



Centre de liaison sur l'intervention
et la prévention psychosociales

Mémoire présenté au
Groupe de travail chargé d'étudier
le régime québécois de santé et de sécurité du travail

Par

Le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales
(CLIPP)

555, boul. René-Lévesque Ouest, Bureau 1200
Montréal (Québec) H2Z 1B1
Tél. : 514-393-4666 / Télécopieur : 514-393-9843

www.clipp.ca

info@clipp.ca

Table des matières

	Page
Table des matières	ii
Présentation du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)	1
Introduction	2
Le phénomène des risques psychosociaux au travail	3
La Loi sur la santé et la sécurité du travail	6
Le travail des équipes de santé au travail.....	12
La Loi sur les accidents de travail et les maladies professionnelles	15
Conclusion	16
Liste des recommandations	18
Références	19

Présentation du Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)

Le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) a été créé il y a près de 10 ans pour favoriser l'échange des connaissances entre les milieux de la recherche et ceux de la pratique dans le domaine psychosocial.

Le CLIPP est le seul organisme de liaison et de transfert dans le domaine psychosocial au Québec. Il joue un rôle important dans la diffusion et l'implantation des meilleures pratiques (best practices) psychosociales en produisant des outils adaptés aux besoins de la clientèle ciblée et en développant des formations pour les intervenants et les agents multiplicateurs concernés par les résultats de la recherche psychosociale. Il fait également la promotion de ces outils et programmes auprès de tous les utilisateurs potentiels (transfert étendu). Le CLIPP a développé une expertise de transfert principalement sur les thématiques portant sur la qualité de vie et la qualité de vie au travail, la maltraitance envers les enfants, le développement de l'enfant, les problématiques psychosociales vécues par les jeunes comme la violence à l'école, et le vieillissement.

Nous venons de terminer un bilan des connaissances sur la qualité de vie au travail (Dupuis et al, 2009). Un outil Internet a également été développé pour évaluer les facteurs individuels et organisationnels associés aux problèmes de santé psychologique au travail, l'Inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT©) (Dupuis et Martel, 2009). Cet outil fournit des informations pertinentes à un travail de prévention primaire, secondaire ou tertiaire dans les entreprises. Il a été utilisé à plusieurs reprises dans diverses organisations.

L'un des mandats du CLIPP est l'amélioration des politiques psychosociales en outillant les décideurs. Pour ce faire, son équipe est engagée dans des comités de travail avec des partenaires tels que le Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes (CRI-VIFF), le Laboratoire d'études en psychologie de la santé et qualité de vie (LEPSYQ) de l'Université du Québec à Montréal. Le CLIPP a

produit plusieurs bilans de connaissances orientés vers de nombreux publics. Des mémoires peuvent aussi être rédigés sur des problématiques psychosociales. C'est donc dans cet esprit que le CLIPP participe à l'invitation du *Groupe de travail sst* sur la révision de la législation québécoise en matière de santé et sécurité du travail.

Introduction

Le CLIPP tient à souligner la pertinence de la création d'un groupe de travail permettant une réflexion publique sur les mécanismes de prévention et tout autre volet de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST)* et de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)*. Ce groupe de travail, nous l'espérons, répondra aux besoins actuels de mieux protéger les travailleurs et de mieux outiller les employeurs et les syndicats en matière de prévention, d'indemnisation et de réadaptation.

Nous devons souligner toutefois que la diffusion de l'invitation à participer à cette réflexion publique s'est faite trop discrètement. Nous déplorons le fait d'en avoir été informé si tardivement. Le CLIPP souhaite néanmoins présenter ses commentaires et ses recommandations sur le Régime québécois de la santé et de sécurité du travail. Nous espérons qu'ils permettront d'apporter un éclairage sur les besoins de prévention qui n'ont pas été suffisamment pris en compte par la législation québécoise, particulièrement en matière de prévention psychosociale.

Nous présenterons en premier lieu l'ampleur du phénomène des risques psychosociaux dans les milieux de travail¹. Puis, nous commenterons les principaux articles de la *LSST* pouvant être concernés par la prévention des risques psychosociaux. Ensuite, sur la base de données probantes, nous présenterons notre position relativement aux ressources allouées aux équipes de santé au travail. La *LATMP* sera aussi commentée brièvement en

¹ Ce mémoire s'inspire largement du document *La qualité de vie au travail. Bilan des connaissances. L'inventaire systémique de qualité de vie au travail* de Dupuis et al. produit par le CLIPP en 2009.

ce qui concerne les lésions psychologiques. Une liste de nos recommandations suivra notre conclusion.

Le phénomène des risques psychosociaux au travail

La santé psychologique au travail, ses facteurs de risques et les effets des troubles psychosociaux

La réingénierie des organisations, les remodelages structuraux, les fusions d'entreprises, l'émergence de nouveaux styles de gestion, la compétitivité accrue face aux profits et la mondialisation sont autant de facteurs qui bouleversent et transforment considérablement le monde du travail. L'avènement de tous ces changements exige, de la part des employés et des gestionnaires, qu'ils fassent preuve de souplesse, qu'ils s'adaptent rapidement aux changements et surtout qu'ils utilisent efficacement leur savoir-faire (World Health Organization, 2005, European Agency for Safety and Health at Work, 2007).

Le stress est lié au déséquilibre entre les capacités des travailleurs et les exigences du travail tels que l'effort mental intense sur de longues périodes et la surcharge de travail. Il peut également être associé aux conflits ou à la piètre qualité des relations interpersonnelles. Le stress n'est qu'un des risques psychosociaux parmi d'autres. Ces derniers comprennent également les violences (dont le harcèlement) et la souffrance ou le mal-être au travail (Chouanière, D. 2006).

De plus, le stress qui découle de facteurs de risque reliés aux caractéristiques de l'environnement de travail peut engendrer des conséquences individuelles multiples. Outre la détresse psychologique, la dépression, l'épuisement professionnel, elles peuvent prendre la forme de symptômes physiques tels des problèmes digestifs, respiratoires, de sommeil, des douleurs musculo-squelettiques et de l'hypertension. (Chouanière, D. 2006; Colin, J. 2004).

L'ampleur des problèmes de santé psychologique au travail

Depuis plus de vingt ans, les problèmes de santé psychologique au travail ont augmenté de façon alarmante et constituent, pour les personnes comme pour les organisations, un enjeu de plus en plus préoccupant (European Agency for Safety and Health at work, Forum, 2002).

Au Québec, l'évolution de l'ampleur du phénomène peut facilement se mesurer par les taux d'incapacité de travail due à des problèmes de santé psychologique qui ont presque doublé en dix ans au Québec, passant de 7 % en 1987 à 13 % en 1998 (Direction générale de la santé publique, 2001), par les absences prolongées en raison de maladies psychologiques qui représentent 43 % de tous les congés accordés en 1999 contre seulement 19 % dix ans auparavant (Marsan, 2002) et par le nombre de demandes d'indemnisations reliées aux lésions psychiques qui a grimpé de 530 cas en 1990 à 1 079 en 2003. Les seuls coûts associés à ces réclamations et assumés par la CSST passent de 1,5 million de dollars en 1990 à plus de 7,8 millions de dollars en 2003 (Raymond, M.C. 2006). À ces coûts s'ajoutent ceux qui sont assumés par les travailleurs, leur famille ainsi que par leur employeur.

Nous savons que les problèmes de santé mentale représentent la principale cause d'absence à court et à long termes dans la majorité des entreprises canadiennes (Watson, Wyatt, Worldwide; 2007). Les absences imprévues, définies comme une absence non indemnisée et pour laquelle aucun certificat médical n'est exigé, constituent une autre forme d'absentéisme dont les coûts totaliseraient 2,4 millions de dollars par année. Le phénomène de présentéisme au travail représenterait aussi des coûts à ne pas sous-estimer. Les travailleurs qui ne se sentent pas bien physiquement ou mentalement demeurent au travail et réduisent leur rythme (Watson et Wyatt, Worlwide, 2007). Ceci signifie qu'ils ne peuvent fonctionner à leur pleine capacité. Le stigma de la maladie mentale influence ce choix. Cependant, une condition cachée et un manque de traitement adéquat auront probablement un impact négatif sur les autres travailleurs, sur le climat de travail et sur la

productivité. De plus, cette situation peut éventuellement conduire à une incapacité à long terme (Watson, Wyatt, Worldwide, 2007).

Même son de cloche au niveau international concernant l'ampleur des problèmes de santé mentale au travail : 22 % des salariés au sein de l'Union européenne (15 pays) souffriraient de stress au travail et le coût économique serait de 20 milliards d'euros. De plus, le nombre de personnes souffrant de symptômes liés au stress causés ou aggravés par le travail a plus que doublé depuis 1990 en Europe (European Agency for Safety and Health at Work, 2002). En outre, la France a récemment dû réagir rapidement à une situation grave et urgente suite à la vague de suicides qui ont eu lieu dans des organisations françaises. C'est le ministre du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville qui a présenté un plan d'urgence dans les entreprises et qui a rencontré le président de l'entreprise ciblée (Gouvernement français, 2009).

Ces quelques chiffres permettent de bien saisir l'importance que prennent actuellement les risques psychosociaux dans les milieux de travail. Par ailleurs, les chercheurs, les consultants et les organisations y accordent aussi de plus en plus d'attention afin de répondre aux besoins de plus en plus nombreux. Nous n'avons qu'à penser au nombre croissant d'écrits scientifiques ou vulgarisés et d'événements publics qui traitent du stress au travail, du bien-être des employés, du bonheur au travail, de la santé mentale au travail, etc. Il ne se passe pas une journée sans que l'on n'y fasse mention.

Il importerait donc d'accorder aux troubles psychosociaux autant d'importance qu'aux accidents du travail et de développer de meilleures stratégies de prévention primaire à leur endroit.

La Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST)

La *Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST)* est la loi québécoise qui vise à protéger les travailleurs des risques auxquels ils peuvent être exposés dans le cadre de leur travail. Elle a pour objet l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs (art. 2). Les articles 124 et 126 du code canadien du travail vont dans le même sens. Pourtant, aucun règlement ne traite de la santé psychologique du travail ni de la prévention des risques psychosociaux au travail. Seule la Loi du Québec sur les normes du travail porte sur le harcèlement psychologique au travail. Or, le harcèlement au travail n'est qu'une facette des risques psychosociaux.

Rappelons ici que depuis 1946, la définition même de la *santé* intègre le bien-être mental de l'individu au même titre que son bien-être physique (Organisation mondiale de la santé (OMS), 1946). La déclaration de la 6^e Conférence mondiale sur la promotion de la santé à Bangkok visait explicitement l'implication des gouvernements et des politiciens, de la société civile, du secteur privé, des organisations internationales et de la communauté de la santé publique à mettre en place des activités de promotion de la santé (OMS, 1986). À ce titre, le gouvernement québécois est interpellé dans la mise en place de processus de prévention des problèmes de santé mentale sur les lieux de travail. Il peut le faire en reconnaissant en premier lieu le droit du travailleur à une santé, une sécurité et une intégrité psychologiques au travail.

Les problèmes de santé psychologique au travail ont une prévalence si élevée et des conséquences si graves qu'il faudrait leur accorder une importance aussi grande que celle accordée aux accidents du travail et développer de meilleures stratégies de prévention primaire. La santé psychologique des employés doit donc être au centre des préoccupations des employeurs, et ce, tant pour des raisons économiques que juridiques ou de santé publique (Chouanière et al., 2007). Une étude menée par le CLIPP sur les besoins des grandes entreprises publiques, parapubliques et privées a d'ailleurs permis de conclure que la prévention des risques psychosociaux et l'atteinte d'une bonne qualité de

vie au travail sont prioritaires chez tous les individus et organisations interrogés (Laurendeau et Mathieu, 2004).

Les organisations ont besoin d'être encadrées et mieux appuyées dans leurs interventions en matière de santé psychologique au travail.

Recommandation 1

Le CLIPP recommande que le champ d'application de la LSST ne se limite pas uniquement à la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs et qu'il inclue la santé, la sécurité et l'intégrité psychologiques des travailleurs (article 2) afin d'assurer à ces derniers l'existence d'un droit à une santé psychologique au travail et d'encadrer les interventions organisationnelles.

Les articles visés par cette recommandation

Nous soulignons, ci-dessous, des modifications (non exhaustives) à apporter à quelques articles de la LSST découlant de cette recommandation. Nos commentaires sont basés sur l'expérience de pays ayant commencé à implanter une législation dans le but de protéger les employés et les employeurs. L'Allemagne, la Belgique, le Danemark, la France, la Norvège, les Pays-Bas et la Suède ont adopté une législation nationale (allant plus loin que les dispositions de la directive 89/391/CEE de l'UE) portant sur l'obligation des employeurs à l'endroit des facteurs de risques psychosociaux (Llorens et Ortiz de Villacian, 2001).

Soulignons qu'en France la prévention des risques psychosociaux en entreprise s'inscrit dans le cadre général de la prévention des risques professionnels, défini par l'article L.230-2 du *Code du travail* : le chef d'entreprise a une obligation générale de santé et de sécurité vis-à-vis de ses employés. Il doit veiller à protéger leur santé physique et mentale. Les pratiques de harcèlement moral sont interdites dans l'entreprise; le chef d'entreprise doit les prévenir et les sanctionner (article L122-49 et suivants du *Code du travail*) (Choinière, D. 2006). En outre, tout récemment, en mars 2008 le « Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail » a été remis au

ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité. Il comprenait neuf propositions visant à faciliter l'identification et la prévention des risques psychosociaux en entreprise. (Nasse et Légeron, 2008).

À la lumière de ces informations, nous recommandons les modifications suivantes à la *LSST* :

1.1. L'obligation pour l'employeur de prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et l'intégrité psychologiques du travailleur (art. 51)

Nous voulons ici mettre l'accent sur la pertinence d'utiliser des instruments de mesure capables de détecter les sources de danger et les problèmes en matière de santé mentale dans les protocoles d'identification des risques. Il est de plus en plus reconnu que des éléments présents dans l'environnement de travail associés à des pratiques de gestion des ressources humaines, telles que des dimensions de l'organisation du travail, constituent des sources de stress qui représentent des facteurs de risques pour la santé mentale des individus.

Une recension des instruments de mesure qui tentent d'évaluer la santé psychologique au travail (Dupuis et al. 2009) indique que plusieurs instruments de diagnostic de santé psychologique ainsi que des outils de diagnostic organisationnel sont utilisés dans les entreprises. Toutefois, le rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail (Nasse et Légeron, 2008) appuie la constatation suivante : « les chercheurs, dans diverses disciplines, ont en effet développé de nombreux outils pour tenter de mesurer le stress ou, plus exactement, certains aspects ou dimensions du stress au travail. Très souvent, ils ont cherché à construire des outils au service d'un modèle particulier, sans rechercher une vision complète et globale de la problématique du stress au travail. Il en résulte que la plupart des questionnaires existants sont d'excellents outils de recherche, mais souvent de faibles indicateurs globaux de stress » (p.13). « Au surplus, il n'existe pas « d'indicateur global » observant simultanément et l'état de santé

mentale des personnes concernées, et celui de leurs conditions sociales de travail » (p.25).

Or, les questionnaires s'appuyant sur le concept de qualité de vie (ou de bien-être) au travail tentent de cerner les dimensions individuelles et organisationnelles. Un de ces outils (Dupuis et Martel, 2004) permet d'identifier les facteurs de risques psychosociaux dans le milieu du travail tout en donnant un indice de détection de la détresse psychologique tant sur un plan individuel que de groupe. Les informations produites par cet outil permettent de réaliser un travail de prévention primaire, secondaire ou tertiaire en matière de santé psychologique au travail.

L'utilisation d'un instrument pour mesurer la qualité de vie au travail semble rejoindre des objectifs complémentaires à l'identification et la prévention des risques psychosociaux dans l'entreprise. Par exemple, face à une pénurie sévère de main-d'œuvre, la Finlande et la Norvège ont mis en place des programmes de qualité de vie au travail dans le but soit de réduire l'absentéisme des travailleurs âgés soit de retarder leur départ à la retraite (Piekkola, 2008). Ces stratégies sont en accord avec la conclusion du rapport Castonguay sur la longévité de la main-d'œuvre québécoise (Castonguay, 2010). On y souligne que le véritable défi que présente le vieillissement de la population québécoise consiste à permettre aux personnes qui souhaitent demeurer actives, de le faire tout en prenant en compte leurs aspirations et leur apport à la collectivité. Le Québec fera bientôt face à cette situation et doit donc se doter de moyens pour fournir aux employés un environnement de travail propice à une bonne qualité de vie au travail.

Enfin, plusieurs documents peuvent servir de base de réflexion pour la mise en place de processus de prévention dans les organisations québécoises. Par exemple, pour aider les entreprises européennes à se conformer aux lois et programmes gouvernementaux en matière de santé psychologique au travail, plusieurs guides ont été produits. Ils proposent des indicateurs de dépistage de risques psychosociaux ainsi que des démarches de prévention en matière de santé psychologique

(Gouvernement français, 2010; INRS, 2010; Colin, 2004). Il existe également au Québec des initiatives de prévention en santé mentale au travail, dont par exemple, le guide produit par la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations (2009).

1.2. Le droit pour l'employeur (et pour les représentants syndicaux) d'avoir accès à des services de formation, d'information et de conseil en matière de santé psychologique (art. 50).

Actuellement, les acteurs sociaux français réclament l'ajout du droit de formation sur les risques psychosociaux dans leur législation, entre autres, pour les cadres. (N'kaoua, 2009; Daniellou, 2009). Nous pensons qu'un employeur, un représentant syndical, tout comme un travailleur, qui connaît les risques et les facteurs de risque liés aux problèmes de santé mentale au travail sera plus actif en matière de prévention comme c'est le cas lorsque ces personnes reçoivent une formation sur d'autres facteurs de risque (chimiques, biologiques, etc.). Cet aspect est d'autant plus important que la santé psychologique au travail ne peut être mesurée avec les outils similaires à ceux qui sont utilisés pour d'autres lésions professionnelles.

1.3. L'obligation pour l'employeur de dresser et de maintenir à jour un registre en matière de santé psychologique au travail (art.52).

A l'instar des caractéristiques des postes de travail et de celles du travail exécuté par les travailleurs, les observations sur les caractéristiques de l'organisation du travail, la gestion des employés et les relations sociales peuvent aussi être inventoriées et mises à jour par l'employeur pour donner de l'information sur les risques psychosociaux. Nous prenons en exemple les entreprises françaises, qui en vertu des nouvelles obligations juridiques² doivent produire un tel document, le « Document Unique » sur les risques professionnels. L'employeur doit y consigner

² Le décret du 5 novembre 2001, en application de la loi de décembre 1991 traduisant en droit français la directive européenne n°89/391 du 12 juin 1989, introduit au sein du Code du travail en France, dans la partie réglementaire, un chapitre préliminaire intitulé « Principes de prévention » précisant par l'article R.230-1, les obligations de l'employeur en matière d'évaluation des risques dans les entreprises. Cet article préconise de transcrire dans un document unique le résultat du recensement et de l'évaluation des risques auxquels sont exposés les travailleurs, effectué en application de l'article L 230-2. Ce décret est accompagné de la circulaire d'application du Ministère du Travail en date du 18 avril 2002.

un inventaire des risques identifiés dans chaque unité de travail. Il doit y transcrire les résultats de l'évaluation de l'ensemble des risques, dont ceux qui concernent la sphère psychosociale. Ce Document Unique doit être réalisé et actualisé chaque année et chaque fois qu'une situation ou une organisation nouvelle apparaissent pour l'exécution des travaux de l'entreprise (RisquePro.fr, 2009³).

1.4. L'intégration de la santé, la sécurité et l'intégrité psychologiques du travailleur au programme de prévention (art. 59)

Pour maximiser l'atteinte de l'objectif ultime de la *LSST*, celle d'éliminer les risques à la source, le programme de prévention doit donc aussi se centrer sur les risques psychosociaux. Il doit prendre en compte, les outils pour détecter les risques psychosociaux dans l'entreprise tels que nous l'avons souligné au niveau des obligations générales de l'employeur (point 1.1).

1.5. L'extension de l'obligation de mettre en place un programme de prévention incluant l'intégrité psychologique des travailleurs à toutes les entreprises, peu importe leur taille et leur catégorisation par la CSST (art. 58)

Toutes les entreprises québécoises quels que soient leur taille, leur secteur d'activité et leur classement par la CSST, sont concernées par la prévention des lésions psychologiques. La législation française va déjà dans ce sens.

1.6. L'intégration dans le programme de santé spécifique à un établissement, de mesures visant à identifier les risques psychosociaux dans l'environnement de travail ainsi que des activités d'information et de surveillance médicale liées à la santé psychologique au travail (art. 113)

Comme nous l'avons précisé précédemment, il existe des outils diagnostiques pour prévenir les risques psychosociaux. Il s'agit de moyens adéquats dont les équipes de santé pourraient se servir lors de l'élaboration du programme de santé spécifique.

³ RisquePro.fr est un service en ligne permettant la création et la mise à jour du document unique pour l'évaluation des risques professionnels (EVRP).

Des ressources spécialisées en santé psychologique au travail doivent s'intégrer aux équipes de santé actuelles afin d'apporter l'aide nécessaire aux employés atteints.

Le travail des équipes de santé au travail

La *LSST* vise à favoriser l'accès de tous les travailleurs à des services de santé et ce quel que soit la taille ou le secteur d'activité de l'entreprise. Le mandat d'élaborer et d'implanter de tels programmes a été confié au réseau de la santé publique qui a créé des équipes de santé au travail. À ce jour, la CSST n'a ciblé que les trois premiers groupes prioritaires pour les programmes de santé alors que cinq groupes (32 secteurs) ordonnancés en fonction de la fréquence et de la gravité des lésions professionnelles déclarées auraient dû être couverts. Par conséquent, des groupes de travailleurs n'ont toujours pas accès aux principaux mécanismes de prévention prévus par la Loi.

L'article 113 de la *LSST* identifie clairement les services que le programme de santé doit inclure, soit : des mesures d'identification des risques, la surveillance biologique et médicale, la mise à jour d'une liste de travailleurs exposés aux différents contaminants, la formation et l'information, un service adéquat de premiers soins, l'évaluation des caractéristiques de santé nécessaires à l'exécution d'un travail et la formulation de conseils ou de recommandations pour réduire l'exposition aux facteurs de risques. En somme, les activités prévues doivent surtout servir d'intrant au programme de prévention qui relève de la responsabilité des employeurs. Encore ici, la CSST n'a ciblé que les trois premiers groupes prioritaires. Par conséquent, plus de trente ans après l'implantation de la *LSST*, plusieurs entreprises ne sont toujours pas tenues d'avoir élaboré et implanté de programmes de prévention. Cette situation est inacceptable.

Selon les données les plus récentes, la CSST s'appuie sur 16 équipes régionales et 65 équipes locales mises en place par les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux pour dispenser le programme de santé (CSST, 2003 et 2006). Dans les trois premiers groupes prioritaires, nous méconnaissons les

raisons pour lesquelles des entreprises ne bénéficient pas d'un tel programme. En outre, nous savons que certaines entreprises, appartenant à d'autres secteurs tels que celui de la santé et des services sociaux, ont accès au programme de santé. Une seule étude québécoise a permis d'expliquer la variation des caractéristiques des services dispensés par des équipes de santé au travail (Auger, 1992). Les résultats montrent que les équipes offrent des services plus fréquents aux entreprises qui possèdent l'une ou l'autre des caractéristiques suivantes : un membre de leur personnel est chargé des relations avec l'équipe de santé, elles ont recours aux services d'associations sectorielles, et leurs employés sont syndiqués.

Les résultats des rares recherches évaluatives sur les effets des programmes de santé, qui ont été menées auprès d'entreprises de secteurs manufacturiers québécois, et de médecins d'entreprises allemandes, indiquent que les entreprises qui bénéficient de tels programmes ont plus tendance à implanter des mesures de prévention primaire (Bilodeau et Berthelette, 2003). En 1998, une étude québécoise portant sur dix secteurs d'activités économiques montrait que le nombre de services dispensés par les équipes de santé aux entreprises était positivement associé au nombre de mesures, mises en place par les employeurs, pour éliminer les sources de risque (Lévesque et Berthelette, 1998). Ces résultats corroboraient ceux d'études finlandaises auprès de fermiers. Ils indiquaient que les connaissances des risques étaient supérieures chez les fermiers qui bénéficiaient de services de santé au travail et que le fait de profiter d'un programme de santé améliorait leurs conditions de travail.

Les études montrent également l'importance de la disponibilité de ressources qualifiées, telles que les équipes de santé au travail et les spécialistes embauchés par les entreprises, pour optimiser les résultats des programmes de santé au travail (Berthelette et Pineault, 1992; Berhrens et Müller, 1993. Lévesque et Berthelette, 1998). Le caractère multidisciplinaire des ressources présente un avantage spécifique pour l'atteinte des résultats escomptés par le programme (Notkola et al., 1990; Berthelette et Pineault, 1992; Lévesque et Berthelette, 1998).

Des données du Cahier des charges 2009 (CSST, 2008) indiquent que les ressources affectées aux équipes de santé de 2007 dans l'ensemble du Québec n'ont jamais été comblées selon la planification de 1992. Des 786 postes prévus incluant toutes les ressources, on observe un écart négatif de 122,7 postes pour cette période. De manière plus spécifique, les postes des médecins, sur lesquels le programme de santé repose, sont en dessous des prévisions. On prévoyait 98,9 postes, alors qu'il n'y a que 65,6 postes comblés en 2007, soit un écart de 33,3 postes. Comment s'assurer, dans ces conditions, que les ressources en place sont suffisantes pour participer pleinement à l'atteinte des objectifs fixés par la *LSST*?

Nous ne pouvons que souligner la pertinence du travail des équipes de santé dans les entreprises et souhaiter que les ressources humaines, principalement les médecins, associées à la prévention dans les entreprises correspondent aux besoins réels des entreprises en ce qui concerne à la fois la santé physique et psychologique.

Recommandation 2

Nous recommandons que la CSST veille à ce que le programme de santé et le programme de prévention soient implantés dans toutes les entreprises du Québec. Afin d'en optimiser la qualité, la CSST devra accorder plus de ressources humaines et financières aux équipes de santé au travail.

La Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles

La CSST gère l'indemnisation et la réadaptation des travailleurs en vertu de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)* (Raymond, 2006). Même si le mandat du CLIPP ne comprend pas la défense des travailleurs atteints d'un trouble psychosocial (épuisement, dépression, etc.) dans la reconnaissance d'une indemnisation adéquate, nous pensons que la CSST, à titre d'assureur de l'État, a une responsabilité directe envers les travailleurs qui découle de nos recommandations précédentes.

Force est de constater que le nombre de demandes d'indemnisations reliées aux lésions psychiques des travailleurs, adressées à la CSST, a augmenté de même que celui des lésions psychiques acceptées par cet organisme et ayant fait l'objet d'indemnisations. Il est passé de 900 en 1995 à 1 300 en 2006 (CSST, 2008) et ce, bien que la CSST ne reconnaisse pas les troubles psychosociaux comme une maladie professionnelle dans la *LATMP*. Elle limite les problèmes de santé mentale liés au travail aux lésions psychiques tels que l'anxiété, le stress, le choc nerveux. Or cette liste n'est pas exhaustive, ce qui ne permet pas de reconnaître tous les troubles psychosociaux. Pour obtenir indemnisation et réparation, le fardeau de la preuve incombe au travailleur qui doit se baser sur des faits objectivés. Par exemple, dans le « cas » d'épuisement, qui tombe probablement sous le chapitre de l'article 30 considérant que l'épuisement n'est pas un « événement imprévu et soudain » (art. 2), la preuve doit être faite que le milieu de travail était propice à l'apparition d'un épuisement.

Or, il est de plus en plus reconnu que des éléments dans l'environnement de travail et associés à des pratiques de gestion des ressources humaines tels que des dimensions de l'organisation du travail, peuvent être des facteurs de risque des troubles psychologiques au travail. D'ailleurs, plusieurs maladies professionnelles reconnues par la *LAMTP* sont associées à des caractéristiques de l'organisation du travail (par exemple, les troubles musculo-squelettiques).

Recommandation 3

Nous recommandons que les problèmes de santé mentale au travail tels que les troubles de dépression, les troubles anxieux et l'épuisement soient reconnus comme des maladies professionnelles dans la *LATMP* afin de faire porter le fardeau de la preuve au niveau de l'employeur.

Nous aimerions terminer en soulignant que ces recommandations ne reflètent que quelques aspects importants touchant à la prévention et à l'indemnisation en matière de santé psychologique au travail et qu'en ce sens, nous sommes d'avis qu'un exercice en profondeur doit être mené pour couvrir tous les aspects qui leur sont associés, qu'ils soient d'ordre pratique, financier ou législatif.

Conclusion

La *LSST* a été adoptée en 1979 afin d'assurer la prévention sous toutes ses formes et la prise en charge des problèmes de santé et sécurité physiques des travailleurs par le milieu de travail. Si nous ajoutons les mécanismes de participation et de collaboration mis en place pour orienter l'atteinte de l'objectif ultime d'éliminer à la source même des risques pouvant porter atteinte à la santé physique, nous avons là les ingrédients nécessaires pour la prise en charge des risques psychosociaux par l'entreprise.

Les outils de diagnostic sont également disponibles pour faire de la prévention primaire, secondaire et tertiaire. Il ne manque que la volonté politique. Plusieurs pays européens, en particulier la France, ont déjà légiféré sur la question de la prévention des risques psychosociaux. Le chemin est déjà tracé pour que le Québec s'engage dans cette voie.

Les efforts déployés depuis des années par le CLIPP, pour transférer les connaissances en matière de santé psychologique au travail vers les organisations, contribuent largement au processus d'appropriation par le milieu de la problématique de la prévention des risques

psychosociaux. Ils préparent certainement le terrain à l'application de règlements relatifs à cette problématique.

Enfin, faut-il rappeler que les coûts qu'entraînera la mise en place de dispositifs de prévention et d'indemnisation en matière de risques psychosociaux doivent être vus comme des investissements à long terme? En effet, les troubles psychologiques au travail entraînent des coûts directs et indirects, non seulement pour les employeurs mais aussi pour les employés et l'État, ne serait-ce qu'en raison des incapacités qu'ils peuvent provoquer et qui peuvent réduire la pleine capacité de production des entreprises concernées par ces problèmes. La prévention requiert des changements organisationnels qui peuvent prendre du temps à implanter. Toutefois, en réduisant l'incidence de lésions psychologiques, on pourra améliorer le climat de travail, et réduire les absences et le taux de roulement, ce qui aura un effet positif sur le rendement économique des entreprises. Le Québec ne pourra qu'en bénéficier.

Liste des recommandations

Recommandation 1 :

Le CLIPP recommande que le champ d'application de la *LSST* ne se limite pas uniquement à la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs et qu'il inclue la santé, la sécurité et l'intégrité psychologiques des travailleurs (article 2) afin d'assurer à ces derniers l'existence d'un droit à une santé psychologique au travail et d'encadrer les interventions organisationnelles.

Les recommandations découlant de la recommandation 1 appliquées aux articles de lois :

- 1.1. L'obligation pour l'employeur de prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé, la sécurité et l'intégrité psychologiques du travailleur (art. 51)
- 1.2. Le droit pour l'employeur d'avoir accès à des services de formation, d'information et de conseil en matière de santé psychologique (art. 50).
- 1.3. L'obligation pour l'employeur de dresser et de maintenir à jour un registre en matière de santé psychologique au travail (art.52).
- 1.4. L'intégration de la santé, la sécurité et l'intégrité psychologiques du travailleur au programme de prévention (art. 59)
- 1.5. L'extension de l'obligation de mettre en place un programme de prévention incluant l'intégrité psychologique des travailleurs à toutes les entreprises, peu importe leur taille et leur catégorisation par la CSST (art. 58)
- 1.6. L'intégration dans le programme de santé spécifique à un établissement, de mesures visant à identifier les risques psychosociaux dans l'environnement de travail ainsi que des activités d'information et de surveillance médicale liées à la santé psychologique au travail (art. 113)

Recommandation 2

Nous recommandons que la CSST veille à ce que le programme de santé et le programme de prévention soient implantés dans toutes les entreprises du Québec. Afin d'en optimiser la qualité, la CSST devra accorder plus de ressources humaines et financières aux équipes de santé au travail.

Recommandation 3

Nous recommandons que les problèmes de santé mentale au travail tels que les troubles de dépression, les troubles anxieux et l'épuisement soient reconnus comme des maladies professionnelles dans la LATMP afin de faire porter le fardeau de la preuve au niveau de l'employeur.

Références

- Auger G. 1992. « Influence des ressources des équipes de santé et de celles des entreprises sur les services dispensés dans le cadre du programme de santé au travail ». *Mémoire de maîtrise*, Université du Québec à Montréal.
- Behrens J et R. Müller. 1993. « Supply and demand factors in occupational health: determinants of self-reported compliance with the work place related requirements of the German work safety Law ». *Occupational Medicine*, 43 suppl. 1 : s47-s49.
- Berthelette D. et R. Pineault. 1992. « Analyse d'implantation du programme de santé au travail: résultat d'une recherche évaluative ». *Travail et Santé*, 8 (4) : s23-s30.
- Bilodeau H. et D. Berthelette. 2003. « Données probantes issues des recherches évaluatives sur des programmes de santé au travail ». In *Enjeux Psychosociaux de la santé*, Montréal : Presses de l'Université du Québec, Collection Santé et Société, Chapitre 4 : 41-60.
- Castonguay, C et M. Laberge. 2010. « La longévité : une richesse ». 2010RP-01, *Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations (CIRANO)*.
- Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations. 2009. *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail*. <http://www.cgsst.com/stock/fra/guide-full.pdf>
- Chouanière, D. 2006. « Stress et risques psychosociaux : concepts et prévention ». Documents pour le Médecin du Travail, No 105, 2^e trimestre. Dossier médico-technique. *Institut National de la Recherche en Santé (INRS)*. France, p. 169 – 186
- Chouanière, D., François, M., Langevin, V. et Pentecôte, A. 2007. « Le stress au travail, une réalité : Quelle prévention, quels acteurs et quels outils? », Documents pour le Médecin du Travail, no 110, 2^e trimestre, Projet transversal « stress », département Epidémiologie en entreprises, *Institut National de recherche en santé (INRS)*.
- Colin, J. et al. 2004. « Management Standards and work-related stress in the UK : Policy background and science ». *Work & Stress*, vol. 18, no. 2 (avril-juin), p. 91-112
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (2003). Rapport annuel d'activité 2002.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail (2006). Statistiques annuelles 2005. Québec.
- Commission de la santé et de la sécurité du travail. 2008. *Cahier des charges 2009 du programme des services de santé au travail*. Document préparatoire à la signature des ententes de gestion et d'imputabilité entre les agences de la santé et des services sociaux et les directions régionales de la CSST. p. 12.

- Commission de la santé et de la sécurité du travail. 2008. *Lésions professionnelles acceptées et indemnisées liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique*. Service de la statistique.
- Daniellou, François, 2009. « Il faut adapter le travail à l'homme, pas l'inverse ». *Le Monde*, Dialogues, Horizons Débats. 19 décembre, p. 24
- Direction générale de la santé publique. 2001. « Garder notre monde en santé. Un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais ». Rapport annuel 2001 sur la santé de la population, *Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre*.
En ligne : http://www.santepub-mtl.qc.ca/Publication/telecharg_rapportannuel.html.
- Dupuis, G. et al. 2009. *La qualité de vie au travail. Bilan des connaissances. L'inventaire systémique de qualité de vie au travail*, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP)
- Dupuis, G. et J.-P. Martel. 2004. *L'Inventaire systémique de qualité de vie au travail (ISQVT©)*. En ligne « www.qualitedevie.ca »
- European Agency for Safety and Health at Work. 2007. *European Risk Observatory Report*.
- European Agency for Safety and Health at Work. 2002. *Preventing psychosocial risks at work: European perspectives Closing event of the European*. Week for Safety and Health at Work (forum), ISSN 1681-4398. Bilbao, Spain. En ligne « <http://agency.osha.eu.int> ».
- Gouvernement français. 2009. *Gouvernement : Risques psychosociaux*, En ligne : «<http://www.gouvernement.fr/tags/risques-psychosociaux>». Série d'articles entre le 15 septembre et 15 décembre 2009. Consulté le 18 janvier 2010.
- Gouvernement français. 2010. *La santé et la sécurité au travail : Stress : les risques psychosociaux*. En ligne <http://www.travailler-mieux.gouv.fr/Stress-les-risques-psychosociaux.html>. Consulté le 18 janvier 2010.
- Institut National de recherche et sécurité. 2010. En ligne [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/INRS-FR/\\$FILE/fset.html](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParReference/INRS-FR/$FILE/fset.html) »
- Laurendeau, M-C. et M. Mathieu. 2004. « Les besoins des grandes entreprises québécoises en matière de transfert des connaissances sur la santé psychologique au travail ». Colloque sur invitation, *Institut de recherche en santé des populations*, Toronto.

- Lévesque, G. et D. Berthelette. 1998. « Les effets du programme québécois de santé au travail sur l'élimination de sources de danger ». *Travail et Santé*, Vol. 14, no. 1. S6 – S10.
- Llorens, C. et D. Ortiz de Villacian. 2001. *Work-related stress and industrial relations*. EUROonline, novembre.
En ligne « <http://www.eurofound.europa.eu/eiro/2001/11/study/tn0111109s.html> ».
- Marsan, J-S. 2002. « Santé mentale au travail : l'organisation est-elle malade ? » *Effectif*.
- N'kaoua, Laurance. 2009. « Souffrance au travail: pourra-t-on se passer d'une loi? ». *LesÉchos*, no. 20534, 20 octobre 2009. p. 12
- Nasse, P. et P. Légeron. 2008. *Rapport sur la détermination, la mesure et le suivi des risques psychosociaux au travail*, remis à Xavier Bertrand Ministre du Travail, des Relations sociales et de la Solidarité.
- Organisation mondiale de la santé. 1986. *Charte d'Ottawa de la promotion de la santé*.
http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French .
- Organisation Mondiale de la santé. 1946. Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- Piekkola, Hannu. 2008. « Nordic policies on active ageing in the labour market and some European comparisons ». ISSJ 190. UNESCO. Blackwell Publishing Ltd.
- Raymond, M.C. 2006. « Santé mentale au travail: l'expérience de la CSST ». Réunion de travail, AMEDOC –SMEQ. Deauville –31 mars 2006.
- RisquePro.fr, 2009. *RisquePro.fr Votre Document Unique en ligne L'évaluation des risques professionnels*. En ligne «<http://www.risquepro.fr/>». Consulté le 18 janvier 2010.
- Watson, Wyatt, Worldwide. 2007. *Staying at Work: Effective Presence at Work*. 2007 Survey Report: Canada.
- World Health Organization, 2005. *Mental health policies and programmes in the workplace. Mental Health Policy and Service Guidance Package*.