

Comment protéger la santé des travailleurs dans un système qui ne repose pas sur les notions d'aptitude et d'inaptitude?

Robert Plante¹, Luc Bhérier² et Michel Vézina³

1 robert.plante@ssss.gouv.qc.ca

Direction de santé publique,
Agence de la santé et des services sociaux de l'Outaouais,
104 rue Lois, Gatineau, P.Q., J8Z 3P4.

2 luc.bherer@ssss.gouv.qc.ca

Direction de santé publique,
Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale,
2400 D'Estimauville, Québec, P.Q., G1E 7G9.

3 Michel.vezina@inspq.qc.ca

Direction de santé publique,
CSSS de la Vieille-Capitale, troisième étage,
880 Père-Marquette, Québec, G1S 2A4.

Introduction

En 1979, le Québec adoptait une réforme majeure en remplaçant la Loi sur les accidents de travail par la nouvelle Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST) qui repose sur la reconnaissance légale de droits et d'obligations pour les travailleurs et les employeurs et la création de diverses structures et mécanismes de prise en charge devant permettre aux parties elles-mêmes de s'assurer du respect de ces droits et obligations. À ce chapitre, la loi reconnaît aux travailleurs le droit à des conditions de travail qui respectent leur santé et leur intégrité physique, de même que, d'une façon spéciale, le droit d'être formés, informés et conseillés en matière de santé et de sécurité au travail et de pouvoir bénéficier de services de santé préventifs et curatifs en fonction des risques auxquels ils peuvent être exposés dans leur travail.

Un autre droit plus spécifique, et dont l'application est encadrée de façon très précise, consiste en la possibilité pour le travailleur d'être réaffecté, sans être pénalisé, à une tâche adaptée à ses capacités, dès qu'il présente les premières manifestations d'une altération à la santé résultant d'une exposition professionnelle définie par règlement. Si aucun poste adapté ne peut lui être offert, le travailleur aura droit à une indemnité de remplacement de revenu atteignant 90 % de son revenu net. Une application particulière de ce droit est actuellement en vigueur et concerne la travailleuse enceinte ou qui allaite. Cette dernière peut se prévaloir du droit au retrait préventif si elle est en mesure de fournir un certificat médical attestant que les conditions de son travail

comportent des dangers physiques pour elle-même ou pour l'enfant à naître. Malheureusement, aucun autre règlement d'application n'a été adopté afin de permettre que ce droit puisse s'actualiser dans d'autres situations où des travailleurs exposés à des contaminants pourraient profiter d'un retrait préventif pour éviter une détérioration de leur état de santé; à titre d'exemple, les travailleurs exposés au plomb pourraient être retirés du poste où ils sont exposés si leur plombémie dépasse un niveau prédéfini, même s'ils n'ont pas de symptômes de saturnisme, et retourner à leur poste, amélioré on l'espère, lorsque la plombémie est revenue à un niveau jugé plus acceptable.

À la reconnaissance du droit des travailleurs à des conditions de travail qui respectent leur santé, leur sécurité et leur intégrité physique correspondent diverses obligations imposées à l'employeur. C'est ainsi que ce dernier doit notamment :

- déceler et surveiller les risques pour la santé et la sécurité des travailleurs, présents dans son établissement;
- contrôler la salubrité des lieux de travail, l'aménagement et les équipements, de même que l'organisation du travail, afin qu'ils ne portent pas atteinte à la santé et à la sécurité des travailleurs;
- informer les travailleurs sur les risques reliés à leur travail et leur fournir le matériel et les équipements de protection individuels et collectifs nécessaires.

Les obligations imposées aux travailleurs peuvent se résumer à la nécessité de s'informer du programme de prévention en vigueur dans l'établissement et de collaborer à sa mise en œuvre, incluant se soumettre aux examens de santé et prendre les mesures nécessaires pour protéger leur santé et ne pas mettre en danger celle des autres.

Au chapitre des structures et mécanismes de prise en charge, la loi établissait les règles de fonctionnement paritaire du nouvel organisme responsable de son application et prônait aussi la participation des travailleurs. Créée par cette loi, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) est, depuis lors, responsable de la prévention, de l'inspection, de l'indemnisation et de la réadaptation des lésions professionnelles. Tous les services d'inspection auparavant éparpillés au sein de différents ministères y sont regroupés. Par ailleurs, les services de santé créés pour desservir progressivement tous les milieux de travail ont échappé au contrôle direct de la CSST. Selon le ministre d'État au Développement social de l'époque, les services de santé au travail devaient « être également conçus et même prioritairement, selon une approche de santé publique^[1] »; ils ont donc été confiés au réseau de santé publique déjà déployé dans toutes les régions du Québec. Aujourd'hui, ce sont donc 18 directeurs de santé publique (DSP) qui sont responsables d'assurer les services de santé au travail. Les équipes qui rendent ces services sont réparties dans 64 Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Ces services s'articulent autour d'un programme de santé spécifique à l'établissement dont l'élaboration et la mise en œuvre sont sous la responsabilité d'un médecin responsable. Le personnel du réseau de la santé publique en santé au travail comprend des médecins (65 ETC^[2]) et autres intervenants (622 ETC), soit des infirmières, techniciens et hygiénistes du travail, ergonomes, conseillers en recherche, coordonnateurs, secrétaires et autres.

Une approche de santé publique

Ce parti pris pour l'approche de santé publique a été fortement influencé par les travaux du Comité d'étude sur la salubrité dans l'industrie de l'amiante^[3] qui prônait une approche de santé publique orientée vers l'amélioration des conditions de travail, l'élimination des dangers à la source et l'approche de population. Ce comité d'étude était en fait une commission d'enquête

instituée par le gouvernement du Québec à la suite de revendications ouvrières liées à de graves incidents résultant de conduites répréhensibles de certains employeurs et de médecins d'entreprises. Les syndicats dénonçaient depuis quelques années des situations où, à la suite d'expositions professionnelles très importantes tolérées par les services gouvernementaux d'inspection, de nombreux travailleurs avaient développé des pathologies sévères, amiantose, saturnisme et intoxication à l'arsine, dont les manifestations initiales n'avaient pas été rapportées ni dénoncées par des médecins d'entreprises. Pour leur défense, ces derniers rapportaient que ce sont les travailleurs eux-mêmes, dans le cas de l'amiante du moins, qui demandaient de ne pas déclarer leur inaptitude pour ne pas être à la merci des insuffisances des systèmes d'indemnisation des accidentés du travail et de protection sociale.

Le choix de confier au réseau de santé publique la responsabilité d'encadrer les services de santé au travail découlait donc, entre autres, de la méfiance des travailleurs à l'égard des médecins d'entreprises et de l'appréciation de la participation de certains directeurs de santé publique qui considéraient que la protection des travailleurs faisait partie de leur mandat de santé publique et qui avaient permis de découvrir ces maladies professionnelles camouflées. Au surplus, les autorités de santé publique ne souhaitaient pas que se développe un réseau parallèle. À partir de ce moment, on distingue nettement, au Québec, la pratique de santé au travail telle qu'administrée par les médecins et autres professionnels du réseau de santé publique en santé au travail, dans le cadre de l'application de la LSST, et la médecine de gestion dispensée le plus souvent par des médecins regroupés dans des cliniques privées offrant leurs services aux entreprises et d'autres directement à l'emploi de très grosses entreprises.

Le rôle du médecin responsable^[4]

L'objectif de la loi québécoise est clair : elle a pour objet « l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs »^[5]. Grâce à un ensemble de conditions favorables, l'approche de santé publique a été privilégiée à l'approche médicale individuelle parce qu'elle s'attaque d'emblée aux risques du milieu de travail.

Les énergies des équipes de santé au travail du réseau de santé public sont donc avant tout consacrées au dépistage des dangers et à l'appréciation du risque ainsi qu'à leur communication. Leur action vise à susciter, accompagner et soutenir le processus paritaire mis en place au sein de l'entreprise pour protéger la santé des travailleurs et trouver les moyens les plus appropriés pour gérer le risque professionnel.

Pour ce faire, un *programme de santé spécifique à l'établissement* dont les fondements reposent sur l'analyse des conditions de travail, incluant les facteurs de risque liés à l'environnement et à l'organisation du travail, ainsi que l'évaluation de l'organisation des premiers secours et des premiers soins, doit être implanté. La collaboration des autres professionnels de l'équipe, technicien et hygiéniste du travail et infirmière, est à cet égard indispensable pour toute la démarche d'évaluation et d'accompagnement du milieu de travail qui en découle. Les fruits de cette analyse sont présentés aux membres du comité de santé et de sécurité de l'entreprise pour les informer, mais aussi pour en valider les résultats et leur interprétation. Tous les problèmes perçus par les travailleurs ou l'employeur et qui ne ressortent pas lors de cette évaluation sont aussi discutés et des priorités d'action sont ensuite établies par le comité de santé et de sécurité (CSS) qui doit approuver le *programme de santé spécifique à l'établissement* (PSSE), lequel précise les problèmes auxquels l'entreprise convient de s'attaquer en priorité, les correctifs qui devront être apportés, la contribution de chacune des parties et l'échéancier. Le calendrier des activités d'information, des activités de surveillance environnementale et médicale lorsqu'elle est pertinente, de même que les recommandations spécifiques concernant l'organisation des premiers

secours et des premiers soins y est aussi précisé.

Par ailleurs, la loi indique explicitement que le PSSE doit « prévoir les mesures visant à identifier et à évaluer les caractéristiques de santé nécessaires à l'exécution d'un travail, les mesures visant à identifier les caractéristiques de chaque travailleur de l'établissement afin de faciliter son affectation à des tâches qui correspondent à ses aptitudes et de prévenir toute atteinte à sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique de même que les mesures de surveillance médicale du travailleur en vue de la prévention et du dépistage précoce de toute atteinte à la santé pouvant être provoquée ou aggravée par le travail »^[6]. Ces activités sont en fait réalisées uniquement lorsqu'elles sont légitimes, c'est-à-dire lorsque leur pertinence et leur efficacité sur le plan de la prévention ont été démontrées. Dans les faits, aucun examen d'embauche n'est réalisé par les services de santé au travail; occasionnellement, les caractéristiques de santé d'un travailleur qui revient au travail à la suite d'un problème de santé ayant occasionné des limitations fonctionnelles seront évaluées pour faciliter son affectation à des tâches qui lui conviennent. Certaines activités de surveillance médicale, surtout à l'aide d'indicateurs biologiques de l'exposition, sont proposées lorsqu'il existe des outils valides permettant d'intervenir pour prévenir le développement de problèmes de santé, ce qui est malheureusement encore rare, ou dans le cas des audiogrammes notamment, pour faciliter l'accès à l'indemnisation et à la réadaptation. Malgré tout, il persiste au Québec certains examens de santé prescrits par règlement, comme par exemple les radiographies pulmonaires que doivent subir les travailleurs des mines et carrières. Ces examens doivent alors être effectués dans le cadre du programme de santé sans égard à leur pertinence et à leur efficacité réelle. À la suite de cette analyse, des représentations ont d'ailleurs été entamées pour que ceux qui n'ont aucune vertu préventive avérée et qui imposent des gestes médicaux inutiles et susceptibles de causer de la discrimination mal fondée^[7] soient abrogés et que de nouveaux ne voient pas le jour.

L'approche par programme de santé favorise la prise en charge par le milieu de travail ainsi que la diminution, voire l'élimination des dangers^[8]. Les travailleurs reçoivent l'information appropriée concernant les dangers présents dans leur milieu de travail et les effets, souvent à long terme sur leur santé, susceptibles de survenir. Ils participent à la mise sur pied des mécanismes formels et fonctionnels permettant de participer à la gestion des risques. Lorsqu'il existe des dangers qui le justifient, le médecin responsable doit également « *signaler à la Commission, à l'employeur, aux travailleurs, à l'association accréditée, au comité de santé et de sécurité et au directeur de santé publique toute déficience dans les conditions de santé, de sécurité ou de salubrité susceptible de nécessiter une mesure de prévention* »^[9]. Ce *devoir de signalement* permet de mobiliser les personnes concernées ainsi que les autorités compétentes et d'enclencher les mécanismes plus coercitifs que la loi invite à exercer au besoin. De plus, le médecin responsable ou la personne qu'il désigne a accès à toute heure raisonnable du jour ou de la nuit à un lieu de travail et il peut se faire accompagner d'un expert. Il a de plus accès à toutes les informations nécessaires à la réalisation de ses fonctions.

Le « modèle québécois » ne va pas sans problèmes

Un complément clinique est nécessaire

Quelques évaluations l'ont confirmé^[10] : l'approche par programme des services de santé publique québécois fonctionne en général très bien dans les milieux de travail et elle est efficace. Mieux que l'examen médical de chaque sujet, elle permet de centrer les énergies sur les expositions professionnelles et les composantes de l'organisation du travail susceptibles de provoquer des problèmes tout en conservant une distance vis-à-vis des cas particuliers. Cela

présente un intérêt certain pour la qualité de la relation avec les instances paritaires dans l'entreprise, surtout, comme c'est régulièrement le cas, lorsque des travailleurs présentent des problèmes non spécifiques dont l'étiologie peut facilement être multifactorielle et où, pour le clinicien, faire le départage entre le travail et le hors travail ne va pas nécessairement de soi et peut susciter des litiges. Cette démarche clinique demeure pourtant nécessaire et des services de consultation spécialisés en médecine du travail ont été développés par le réseau de santé publique dans quelques régions; cependant, à l'intérieur de ce service, afin d'éviter tout conflit d'intérêt, le médecin n'évalue pas de travailleurs provenant d'entreprises où il intervient comme médecin responsable.

Un développement et un financement incertain

Malgré toutes ses qualités, le système de santé au travail québécois se heurte à de sérieuses résistances institutionnelles et politiques qui ont compromis son développement et mènent progressivement à son essoufflement. Le financement des services de santé au travail dépend de la CSST et leur développement n'est pas à l'abri des luttes politiques qui jalonnent constamment l'univers du monde du travail.

Depuis l'adoption de la loi, en 1979, seuls les droits généraux s'appliquent à tous les travailleurs du Québec. Le gouvernement et la CSST avaient planifié une application progressive^[11] des articles de lois régissant l'organisation des comités de santé et de sécurité paritaires au sein de l'entreprise, la désignation d'un représentant à la prévention, l'élaboration et l'application de programmes de prévention auxquels vient s'intégrer le programme de santé de même que l'accès à un médecin responsable et aux services de l'équipe de santé au travail dont il fait partie. C'est donc au fil de la progression de la mise en application de la loi aux entreprises des divers secteurs économiques que le développement des services de santé était prévu.

À défaut du contrôle direct sur les services de santé au travail, la CSST conserve ce puissant outil de contrôle qu'est l'allocation des budgets; c'est en effet à la CSST que le législateur a confié la responsabilité de fixer le rythme d'implantation des dispositifs de prévention formels prévus, incluant les services de santé. Or, si le paritarisme fonctionne bien dans les entreprises et s'il a permis certaines avancées intéressantes au CA de la CSST au cours des premières années, il n'a pas permis la mise en place des mécanismes de protection pour tous les travailleurs québécois, pourtant prévus par la loi. Même s'ils détiennent la moitié des sièges du CA de la CSST à qui incombe la responsabilité de faire les règlements, les syndicats revendiquent sans succès une application intégrale de la loi pourtant adoptée depuis trente ans déjà. Aujourd'hui encore, seules les entreprises des trois premiers « groupes prioritaires » sont soumises à toutes les dispositions de la loi; cela représente un peu plus de 20 % des entreprises et environ 25 % des travailleurs. Les entreprises qui embauchent beaucoup de femmes échappent en plus grand nombre à plusieurs obligations : 85 % des travailleuses ne bénéficient pas encore de toutes les protections et de tous les services prévus par la loi. Les équipes de santé au travail du réseau de santé publique n'interviennent notamment pas dans les hôpitaux, qui comptent pourtant parmi les milieux de travail les plus dangereux. Pourtant, après trente ans, le gouvernement n'est pas encore intervenu pour faire respecter la loi; il peut toujours évoquer qu'employeurs et syndicats semblent bien s'accommoder de cette inertie puisqu'ils n'adoptent pas les règlements qui relèvent de la compétence du CA de la CSST où ils siègent. Bien qu'il puisse régler directement pour pallier les manquements de la CSST, contre toute attente l'État n'en a rien fait. Cela explique en partie le fait qu'il reste aujourd'hui moins de 65 médecins du travail dans le réseau public alors qu'au moment de l'élaboration de la Loi, le législateur prévoyait qu'il en faudrait 285 pour desservir tous les établissements comptant 20 travailleurs ou plus.

C'est par contrat que la CSST confie des budgets aux directions de santé publique en précisant leurs mandats; les services de santé étant destinés pour l'essentiel aux secteurs d'activité ciblés par la CSST, les effectifs en santé au travail ne se sont donc pas accrus depuis 1985. Au surplus, la CSST n'a pas indexé les budgets du réseau de la santé publique en santé au travail pendant près de quinze ans, ce qui a entraîné dans les faits une réduction des effectifs et compromis son développement. Occupés à sauvegarder les maigres effectifs dont ils disposent, les directeurs de santé publique n'ont pas encore dénoncé le fait que la majorité des travailleurs ne bénéficient pas des mesures prévues pour protéger leur santé et prévenir les maladies professionnelles. Ils n'ont pas encore réclamé qu'on leur octroie les budgets pour intervenir dans toutes les entreprises des groupes IV, V et VI. Pendant que les effectifs médicaux autorisés en santé au travail ne cessent de diminuer, (de ± 100 prévus lors de l'implantation de la loi pour les groupes I à III à 65 ETC aujourd'hui), la population de travailleurs au Québec est passée de 2 762 500 en 1984 à 3 685 900 en 2004^[12]. Présentement, 80 postes de professionnels du réseau de la santé publique en santé au travail ne sont pas comblés faute de financement. Par ailleurs, la loi veut que ce soient les employeurs, par l'entremise de la CSST, qui défraient l'ensemble des coûts de l'application de la LSST incluant celui des services de santé; le ministère de la Santé et des Services sociaux qui finance par ailleurs tous les autres programmes de santé publique n'a pas la responsabilité de défrayer le coût de ces services et ne dispose donc pas des budgets pour répondre aux besoins du réseau de la santé publique en santé au travail, si ce n'est à la marge. Les directeurs de santé publique étant liés par contrat à la CSST, le financement de tous leurs effectifs professionnels de santé publique en santé au travail dépendent donc de la CSST. Non seulement cela limite-t-il de manière significative leur capacité d'agir et leur autonomie, mais comme on le réalise avec de plus en plus d'acuité, cela hypothèque sérieusement le développement, voire la survie de la médecine du travail dans la santé publique.

Une indépendance mise à l'épreuve

Une pratique de la santé au travail, qui n'exploite pas comme outil premier l'examen ou la visite médicale individuelle et qui souligne plutôt les limites et les dangers de tels examens qui ne peuvent que très rarement prévoir l'aptitude mais qui servent plutôt à déqualifier les travailleurs, suscite beaucoup de questions. Au premier abord, les travailleurs s'attendent souvent à ce qu'on leur propose des examens médicaux et, dans le cas des examens de santé réglementaire, ils ne soulèvent jamais de difficultés même quand ces examens sont inutiles. Il est d'autant plus difficile de résister aux demandes d'examens médicaux que tous les documents de référence en médecine du travail font systématiquement la promotion de tests biologiques et d'examens médicaux; pour la plupart des auteurs, la question n'est pas de savoir s'il est nécessaire et pertinent de faire des examens, mais uniquement de décider lesquels. Aucune démonstration scientifique de leur pertinence ni de leur efficacité n'est nécessaire; elles vont de soi. À ce sujet, l'Institut national de santé publique du Québec vient, à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux, de se doter d'un cadre de référence en matière de dépistage.

Nous avons constaté que les responsables syndicaux ou patronaux ont beaucoup plus de difficultés que les travailleurs à accepter les pratiques que nous avons développées. Investis de la légitimité d'une loi qui leur permet d'imposer par règlement des examens^[13], ils exercent donc, à l'occasion, des pressions pour que les travailleurs soient soumis à des tests de dépistage ou à la surveillance médicale et l'imposent parfois par règlement. Ce fut le cas, notamment, pour le certificat de santé pulmonaire où, espérant protéger la santé des travailleurs des mines et carrières et malgré les représentations de toutes les autorités de santé publique lui expliquant les limites de ces examens, le CA de la CSST a adopté, en 1995, un règlement instaurant le « certificat de santé pulmonaire des travailleurs des mines » qui brime inutilement les droits des

travailleurs^[14]; ceux-ci doivent en effet se soumettre à des radiographies de dépistage et à un examen clinique dont l'efficacité préventive n'est pas démontrée et l'accès à des postes de travail leur est refusé s'ils ne peuvent obtenir leur certificat. Paradoxalement, ce règlement a été adopté à l'époque où, en France, on faisait le cuisant constat de l'impuissance des médecins du travail à utiliser les résultats de tels examens pour prévenir le développement des cancers du poumon, des mésothéliomes ou même de l'amiantose chez les travailleurs exposés à l'amiante.

Plus récemment, les membres du CA de la CSST ont eu beaucoup de difficulté à accepter les conclusions scientifiques de l'Institut national de santé publique du Québec concernant la surveillance médicale des travailleurs exposés au béryllium, soulignant que les connaissances sont insuffisantes pour que l'on recommande systématiquement aux travailleurs exposés de se soumettre à des tests de dépistage; c'est dans le contexte d'une « décision informée » que les travailleurs font leur choix, alors que leur sont présentés les incertitudes concernant l'interprétation des résultats ainsi que les avantages et les inconvénients potentiels de ce dépistage, notamment sur le plan de l'assurabilité et de l'avenir professionnel.

Conclusion

Encore jeune, la pratique de la médecine du travail au Québec est résolument axée vers la prévention et l'assainissement des milieux de travail. Malgré l'efficacité de cette approche, le développement des services de santé au travail est tenu en échec. Près de trente ans se sont écoulés depuis l'adoption de la loi et 75 % des travailleurs du Québec ne profitent pas encore de tous les services prévus, le CA de la CSST n'ayant pas encore promulgué pour eux les règlements d'application requis prévus dans la loi. Dans ce contexte, les médecins du travail sont souvent contraints de s'en remettre à l'obligation générale de prévention imposée à l'employeur pour faire respecter la santé au travail dans certains milieux. L'expérience montre que ceci nécessite un travail concerté, notamment avec les services d'inspection, principalement au regard des problèmes liés aux nouvelles formes d'organisation du travail^[15].

La médecine du travail a de grands défis à relever dont le premier et non le moindre est de définir son champ de pratique à l'abri des pressions politiques et de la tentation des organismes réglementaires d'imposer aux travailleurs des examens médicaux. Le fait que l'État ait un rôle incontournable pour édicter et faire appliquer les lois du travail, incluant celles qui doivent protéger la santé des travailleurs, ne signifie pas qu'il soit souhaitable, voire légitime, de définir dans des lois ou des règlements le contenu du champ professionnel médical et d'y inclure des prescriptions d'examens ou de tests médicaux. La nature préventive de cette pratique peut donner l'impression qu'il s'agit d'un domaine où la décision de prescrire ou non un test n'entraîne pas de réelles conséquences pour les sujets, ce qui est loin d'être le cas. Il faut au contraire user de ces tests avec encore plus de parcimonie parce que leurs bénéfices cliniques, évidents lorsqu'on les utilise chez des malades, disparaissent le plus souvent si on les applique à des populations de sujets asymptomatiques. Leurs effets pervers sont par ailleurs accrus en raison de l'influence négative de ces résultats sur l'emploi ou sur le trajet de vie. Il importe donc que les médecins du travail définissent eux-mêmes et ensemble ce que sera l'avenir de la médecine du travail en développant la maîtrise de la profession et son contenu à la lumière des meilleures connaissances scientifiques disponibles. Il faut développer encore davantage, bien sûr, l'art d'entendre la parole des travailleurs, des employeurs et de leurs représentants, mais aussi les habiletés requises pour influencer l'assainissement des conditions de travail. La mission première de la médecine du travail ne doit-elle pas être la protection de la santé des travailleurs?

[1]. Le ministre d'État au Développement social, Santé et sécurité au travail. Politique

québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs, Gouvernement du Québec, 1978, p. 238.

[2]. ETC : équivalents temps complet.

[3]. « Rapport final », Comité d'étude sur la salubrité dans l'industrie de l'amiante, vol. 2, 1976.

[4]. C'est ainsi que la loi nomme le médecin qui accompagne, avec les autres professionnels du réseau de santé publique, les comités de santé et de sécurité paritaires que nous appellerons comité de santé.

[5]. L.R.Q., chapitre S-2.1, article 2.

[6]. L.R.Q., chapitre S-2.1, article 113, 3-4 et 5.

[7]. Il n'est pas possible de développer plus longuement sur cette importante question, mais ceux et celles que cela intéresse peuvent consulter l'article publié dans *Les Archives des maladies professionnelles* en décembre 2003 « Les examens médicaux systématiques en rapport avec le travail : servent-ils vraiment à la prévention? », vol. 64, n^o 7-8, p. 502-509.

[8]. Bilodeau H., Berthelette D. : Données probantes issues des recherches évaluatives sur des programmes de santé au travail, dans Enjeux psychosociaux de la santé, Collection Santé et Société, Lévy J.J., Maisonneuve D., Bilodeau H., Garnier C. (eds), Presses de l'Université du Québec, 2003 : 41-60.

[9]. L.R.Q., chapitre S-2.1, article 123.

[10]. Berthelette, D. : Les déterminants de l'implantation et des résultats des programmes de santé et de sécurité du travail, dans Harrisson D. et Legendre C. (eds), *Santé, sécurité et transformation du travail. Réflexions et recherches sur le risque professionnel*, Sainte-Foy, Les Presses de l'Université du Québec à Montréal, 2002 : 107-128.

[11]. Les entreprises des différents secteurs d'activité ont été divisées en six groupes qui devaient à tour de rôle, un groupe par année, être soumises à l'application de tous les articles de la loi. Tous présumaient qu'après six ans tout au plus, tous les travailleurs bénéficieraient de la loi qui avait été adoptée pour protéger leur santé.

[12]. *Les chiffres clés de l'emploi au Québec*, édition 2005, Centre d'étude sur l'emploi et la technologie, Québec.

[13]. L.R.Q., chapitre S-2.1, art. 233, par. 6 : « Exiger, dans les circonstances qu'elle indique, un examen de santé de pré-embauche ou des examens de santé en cours d'emploi, déterminer le contenu et les normes de ces examens, leur époque ou fréquence et la forme et la teneur du certificat de santé qui s'y rapporte, et exiger pour le travail qu'elle indique, un certificat de santé ainsi que la forme et la teneur de ce certificat. »

[14]. L.R.Q., c. S-2.1, a. 223, par. 1^o, 13^o, 42^o et 2^e al. : « L'employeur ne peut embaucher un travailleur aux fins de lui faire exécuter un travail visé à l'article 2 à moins que ce dernier, conformément au présent règlement, n'ait subi un examen de santé pulmonaire de pré-embauche

et ne détienne un certificat de santé pulmonaire. »

[15] VÉZINA, M., « Les dimensions pathogènes de l'organisation du travail : au-delà des chiffres et du questionnaire », Archives des maladies professionnelles et de l'environnement, 2008; 69 : 189-194.

