 - (c) specify a day (at least 8 days after the day on which the notice is issued) before which the person is required to remedy the contravention or likely contravention or the matters or activities causing the contravention or likely contravention.
- (4) A person to whom a provisional improvement notice is issued must—
 - (a) if the person is an employee, bring the notice to the attention of his or her employer; or
 - (b) if the person is not an employee or is an employer who is given a copy of the notice in accordance with paragraph (a)—
 - (i) bring the notice to the attention of each other person whose work is affected by the notice; and

(ii) display a copy of the notice in a prominent place at or near the workplace, or part of the workplace, at which work is being performed that is affected by the notice.

Penalty: 5 penalty units for a natural person; 25 penalty units for a body corporate.

Canada, législation et réglementation fédérale

Code canadien du travail, L.R.C. (1985), c. L-2, partie II.

Disponible en ligne : http://lois.justice.gc.ca/fra/L-2/page-2.html#anchorbo-ga:l_II

Article 125 (1) z)

125. (1) Dans le cadre de l'obligation générale définie à l'article 124, l'employeur est tenu, en ce qui concerne tout lieu de travail placé sous son entière autorité ainsi que toute tâche accomplie par un employé dans un lieu de travail ne relevant pas de son autorité, dans la mesure où cette tâche, elle, en relève : (...)

z) de veiller à ce que les employés qui exercent des fonctions de direction ou de gestion reçoivent une formation adéquate en matière de santé et de sécurité, et soient informés des responsabilités qui leur incombent sous le régime de la présente partie dans la mesure où ils agissent pour le Compte De L'employeur; (...)

Article 125 (1) z.01)

125. (1) Dans le cadre de l'obligation générale définie à l'article 124, l'employeur est tenu, en ce qui concerne tout lieu de travail placé sous son entière autorité ainsi que toute tâche accomplie par un employé dans un lieu de travail ne relevant pas de son autorité, dans la mesure où cette tâche, elle, en relève : (...)

z.01) de veiller à ce que les membres du comité d'orientation, ainsi que les membres du comité local ou le représentant, reçoivent la formation réglementaire en matière de santé et de sécurité, et soient informés des responsabilités qui leur incombent sous le régime de la présente partie; (...)

Article 125. (1) z.05) et z.06)

125. (1) Dans le cadre de l'obligation générale définie à l'article 124, l'employeur est tenu, en ce qui concerne tout lieu de travail placé sous son entière autorité ainsi que toute tâche accomplie par un employé dans un lieu de travail ne relevant pas de son autorité, dans la mesure où cette tâche, elle, en relève (...)

z.05) de consulter le comité d'orientation ou, à défaut, le comité local ou le représentant, en vue de planifier la mise en œuvre des changements qui peuvent avoir une incidence sur la santé et la sécurité au travail, notamment sur le plan des procédés et des méthodes de travail;

z.06) de consulter le comité local ou le représentant pour la mise en œuvre des changements qui peuvent avoir une incidence sur la santé et la sécurité au travail, notamment sur le plan des procédés et des méthodes de travail;

Article 125 (1) z.10)

125. (1) Dans le cadre de l'obligation générale définie à l'article 124, l'employeur est tenu, en ce qui concerne tout lieu de travail placé sous son entière autorité ainsi que toute tâche accomplie par un employé dans un lieu de travail ne relevant pas de son autorité, dans la mesure où cette tâche, elle, en relève : (...)

z.10) de répondre par écrit aux recommandations du comité d'orientation, du comité local ou du représentant dans les trente jours suivant leur réception, avec mention, le cas échéant, des mesures qui seront prises et des délais prévus à cet égard;

Article 125. (1) z.14 et 125.2 (1)

125. (1) Dans le cadre de l'obligation générale définie à l'article 124, l'employeur est tenu, en ce qui concerne tout lieu de travail placé sous son entière autorité ainsi que toute tâche accomplie par un employé dans un lieu de travail ne relevant pas de son autorité, dans la mesure où cette tâche, elle, en relève :

(...)

z.14) de prendre toutes les précautions nécessaires pour que soient portés à l'attention de toute personne — autre qu'un de ses employés — admise dans le lieu de travail les risques connus ou prévisibles auxquels sa santé et sa sécurité peuvent être exposées;

125.2 (1) L'employeur est tenu, en ce qui concerne tout lieu de travail placé sous son entière autorité, ainsi que toute tâche accomplie par un employé dans un lieu de travail ne relevant pas de son autorité, dans la mesure où cette tâche, elle, en relève, de fournir, relativement à tout produit contrôlé auquel l'employé peut être exposé, aussitôt que possible dans les circonstances, les renseignements visés à l'alinéa 125.1e) qu'il possède à cet égard au médecin, ou à tout autre professionnel de la santé désigné par règlement, qui lui en fait la demande afin de poser un diagnostic médical à l'égard d'un employé qui se trouve dans une situation d'urgence, ou afin de traiter celui-ci.

Article 136

136. (1) L'employeur nomme un représentant pour chaque lieu de travail placé sous son entière autorité et occupant habituellement moins de vingt employés ou pour lequel il n'est pas tenu de constituer un comité local.

Sélection

(2) Le représentant est choisi, en leur sein :

a) soit par les employés du lieu de travail qui n'exercent pas de fonctions de direction;

b) soit, s'ils sont représentés par un syndicat, par celui-ci après consultation des employés qui ne sont pas représentés et sous réserve des règlements pris en vertu du paragraphe (9).

Les employés ou le syndicat, selon le cas, communiquent par écrit à l'employeur le nom de la personne choisie. (...)

Règlement canadien sur la santé et la sécurité du travail, D.O.R.S/86-304.

Article 19.1

19.1 (1) L'employeur, en consultation avec le comité d'orientation ou, à défaut, le comité local ou le représentant et avec la participation du comité ou du représentant en cause, élabore et met en oeuvre un programme de prévention des risques professionnels — y compris ceux liés à l'ergonomie —, en fonction de la taille du lieu de travail et de la nature des risques qui s'y posent, et en contrôle l'application. Ce programme comporte les éléments suivants :

- a) le plan de mise en oeuvre;
- b) la méthode de recensement et d'évaluation des risques;
- c) le recensement et l'évaluation des risques;
- d) les mesures de prévention;
- e) la formation des employés;
- f) l'évaluation du programme.

Article 19.5(4)

19.5(4) Les mesures de prévention doivent comprendre la marche à suivre pour parer :

- a) dans les meilleurs délais, à tout risque nouvellement recensé;
- b) aux risques liés à l'ergonomie qui sont recensés lors de la planification de la mise en oeuvre de changements au milieu de travail, aux tâches ou à l'équipement utilisé pour les exécuter ou aux pratiques ou méthodes de travail.

Code criminel, L.R.C. 1985, c. C-46.

Loi modifiant le Code criminel (responsabilité pénale des organisations), L.C. 2003, c. C-21.

Canada, législation et réglementation des provinces

Alberta

Occupational Health and Safety Code, R.S.A. 2000 c. O-2.

Colombie-Britannique

Occupational health and safety regulation, B.C. Reg, 296/97.

Nouvelle-Écosse

Violence in the Workplace Régulations, N.S. Reg. 209/207.

Île-du-Prince-Édouard

General Regulations, P.E.I. Reg. EC180/87.

Manitoba

Workplace Safety and Health Regulation, M. Reg. 217/2006.

Ontario

Loi modifiant la Loi sur la santé et la sécurité au travail en ce qui concerne la violence et le harcèlement au travail et d'autres questions, L.O. 2009, c. 23, art. 1 et 9.

Loi sur la santé et la sécurité au travail, L.R.O. 1990, c. O.1.

Disponible en ligne : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90o01_f.htm#BK23

Article 9 (12)

Article 9 (12) Sauf prescription contraire, le constructeur ou l'employeur veille à ce que, parmi les membres du comité, au moins un membre représentant le constructeur ou l'employeur et au moins un membre représentant les travailleurs soient membres agréés. L.R.O. 1990, chap. O.1, par. 9 (12).

Des informations peuvent être obtenues sur les normes d'agrément et le contenu de la formation, sur le site suivant :

http://www.wsib.on.ca/wsib/wsibsite.nsf/Public/fr_certificationtraining

Article 25 (2)

1. (1) Les définitions qui suivent s'appliquent à la présente loi. (...)
«personne compétente» Personne qui satisfait aux conditions suivantes :
a) elle possède, à cause de ses connaissances, de sa formation et de son expérience, les qualités nécessaires pour organiser et faire exécuter un travail;
b) elle connaît bien la présente loi et les règlements qui s'appliquent au travail exécuté;
c) elle est au courant des dangers éventuels ou réels que comporte le lieu de travail pour ce qui est de la santé et de la sécurité des travailleurs. («competent person») (...)

« 25. (...) (2) Sans limiter les devoirs qu'impose le paragraphe (1), l'employeur : (...)

c) lorsqu'il comble un poste de superviseur, nomme une personne compétente; (...)) »

Article 27

Devoirs du superviseur

27. (1) Le superviseur veille à ce que le travailleur :

- a) travaille de la façon et en utilisant les appareils de protection qu'exigent la présente loi et les règlements et respecte les mesures à prendre et les méthodes à suivre qu'ils exigent;
- b) emploie ou porte le matériel et les appareils ou vêtements de protection exigés par l'employeur.

Devoirs supplémentaires du superviseur

(2) Sans limiter les devoirs qu'impose le paragraphe (1), le superviseur :

- a) informe le travailleur de l'existence de tout danger éventuel ou réel dont il a connaissance et qui menace la santé ou la sécurité du travailleur;
- b) si cela est prescrit, fournit au travailleur des directives écrites sur les mesures à prendre et les méthodes à suivre pour assurer sa protection;
- c) prend toutes les précautions raisonnables dans les circonstances pour assurer la protection du travailleur.

Article 32

Devoirs des administrateurs et des dirigeants des personnes morales

32. Les administrateurs et les dirigeants d'une personne morale font preuve de toute l'attention raisonnable pour que la personne morale se conforme :

- a) à la présente loi et aux règlements;
- b) aux ordres et aux exigences des inspecteurs et des directeurs;
- c) aux arrêtés du ministre.

Québec

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

Article 46

Toute personne qui travaille a droit, conformément à la Loi, à des conditions de travail justes et raisonnables et qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique.

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

Article 54

54. Dans les cas déterminés par règlement, un employeur ou un propriétaire ne peut entreprendre la construction d'un établissement ni modifier des installations ou équipements à moins d'avoir préalablement transmis à la Commission des plans et devis d'architecte ou d'ingénieur attestant de leur conformité aux règlements, conformément aux modalités et dans les délais prescrits par

règlement. Une copie des plans et devis doit être transmise au comité de santé et de sécurité et s'il n'y a pas de comité, au représentant à la prévention.

Article 63

63. Nul ne peut fabriquer, fournir, vendre, louer, distribuer ou installer un produit, un procédé, un équipement, un matériel, un contaminant ou une matière dangereuse à moins que ceux-ci ne soient sécuritaires et conformes aux normes prescrites par règlement.

Article 190

190. L'inspecteur peut, lorsqu'une personne enfreint la présente loi ou les règlements, ordonner qu'elle cesse de fabriquer, fournir, vendre, louer, distribuer ou installer le produit, le procédé, l'équipement, le matériel, le contaminant ou la matière dangereuse concerné et apposer les scellés ou confisquer ces biens et ordonner qu'elle cesse toute activité susceptible de causer l'émission du contaminant concerné.

Article 223 (14)

223. (...) 14° indiquer dans quels cas ou circonstances une construction nouvelle ou une modification à des installations existantes ne peut être entreprise sans transmission préalable à la Commission des plans et devis d'architecte ou d'ingénieur et indiquer les délais et les modalités selon lesquels cette transmission doit être faite, et prescrire des normes de construction, d'aménagement, d'entretien et de démolition;

Règlement sur le représentant à la prévention dans un établissement, R.R.Q. 1984, c. S-2.1, r. 18.01.

Saskatchewan

Occupational health and safety regulation, R.R.S., c. O-1.1, Reg. 1.

The Occupational Health and Safety Regulations, 1996, O.C. 618/96.

Europe, droit communautaire

Directive 89/391/CEE du Conseil des communautés européennes du 12 juin 1989 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé des travailleurs au travail, [1989] J.O. L 183/1.

Disponible en ligne : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31989L0391:fr:HTML>

Article 6

Article 6

Obligations générales des employeurs

1. Dans le cadre de ses responsabilités, l'employeur prend les mesures nécessaires pour la protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, y compris les activités de prévention des risques professionnels, d'information et de formation ainsi que la mise en place d'une organisation et de moyens nécessaires.

L'employeur doit veiller à l'adaptation de ces mesures pour tenir compte du changement des circonstances et tendre à l'amélioration des situations existantes.

2. L'employeur met en oeuvre les mesures prévues au paragraphe 1 premier alinéa sur la base des principes généraux de prévention suivants:

- a) éviter les risques;
- b) évaluer les risques qui ne peuvent pas être évités;
- c) combattre les risques à la source;
- d) adapter le travail à l'homme, en particulier en ce qui concerne la conception des postes de travail ainsi que le choix des équipements de travail et des méthodes de travail et de production, en vue notamment d'atténuer le travail monotone et le travail cadencé et de réduire les effets de ceux-ci sur la santé;
- e) tenir compte de l'état d'évolution de la technique;
- f) remplacer ce qui est dangereux par ce qui n'est pas dangereux ou par ce qui est moins dangereux;
- g) planifier la prévention en visant un ensemble cohérent qui intègre dans la prévention la technique, l'organisation du travail, les conditions de travail, les relations sociales et l'influence des facteurs ambiants au travail;
- h) prendre des mesures de protection collective par priorité à des mesures de protection individuelle;
- i) donner les instructions appropriées aux travailleurs.

3. Sans préjudice des autres dispositions de la présente directive, l'employeur doit, compte tenu de la nature des activités de l'entreprise et/ou de l'établissement:

a) évaluer les risques pour la sécurité et la santé des travailleurs, y compris dans le choix des équipements de travail, des substances ou préparations chimiques, et dans l'aménagement des lieux de travail.

À la suite de cette évaluation, et en tant que de besoin, les activités de prévention ainsi que les méthodes de travail et de production mises en oeuvre par l'employeur doivent:

- garantir un meilleur niveau de protection de la sécurité et de la santé de travailleurs,
- être intégrées dans l'ensemble des activités de l'entreprise et/ou de l'établissement et à tous les niveaux de l'encadrement;

b) lorsqu'il confie des tâches à un travailleur, prendre en considération les capacités de ce travailleur en matière de sécurité et de santé;

c) faire en sorte que la planification et l'introduction de nouvelles technologies fassent l'objet de consultations avec les travailleurs et/ou leurs représentants en ce qui concerne les conséquences sur la sécurité et la santé des travailleurs, liées au choix des équipements, à l'aménagement des conditions de travail et à l'impact des facteurs ambiants au travail;

d) prendre les mesures appropriées pour que seuls les travailleurs qui ont reçu des instructions adéquates puissent accéder aux zones de risque grave et spécifique.

4. Sans préjudice des autres dispositions de la présente directive, lorsque, dans un même lieu de travail, les travailleurs de plusieurs entreprises sont présents, les employeurs doivent coopérer à la mise en oeuvre des dispositions relatives à la sécurité, à l'hygiène et à la santé et, compte tenu de la nature des activités, coordonner leurs activités en vue de la protection et de la prévention des risques professionnels, s'informer mutuellement de ces risques et en informer leurs travailleurs respectifs et/ou leurs représentants.

5. Les mesures concernant la sécurité, l'hygiène et la santé au travail ne doivent en aucun cas entraîner des charges financières pour les travailleurs.

Article 7

Article 7

Services de protection et de prévention

1. Sans préjudice des obligations visées aux articles 5 et 6, l'employeur désigne un ou plusieurs travailleurs pour s'occuper des activités de protection et des activités de prévention des risques professionnels de l'entreprise et/ou de l'établissement.

2. Les travailleurs désignés ne peuvent subir de préjudice en raison de leurs activités de protection et de leurs activités de prévention des risques professionnels.

Afin de pouvoir s'acquitter des obligations résultant de la présente directive, les travailleurs désignés doivent disposer d'un temps approprié.

3. Si les compétences dans l'entreprise et/ou l'établissement sont insuffisantes pour organiser ces activités de protection et de prévention, l'employeur doit faire appel à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise et/ou à l'établissement.

4. Au cas où l'employeur fait appel à de telles compétences, les personnes ou services concernés doivent être informés par l'employeur des facteurs connus ou suspectés d'avoir des effets sur la sécurité et la santé des travailleurs, et doivent avoir accès aux informations visées à l'article 10 paragraphe 2.

5. Dans tous les cas:

- les travailleurs désignés doivent avoir les capacités nécessaires et disposer des moyens requis,

- les personnes ou services extérieurs consultés doivent avoir les aptitudes nécessaires et disposer des moyens personnels et professionnels requis,

et

- les travailleurs désignés et les personnes ou services extérieurs consultés doivent être en nombre suffisant,

pour prendre en charge les activités de protection et de prévention, en tenant compte de la taille de l'entreprise et/ou de l'établissement, et/ou des risques auxquels les travailleurs sont exposés ainsi que de leur répartition dans l'ensemble de l'entreprise et/ou de l'établissement.

6. La protection et la prévention des risques pour la sécurité et la santé qui font l'objet du présent article sont assurées par un ou plusieurs travailleurs, par un seul service ou par des services distincts, qu'il(s) soit (soient) interne(s) ou externe(s) à l'entreprise et/ou à l'établissement.

Le(s) travailleur(s) et/ou le(s) service(s) doivent collaborer en tant que de besoin.

7. Les États membres peuvent définir, compte tenu de la nature des activités et de la taille de l'entreprise, les catégories d'entreprises dans lesquelles l'employeur, s'il a les capacités nécessaires, peut assumer lui-même la prise en charge prévue au paragraphe 1.

8. Les États membres définissent les capacités et aptitudes nécessaires visées au paragraphe 5.

Ils peuvent définir le nombre suffisant visé au paragraphe 5.

Article 9

Article 9

Obligations diverses des employeurs

1. L'employeur doit:

a) disposer d'une évaluation des risques pour la sécurité et la santé au travail, y compris ceux concernant les groupes des travailleurs à risques particuliers;

b) déterminer les mesures de protection à prendre et, si nécessaire, le matériel de protection à utiliser;

c) tenir une liste des accidents de travail ayant entraîné pour le travailleur une incapacité de travail supérieure à trois jours de travail;

d) établir, à l'intention de l'autorité compétente et conformément aux législations et/ou pratiques nationales, des rapports concernant les accidents de travail dont ont été victimes ses travailleurs.

2. Les États membres définissent, compte tenu de la nature des activités et de la taille des entreprises, les obligations auxquelles doivent satisfaire les différentes catégories d'entreprises, concernant l'établissement des documents prévus au paragraphe 1 points a) et b) et lors de l'établissement des documents prévus au paragraphe 1 points c) et d).

Article 11

Article 11

Consultation et participation des travailleurs

1. Les employeurs consultent les travailleurs et/ou leurs représentants et permettent leur participation dans le cadre de toutes les questions touchant à la sécurité et à la santé au travail.

Cela implique:

- la consultation des travailleurs,
- le droit des travailleurs et/ou de leurs représentants de faire des propositions,
- la participation équilibrée conformément aux législations et/ou pratiques nationales.

2. Les travailleurs ou les représentants des travailleurs, ayant une fonction spécifique en matière de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, participent de façon équilibrée, conformément aux législations et/ou pratiques nationales, ou sont consultés au préalable et en temps utile par l'employeur sur:

- a) toute action qui peut avoir des effets substantiels sur la sécurité et la santé;
- b) la désignation des travailleurs prévue à l'article 7 paragraphe 1 et à l'article 8 paragraphe 2 ainsi que sur les activités prévues à l'article 7 paragraphe 1;
- c) les informations prévues à l'article 9 paragraphe 1 et à l'article 10;
- d) l'appel, prévu à l'article 7 paragraphe 3, le cas échéant, à des compétences (personnes ou services) extérieures à l'entreprise et/ou à l'établissement;
- e) la conception et l'organisation de la formation prévue à l'article 12.

3. Les représentants des travailleurs, ayant une fonction spécifique en matière de protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, ont le droit de demander à l'employeur qu'il prenne des mesures appropriées et de lui soumettre des propositions en ce sens, de façon à pallier tout risque pour les travailleurs et/ou à éliminer les sources de danger.

4. Les travailleurs visés au paragraphe 2 et les représentants des travailleurs visés aux paragraphes 2 et 3 ne peuvent subir de préjudice en raison de leurs activités respectives visées aux paragraphes 2 et 3.

5. L'employeur est tenu d'accorder aux représentants des travailleurs, ayant une fonction spécifique en matière de

protection de la sécurité et de la santé des travailleurs, une dispense de travail suffisante sans perte de salaire et de mettre à leur dispositions les moyens nécessaires pour permettre à ces représentants d'exercer les droits et fonctions découlant de la présente directive.

6. Les travailleurs et/ou leurs représentants ont le droit de faire appel, conformément aux législations et/ou pratiques nationales, à l'autorité compétente en matière de sécurité et de santé au travail, s'ils estiment que les mesures prises et les moyens engagés par l'employeur ne sont pas suffisants pour garantir la sécurité et la santé au travail.

Les représentants des travailleurs doivent pouvoir présenter leurs observations lors de visites et vérifications effectuées par l'autorité compétente.

Directive 91/383/CEE du Conseil des communautés européennes du 25 juin 1991 complétant les mesures visant à promouvoir l'amélioration de la sécurité et de la santé au travail des travailleurs ayant une relation de travail à durée déterminée ou une relation de travail intérimaire, [1991] J.O. L 206/19.

Résumé dans le Rapport Bernier, 2003, p. 306-307

« Dès 1991, une Directive, adoptée par le Conseil, porte sur la santé et la sécurité du travail et vise les relations de travail régies par un contrat de travail à durée déterminée (conclu directement entre l'employeur et le travailleur) ainsi que les relations de travail intérimaires entre une entreprise de travail intérimaire (l'employeur) et le travailleur.

La Directive précise que les travailleurs concernés doivent bénéficier en matière de sécurité et de santé au travail du même niveau de protection que les autres travailleurs de l'entreprise. Toujours en vigueur, cette Directive prévoit qu'une relation de travail à durée déterminée conclue directement avec un employeur ou avec une agence de travail intérimaire ne justifie pas une différence de traitement en ce qui concerne les relations de travail, dans la mesure où il s'agit de la protection de la sécurité et de la santé au travail, notamment quant à l'accès aux équipements de protection individuelle.

La Directive aborde aussi les questions relatives à l'information et à la formation qui doivent être données aux travailleurs concernés de même que de l'interdiction de faire appel à des travailleurs temporaires pour les travaux pour lesquels un titulaire doit ensuite faire l'objet d'une surveillance médicale spéciale sur une longue durée. En cas d'exception, la surveillance médicale va au-delà de l'expiration du contrat de travail temporaire. De plus, l'instrument prévoit que les États membres peuvent interdire qu'il soit fait appel à des travailleurs sous contrat à durée déterminée ou temporaires pour certains travaux particulièrement dangereux, et notamment pour certains travaux faisant l'objet d'une surveillance médicale spéciale.

La Directive spécifie aussi que, dans le cas du travail intérimaire, l'entreprise utilisatrice est responsable des conditions d'exécution du travail liées à la sécurité, la santé et l'hygiène pendant la durée de la mission, sans préjudice de la responsabilité de l'entreprise de travail intérimaire. »

Directive 90/269/CEE du Conseil des communautés européennes du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives à la manutention manuelle de charges comportant des risques, notamment dorso-lombaires, pour les travailleurs, [1990] J.O. L 156/9.

Telle que modifiée par : *Directive 2007/30/CE du Parlement européen et du Conseil de l'union européenne du 20 juin 2007 modifiant la directive 89/391/CEE du Conseil, ses directives particulières ainsi que les directives du conseil*

83/477/CEE, 91/383/CEE, 92/29/CEE et 94/33/CE, en vue de la simplification et de la rationalisation des rapports relatifs à la mise en œuvre pratique, [2007] J.O. L 165/21.

Disponible en ligne : <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CONSLEG:1990L0269:20070627:FR:HTML>

Directive 90/270/CEE du Conseil des communautés européennes du 29 mai 1990 concernant les prescriptions minimales de sécurité et de santé relatives au travail sur des équipements à écran de visualisation, [1990] J.O. L 156/14.

Directive 98/37/CE du Parlement européen et du Conseil du 22 juin 1998 concernant le rapprochement des législations des États membres relatives aux machines, [1998] J.O. L 207/1.

Disponible en ligne : http://www.adminet.com/eur/loi/leg_euro/fr_398L0037.html

France

Code du travail français

Disponible en ligne : <http://www.legifrance.gouv.fr/>

Article L4612-8

Article L4612-8

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est consulté avant toute décision d'aménagement important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail et, notamment, avant toute transformation importante des postes de travail découlant de la modification de l'outillage, d'un changement de produit ou de l'organisation du travail, avant toute modification des cadences et des normes de productivité liées ou non à la rémunération du travail. »

Article L4612-9

Article L4612-9

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est consulté sur le projet d'introduction et lors de l'introduction de nouvelles technologies mentionnés à l'article L. 2323-13 sur les conséquences de ce projet ou de cette introduction sur la santé et la sécurité des travailleurs.

Dans les entreprises dépourvues de comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, les délégués du personnel ou, à défaut, les salariés sont consultés.

Article L4612-10

Article L4612-10

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail est consulté sur le plan d'adaptation établi lors de la mise en œuvre de mutations technologiques importantes et rapides prévues à l'article L. 2323-14.

Article L4614-12

Article L4614-12

Le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail peut faire appel à un expert agréé :

1° Lorsqu'un risque grave, révélé ou non par un accident du travail, une maladie professionnelle ou à caractère professionnel est constaté dans l'établissement ;

2° En cas de projet important modifiant les conditions de santé et de sécurité ou les conditions de travail, prévu à l'article L. 4612-8.

Les conditions dans lesquelles l'expert est agréé par l'autorité administrative et rend son expertise sont déterminées par voie réglementaire.

Article L4614-13

Article L4614-13

Les frais d'expertise sont à la charge de l'employeur.

L'employeur qui entend contester la nécessité de l'expertise, la désignation de l'expert, le coût, l'étendue ou le délai de l'expertise, saisit le juge judiciaire.

L'employeur ne peut s'opposer à l'entrée de l'expert dans l'établissement. Il lui fournit les informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

L'expert est tenu aux obligations de secret et de discrétion définies à l'article L. 4614-9.

Suède

Work Environment Act, SFS 1977:1160.

Disponible en ligne : <http://www.av.se/inenglish/lawandjustice/workact/>

Organisation internationale du travail

Convention (C155) sur la sécurité et la santé des travailleurs, OIT, 1981.

Recommandation (R164) sur la sécurité et la santé des travailleurs, OIT, 1981.

Annexe 2 : Extraits des recommandations du Rapport Bernier (2003) concernant la LSST

RECOMMANDATION NO 1 du Rapport Bernier

Que la définition du « salarié » en vertu du *Code du travail* soit révisée et ne comprenne que les éléments suivants :

- 1) une personne qui travaille pour une autre personne moyennant rémunération ;
- 2) que cette personne soit salariée ou non en vertu d'un contrat de travail ;
- 3) et qui s'oblige à fournir personnellement une prestation de travail pour cette autre personne dans un cadre ou selon des modalités telles qu'elle est placée sous la dépendance économique de cette dernière.

RECOMMANDATION NO 8 du Rapport Bernier

Que la définition du « travailleur » en vertu du *Loi sur la santé et la sécurité du travail* soit révisée afin de la rendre identique à celle qui est recommandée pour la définition du salarié en vertu du *Code du travail* ;
et

Que la reconnaissance et la garantie de compétence de l'instance appelée à interpréter la notion de salarié ainsi que la présomption simple de relation salarié-employeur recommandées pour le *Code du travail* soient introduites à la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* avec les adaptations nécessaires.

RECOMMANDATION NO 25 du Rapport Bernier

Que des études soient entreprises pour vérifier l'existence d'un lien entre les problèmes de santé et de sécurité au travail et le travail atypique et pour évaluer la pertinence de faire exécuter du travail à risque par des travailleurs à domicile ou à des travailleurs temporaires embauchés directement ou par l'intermédiaire d'une agence de placement.

RECOMMANDATION NO 26 du Rapport Bernier

Que des études soient entreprises pour vérifier s'il existe un problème de représentation des salariés atypiques au sein des différents mécanismes de participation mis en place par la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* et pour proposer, le cas échéant, des correctifs appropriés.

RECOMMANDATION NO 34 du Rapport Bernier

Que l'agence de travail et l'entreprise utilisatrice soient solidairement responsables de tout montant dû au salarié de même que pour les fins de l'application des lois sur la santé et sécurité au travail ainsi que sur les accidents du travail et de maladies professionnelles.

RECOMMANDATION NO 47 du Rapport Bernier

Que la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* soit modifiée de façon à ce que les travailleurs autonomes soient assujettis aux obligations des autres travailleurs sans égard au fait qu'ils exécutent le travail en présence de ces derniers ou non.

RECOMMANDATION NO 48 du Rapport Bernier

Que la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* soit modifiée de façon à ce que le donneur d'ouvrage ait l'obligation de fournir au travailleur autonome dont il retient les services des conditions qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique de même que des services appropriés de la même manière qu'il doit les fournir à ses propres salariés.

RECOMMANDATION NO 49 du Rapport Bernier

Que la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* soit clarifiée de façon à ce qu'il n'y ait aucune ambiguïté quant au fait que tous les travailleurs autonomes ont les mêmes droits et les mêmes obligations sans égard au fait que ces travailleurs soient incorporés ou non.

RECOMMANDATION NO 50 du Rapport Bernier

Que la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* soit modifiée de façon à ce que le droit de refus prévu à l'article 12 puisse être exercé par un travailleur autonome sans que cela entraîne pour autant une rupture du contrat qui le lie à son donneur d'ouvrage et que les articles 13 et suivants s'appliquent en faisant les adaptations nécessaires.

Que la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* soit modifiée de façon à ce que le droit de refus prévu à l'article 12 puisse être exercé par un travailleur autonome sans que cela entraîne pour autant une rupture du contrat qui le lie à son donneur d'ouvrage et que les articles 13 et suivants s'appliquent en faisant les adaptations nécessaires.

RECOMMANDATION NO 51 du Rapport Bernier

Que la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* soit modifiée de façon à ce que les travailleuses autonomes puissent se prévaloir des dispositions relatives au retrait préventif de la travailleuse enceinte sans égard au fait qu'elles soient incorporées ou non.

Annexe 3 : Notes biographiques des signataires

Geneviève Baril-Gingras est professeure agrégée au département des relations industrielles de l'Université Laval, à Québec. Elle détient une maîtrise en ergonomie (UQAM, 1992) et un doctorat en sciences de l'administration (U. Laval, 2003). Elle a été professeure au Département de management de la Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval de 2002 à 2005, où elle a été responsable du MBA en gestion de la santé et de la sécurité du travail. Elle a auparavant œuvré comme conseillère en prévention et ergonomiste dans deux associations sectorielles paritaires en santé et sécurité du travail. Elle s'intéresse aux conditions et processus menant à des changements visant la prévention. Elle mène des recherches sur l'implantation des systèmes de gestion de la santé et de la sécurité du travail et plus généralement sur les politiques publiques et leurs effets sur la santé et la sécurité des travailleuses et travailleurs. Elle est membre de la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail de l'Université Laval et du Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'organisation et la santé au travail GIROST.

Sylvie Montreuil est professeure titulaire au Département des relations industrielles de la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval. Elle détient un doctorat en ergonomie (CNAM, Paris) et une maîtrise en relations industrielles (Université Laval). La professeure Montreuil a récemment occupé les fonctions de vice-doyenne aux études à la Faculté des sciences sociales ainsi que celles de directrice de la revue *Relations industrielles / Industrial Relations*. En tant que chercheuse, elle s'intéresse à plusieurs questions relatives à l'ergonomie : l'intégration de l'ergonomie à des projets de conception, les modalités de la participation et la formation en ergonomie des employés, leurs représentants et les gestionnaires de façon à être outillés pour améliorer les situations de travail. Sylvie Montreuil fait partie du Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'organisation et la santé au travail (GIROST), ainsi que de l'Alliance de recherche universités-communautés (ARUC) Innovations, travail et emploi. Elle est titulaire de la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail.

Pierre-Sébastien Fournier, Ph.D. est professeur agrégé au Département de management de la Faculté des sciences de l'administration de l'Université Laval depuis 2004. Sa thèse de doctorat (2003) portait sur l'analyse de la réalité du travail du camionneur pour enrichir la formation professionnelle. Il est codirecteur de la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail et responsable académique du MBA (Master of Business Administration) en gestion de la santé et de sécurité du travail de l'Université Laval. Ses activités de recherche et ses publications s'articulent autour de la question de la réalité du travail au quotidien dans une perspective de réduction des contraintes de travail et d'amélioration des conditions d'intégration de la relève. Plus spécifiquement, cet intérêt se matérialise à travers trois orientations de recherche : 1) le développement du savoir de métier qui couvre les questions de formation, de coaching et de conditions de transmission intergénérationnelle du savoir, 2) les facteurs de mobilité de la main-d'œuvre, en termes de recrutement et de rétention des personnes qualifiées dans les organisations et 3) l'évaluation de la charge de travail. Ces pistes de recherche sont envisagées dans une perspective d'amélioration de la santé et de la sécurité du travail

ainsi que de l'efficacité des organisations notamment sur le plan des pratiques de gestion des ressources humaines.

Anne-Marie Laflamme est professeure adjointe à la Faculté de droit de l'Université Laval depuis 2006. Elle détient une maîtrise et un doctorat en droit de l'Université Laval (LL.M., 2005 et LL.D., 2008). Avocate et membre du Barreau du Québec depuis 1985, elle a pratiqué le droit du travail au sein d'une importante société d'avocats de Québec avant d'entreprendre sa carrière dans l'enseignement. Elle a également été chargée de cours au Département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval de 2003 à 2005. Ses travaux de recherche et ses publications portent sur le droit du travail, les droits et libertés de la personne et le droit à la santé et à la sécurité au travail. Elle est chercheure au Centre de recherche interuniversitaire sur la mondialisation et le travail et membre de la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail de l'Université Laval. Elle est l'auteure de plusieurs articles ainsi que d'une monographie intitulée *Le droit à la protection de la santé mentale au travail*, publiée en 2008 par la maison Yvon Blais en coédition avec l'éditeur belge Bruylant.

Fernande Lamonde est professeure titulaire au département des relations industrielles de l'Université Laval. Détentrice d'un doctorat en ergonomie (Université Paris Nord) et d'une maîtrise en génie industriel (École Polytechnique de Montréal), elle a mené de nombreuses recherches sur la fiabilité humaine, notamment dans les secteurs du transport ferroviaire et routier. Actuellement, ses travaux de recherche portent sur la pratique professionnelle de l'ergonomie, de la prévention et de l'ingénierie, notamment celle mise en oeuvre dans le cadre des projets de conception de systèmes de production industriels. Ces travaux l'amènent à s'intéresser, plus généralement, aux démarches émergentes en conduite de projets (conception participative, ingénierie simultanée, démarches de qualité) et en gestion intégrée des organisations (développement durable internalisé, responsabilité sociale des entreprises) de même qu'à la relation entre recherche, pratique professionnelle et formation. Elle a été directrice du Département des relations industrielles de juin 2002 à mai 2005. À titre de chercheure, elle est membre du Centre de recherche interuniversitaire sur la mondialisation et le travail (CRIMT) et du conseil scientifique du Centre de Recherches et d'Études sur l'Age et les Populations au Travail (CRÉAPT, France). Enfin, elle participe présentement à des projets d'envergure financés par l'Institut de recherche Robert Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST).

Renée Bourbonnais est professeure titulaire au département de réadaptation de l'Université Laval. Elle détient un baccalauréat en sociologie et une maîtrise en épidémiologie de l'Université Laval et un doctorat en épidémiologie de l'Université René-Descartes, Paris V. Elle a effectué un stage post-doctorale dans l'équipe de Jack Sémiatycky de l'Institut Armand Frappier sur les cancers professionnels. Elle est professeure au département de réadaptation depuis 1992 et assume la direction scientifique d'une équipe de recherche financée par le FQRSC, l'Équipe de Recherche sur les Interrelations Personnelles, Organisationnelles et Sociales du Travail (RIPOST). Elle est aussi membre Groupe interdisciplinaire de recherche sur l'organisation et la santé au travail (GIROST). Elle s'intéresse particulièrement à l'environnement psychosocial au travail et ses effets sur la santé psychologique des infirmières et autres travailleurs de la

santé, des cols blancs et des agents en services correctionnels. Ses recherches des dernières années ont porté sur l'évaluation d'interventions sur l'environnement psychosocial au travail sur les changements organisationnels et la santé des travailleurs.

Romaine Malenfant est professeure agrégée au département de Relations industrielles à l'Université du Québec en Outaouais. Elle y est actuellement responsable du programme de doctorat. R. Malenfant détient une maîtrise (U. Laval 1985) et un doctorat (U. Laval 1995) en sociologie et un postdoctorat en intervention sociologique (EHESS-Paris 1998). Elle a également été boursière du Fonds québécois Culture et société de 1999 à 2004. Après avoir œuvré plusieurs années comme agent de recherche dans le réseau public en santé au travail, elle a été coresponsable et responsable d'une équipe de recherche en partenariat en santé au travail de 1991 à 2005. Ses travaux de recherche porte sur la gestion du risque en santé au travail, sur la conciliation travail grossesse et les rapports sociaux de travail. R. Malenfant est membre de l'Équipe de recherche sur les interrelations personnelles, organisationnelles et sociales du travail (RIPOST), du Centre de recherche sur les innovations sociales (CRISES) et du Centre d'étude et de recherche sur l'emploi, le syndicalisme et le travail (CEREST).

Karen Messing est ergonomiste et professeure titulaire à la retraite, maintenant professeure associée, au Département des sciences biologiques de l'Université du Québec à Montréal. Elle est chercheuse au CINBIOSE, un centre de recherche interdisciplinaire en santé environnementale et en santé au travail, centre collaborateur officiel de l'Organisation mondiale de la santé. Mme Messing est l'auteure de plus de 110 articles scientifiques publiés dans des revues avec comité de pairs et responsable ou coresponsable de 12 livres, dont *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle?* (Éditions du remue-ménage et Octares, 2000, traduit en anglais et en coréen). Elle a dirigé *Comprendre le travail des femmes pour le transformer* (1999, traduit en anglais, portugais, italien, espagnol et grec). Elle est membre du comité éditorial des revues *International Journal of Health Services, Policy and Practice in Health and Safety*, *New Solutions : A Journal of Occupational and Environmental Health Policy* et *Salud de los trabajadores*. Ses recherches actuelles concernent : L'analyse différenciée hommes/femmes en ergonomie; les exigences des postes de femmes dans le secteur des services; les effets de la posture debout sur la santé des travailleurs et travailleuses. Elle préside le comité Genre et travail de l'Association internationale d'ergonomie et est membre du Groupe scientifique sur les troubles musculo-squelettiques de l'Institut national de santé publique. Elle a été récipiendaire de bourses d'excellence du Conseil québécois de la recherche sociale et des Instituts de recherche en santé du Canada et elle a reçu entre autres honneurs la médaille du Gouverneur Général du Canada, pour ses travaux qui ont contribué à l'avancement de l'égalité des femmes, et le prix Jacques-Rousseau pour la recherche interdisciplinaire de l'ACFAS.

Louis Trudel est ergothérapeute, ergonomiste et intervenant en psychodynamique du travail. Il effectue des travaux de recherche en partenariat avec le milieu sur la relation entre l'organisation du travail et la santé, notamment la santé mentale au travail, sur la conception des espaces de travail et la prévention des problèmes musculo-squelettiques,

et sur la relation de service afin de favoriser la santé et la sécurité des travailleurs en même temps que la qualité des services offerts.

Clermont Dionne est professeur titulaire au Département de réadaptation de la Faculté de médecine de l'Université Laval, à Québec. Il a complété sa formation en ergothérapie par des études de maîtrise en médecine expérimentale (Université Laval, 1989) et de doctorat en épidémiologie (University of Washington, Seattle, 1995). Chercheur boursier sénior du Fonds de la recherche en santé du Québec, il effectue ses travaux de recherche en épidémiologie musculosquelettique au Centre de recherche FRSQ du Centre hospitalier affilié universitaire de Québec, où il dirige l'Unité de recherche en santé des populations (URESP), l'un des plus grands regroupements d'épidémiologistes au Canada.

Elena Laroche est professeure en gestion de la santé et de la sécurité du travail ainsi qu'en gestion des services de santé et des services sociaux à l'Unité d'enseignement et de recherche Travail, Économie et Gestion de la Télé-Université (UQAM). Elle détient un baccalauréat en kinésiologie (1999), un MBA spécialisé en gestion de la santé et de la sécurité du travail (2003) et un doctorat (Ph.D.) en management (2009) de l'Université Laval. Elle s'intéresse particulièrement au transfert des connaissances, une thématique qu'elle a appliquée au domaine de la santé et de la sécurité du travail dans le cadre de sa thèse. Ses études la menant au Ph.D. ont été financées par le programme des bourses d'excellence du CRSH. Ses intérêts de recherche concernent particulièrement le transfert des connaissances, ainsi que la gestion stratégique de la santé et de la sécurité du travail. Mme Laroche vise l'amélioration des bilans de lésions professionnelles, de la santé de la population et de la performance organisationnelle par une gestion stratégique des organisations, ainsi que par un transfert et une mise en pratique efficaces des connaissances et des résultats de recherche.

Marie Bellemare détient un doctorat en ergonomie du Conservatoire national des arts et métiers (CNAM, 1995). Elle a travaillé comme chercheuse à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) de 1995 à 2003. Ses recherches portent sur l'intégration de la prévention dans les processus de conception des situations de travail, dans l'industrie et dans les services. Elle s'intéresse également aux pratiques des acteurs de la prévention, particulièrement face aux troubles musculo-squelettiques. Elle est membre de la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail et de l'Alliance de recherche université-communauté Innovation, travail et emploi.

Chantal Brisson, Ph.D., est professeure titulaire au département de médecine sociale et préventive de l'Université Laval. Elle est également chercheuse à l'Unité de recherche en santé des populations (URESP) de cette université et directrice d'une équipe multidisciplinaire de recherche en santé au travail depuis 1992. Elle a été boursière du Conseil de recherches médicales du Canada (1999-2004) et a obtenu une bourse de Chercheur – Santé nationale (1993-1998) du Programme national de recherche et développement en matière de santé (PNRDS). Ses intérêts de recherche concernent les interventions visant l'amélioration de l'environnement psychosocial du travail et la mesure des effets sur la santé, l'étiologie psychosociale des maladies cardiovasculaires,

musculosquelettiques et des problèmes de santé mentale, ainsi que le retour au travail après un infarctus.