

Direction régionale de santé publique

**Argumentaire sur la prise en charge  
de la prévention  
des troubles musculosquelettiques  
par les milieux de travail**



**Agence de la santé et des services sociaux  
de la Capitale-Nationale**

Janvier 2014

Québec 

Ce document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse [www.dspq.qc.ca](http://www.dspq.qc.ca), section Documentation, rubrique Publications.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

ISBN : 978-2-89616-126-3 (PDF)

Cette publication a été versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

Référence suggérée :

Prud'homme, Daniel et autres. *Argumentaire sur la prise en charge de la prévention des troubles musculosquelettiques par les milieux de travail*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 2014, 33 p.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

## **AUTEUR**

Daniel Prud'homme, étudiant-chercheur  
Relations industrielles, Université Laval

## **COLLABORATEURS**

Caroline Jean, ergonomiste, certificat canadien de praticienne en ergonomie  
Équipe régionale de santé au travail

Louis Gilbert, ergonomiste  
Équipe régionale de santé au travail

## **COORDONNATEURS**

Normand Richer  
Équipe régionale de santé au travail

Jean-Claude Leclerc  
Équipe régionale de santé au travail

## **SECRÉTARIAT ET SOUTIEN ADMINISTRATIF**

Isabelle Mercier, agente administrative  
Équipe régionale de santé au travail



## Table des matières

Introduction .....	7
1 La question du lien entre le travail et les troubles musculosquelettiques.....	8
1.1 Le lien de causalité entre le travail et les troubles musculosquelettiques serait-il exagéré?.....	8
1.2 Les facteurs de risque au travail sont-ils bien documentés?.....	9
1.3 Ce genre de lésion serait-il plus souvent lié à une activité personnelle?.....	12
1.3.1 Lésions liées à une activité personnelle .....	12
1.4 Quel est le pourcentage de travailleurs touchés par les troubles musculosquelettiques relativement à la population en général? .....	14
2 La question des travailleurs qui profiteraient du système .....	17
3 La question du volet légal par rapport au volet social.....	21
3.1 Qu'advient-il lorsque l'employeur nie la présence de troubles musculosquelettiques dans son entreprise? .....	21
3.1.1 Évaluation des risques et de leur gravité potentielle.....	21
3.2 Est-ce exact d'affirmer que la santé et la sécurité au travail, c'est la responsabilité de l'employeur? .....	22
3.2.1 Responsabilité légale.....	22
3.2.2 Diligence raisonnable.....	23
3.2.3 Obligations liées au projet de Loi C-45.....	23
3.2.4 Responsabilité sociale .....	23
4 La question de la rentabilité .....	25
4.1 Est-ce rentable pour l'employeur de faire de la prévention? .....	25
4.2 Quels sont les coûts associés aux troubles musculosquelettiques? .....	25
4.2.1 Coûts directs.....	25
4.2.2 Coûts indirects .....	26
4.2.3 Coûts humains .....	27
4.3 Quel est le coût des actions posées pour prévenir les troubles musculosquelettiques? .....	28
5 La question des priorités.....	31
Conclusion .....	33

## Liste des acronymes

Agence	:	Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale
ASP	:	Association sectorielle paritaire
CARWH	:	Canadian Association for Research on Work and Health
CE	:	Commission européenne
CLP	:	Commission des lésions professionnelles
CMAJ	:	Canadian Medical Association Journal
CPSST	:	Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec
CSS	:	Comité de santé et sécurité
CSSS	:	Centre de santé et de services sociaux
CSST	:	Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec
IMC	:	Indice de masse corporelle
INSPQ	:	Institut national de santé publique du Québec
IRSST	:	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
LATMP	:	Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (L.R.Q., chap. A-3001)
LSST	:	Loi sur la santé et la sécurité du travail (L.R.Q., chap. S-2.1)
NIOSH	:	National Institute for Occupational Safety and Health (organisme des États-Unis d'Amérique)
QEC	:	Quick Exposure Check
RSE	:	Responsabilité sociale des entreprises
SST	:	Santé et sécurité du travail
TMS	:	Trouble musculosquelettique

## Introduction

Une étude a été réalisée afin d'explorer le vécu des intervenants des équipes de santé au travail de la région de la Capitale-Nationale lors de la réalisation de l'offre de service régionale sur les troubles musculosquelettiques (TMS) (Comeau, 2009). Dans le cadre de cette étude, quelques groupes rencontrés disaient percevoir que les risques de TMS n'étaient pas une priorité pour les milieux de travail et qu'une résistance de la part des employeurs à prendre en charge les risques ergonomiques pouvait se faire sentir. Certains intervenants disaient avoir de la difficulté à sensibiliser les milieux de travail, par manque d'arguments.

L'équipe régionale a alors développé un argumentaire à l'aide du logiciel Rationale et a mandaté un stagiaire pour faire une revue de la littérature permettant de documenter et de soutenir les arguments soulevés à l'aide de statistiques, de témoignages et d'autres études.

Par la suite, trois stratégies ont été utilisées pour compléter cette revue de la littérature. D'abord, une recherche a été effectuée dans le moteur de recherche de la bibliothèque de l'Université Laval (Ariane 2.0). L'avantage de ce moteur de recherche est qu'il indexe les publications provenant de plusieurs centres de recherche au Québec, au Canada et en Europe. Plusieurs mots-clés ont été utilisés : troubles musculosquelettiques, appareil locomoteur, maladies professionnelles, prévention, ergonomie, lésions dues aux mouvements répétitifs. En tout, 190 références ont été recensées. Dans un deuxième temps, les bases de données internationales ont été mobilisées, notamment *ProQuest (ABI/INFORM Global)*, *SpringerLink*, *EBSCOhost*, *PubMed (MEDLINE)*, *Psychnet* et *Science Direct*. Les recherches ont alors été limitées à partir de l'année 1980 et les mots-clés ont été : *Musculoskeletal Disorders*, *Occupational Health*, *Ergonomics*, *Occupational Medicine* et *Multidisciplinarity*. Cette fois, ce sont de 0 à 297 références qui ont été trouvées, selon la base de données. Enfin, les travaux de certains auteurs ont été épluchés de façon plus systématique, entre autres, Marie Bellemare, Geneviève Baril-Gingras, Sandrine Caroly, Sylvie Montreuil et Fernande Lamonde. Au final, ce sont quelque 2 000 références qui ont été indexées à l'aide du logiciel Endnote.

Les publications ont été sélectionnées en fonction de certains critères. Ainsi, chacun des écrits a été trié selon six grands axes : la pratique des médecins du travail; l'étiologie des TMS; les pratiques de prévention; l'indemnisation; le retour au travail et la multidisciplinarité. Dans tous les cas, les nouvelles publications devaient permettre d'apporter de nouvelles informations. Dans l'ensemble, 191 publications ont été retenues.

Le présent document a pour objectif d'outiller les intervenants en santé au travail pour mieux sensibiliser les milieux de travail à l'importance de faire de la prévention des TMS. En effet, ce fléau compte pour plus de 40 % des lésions indemnisées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST).

## 1 La question du lien entre le travail et les troubles musculosquelettiques

### 1.1 Le lien de causalité entre le travail et les troubles musculosquelettiques serait-il exagéré?

Le lien entre le travail et les TMS est connu depuis fort longtemps. En fait, déjà au XVIII<sup>e</sup> siècle, un médecin italien, Bernardini Ramazzini, avait relié certaines pathologies relevant de TMS à des activités de travail comme la charge mentale chez des écrivains et des commis ou le fait de rester constamment assis ou de répéter les mêmes mouvements avec la main (Aptel, Aublet-Cuvelier et Cnockaert, 2002; Sluiter, Rest et Frings-Dresen, 2001).

(Aptel, Aublet-Cuvelier et Cnockaert, 2002)  
« Bien qu'il soit habituel de rappeler que Ramazzini, médecin italien, a observé dès le XVIII<sup>e</sup> siècle une relation entre certaines de ces pathologies et le travail chez des écrivains et des commis [2, 4], force est de constater que, depuis une vingtaine d'années, les TMS ont suscité un intérêt croissant dans le domaine de la santé au travail. »

(Sluiter, Rest et Frings-Dresen, 2001)

"Upper-extremity musculoskeletal disorders (UEMSD) have been recognized to occur in relation to work for hundreds of years. They were described by Bernardini Ramazzini, an Italian physician and father of occupational medicine, in the 18<sup>th</sup> century, when he said the diseases: "[...] arise from three causes; first constant sitting, the perpetual motion of the hand in the same manner, and thirdly the attention and the application of the mind [...]" (as quoted in Euro Review, Issue on Repetitive Strain Injuries, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1994)."

Les TMS sont la cause principale d'incapacité dans la population québécoise (Delisle et autres, 2008; Stock et autres, 2005). Ils viennent au second rang au Canada en ce qui a trait aux coûts (Lapointe, 2008) et ils sont responsables de 50 % des jours de travail perdus en Ontario (Conseil de la santé et de la sécurité au travail de l'Ontario, 2007). Les TMS représentaient également 53 % de toutes les absences reconnues en France, déjà en 1994, et y sont encore aujourd'hui « la cause principale de demande de soin, de handicap et d'absentéisme au travail » (Aptel, Aublet-Cuvelier et Cnockaert, 2002). Aux États-Unis, les TMS engendraient également des coûts variant entre 13 et 20 milliards de dollars annuellement (Aptel, Aublet-Cuvelier et Cnockaert, 2002).

(Delisle et autres, 2008)  
« Selon l'Enquête sociale et de santé de 1998 (Institut de la statistique du Québec, 2001), les problèmes touchant le système musculo-squelettique constituent la principale cause d'incapacité chez la population québécoise. »

(Stock et autres, 2005)

« L'Enquête québécoise sociale et de santé de 1998 a montré que ces lésions sont la cause principale d'incapacité dans la population québécoise. »

(Stock et autres, 2003)  
"These results suggest that Quebec compensation rates substantially underestimate the true incidence of work-absence due to MSD and that under-reporting appears to be higher among women."

(Lapointe, 2008)

« Cette famille de pathologie a été classée au 2<sup>e</sup> rang du fardeau économique de la maladie au Canada [1]. »

(CSSTO, 2007)

« En Ontario, les TMS représentent :

- environ 42 % de toutes les demandes de prestation pour interruption de travail;
- 42 % des coûts associés aux demandes de prestation pour interruption de travail;
- environ 50 % de tous les jours perdus lors d'accidents avec interruption de travail (moyennes pour la période entre 1996 et 2004). »

(Aptel, Aublet-Cuvelier et Cnockaert, 2002)

« Les TMS sont considérés comme la cause principale de demande de soin, de handicap et d'absentéisme au travail [4]. »

« Dans ce contexte, l'Académie des sciences [5] des États-Unis, sollicitée par l'Institut national de la santé en raison de l'âpreté des débats consécutifs à la volonté du ministère du Travail (OSHA Occupational Safety Health Administration) de proposer une réglementation concernant la prévention des TMS, a considéré que :

- le coût annuel de ces affections est compris entre 13 et 20 milliards de dollars (14,4 à 22,2 milliards d'euros) ».

## 1.2 Les facteurs de risque au travail sont-ils bien documentés?

Selon les études, de deux à cinq catégories de facteurs de risque au travail sont bien définies. Selon les plus détaillées, cinq facteurs peuvent être signalés : les facteurs biomécaniques; les facteurs physiques; les facteurs environnementaux (ceux-ci sont parfois amalgamés aux facteurs physiques); les facteurs organisationnels et les facteurs psychosociaux (qui comprennent parfois les facteurs organisationnels).

Les facteurs biomécaniques sont sans doute les plus reconnus par la littérature. Il s'agit des postures contraignantes, des efforts et de la force exercée, du travail musculaire statique et de la répétition. Ces facteurs de risque seront d'ailleurs plus ou moins dommageables pour le travailleur, selon l'intensité, la fréquence et la durée de l'exposition (Simoneau, St-Vincent et Chicoine, 1996).

Concernant les facteurs physiques, il faut considérer en particulier les pressions subies par les tissus mous et les vibrations (Baillargeon et Patry, 2002). Pour les tissus mous, c'est la pression prolongée avec un objet dur qui est en cause, notamment les outils. Pour les vibrations, c'est le syndrome de Raynaud provoqué par des vibrations intenses qui est particulièrement en cause. Il ne faut toutefois pas oublier les coups et les impacts (Baillargeon et Patry, 2002).

En ce qui concerne les facteurs environnementaux, il est surtout question des milieux de travail froids (Baillargeon et Patry, 2002).

Par rapport aux facteurs organisationnels, à partir des années 90, les nouvelles formes d'organisation du travail (NFOT) sont souvent mises en cause dans la montée récente des TMS chez les travailleurs (Pérusse, 2004 : 210). Ainsi, parmi les NFOT les plus associées à l'apparition des TMS, notons le « juste à temps », le « flux tendu » ainsi que la « dépendance

organisationnelle<sup>1</sup> » (Aublet-Cuvelier, 2006; Cail et Aptel, 2006; Bourgeois et autres, 2000). Ceci étant dit, dès les débuts de la Révolution industrielle, certaines formes d'organisation du travail, notamment la parcellisation des tâches et les cadences élevées, étaient également considérées, et le sont toujours d'ailleurs, comme étant des facteurs de risque susceptibles d'engendrer des TMS.

Pour ce qui est des facteurs psychosociaux, plus les connaissances avancent, plus les indices pointent dans le rôle déterminant de ce type de risque (NIOSH, 1997). Les modèles les plus connus sont bien évidemment le modèle de Karasek qui met en cause la latitude décisionnelle, la demande psychologique et le soutien social ainsi que le modèle d' « efforts-reconnaissance » de Siegrist (Aublet-Cuvelier, 2006; Cail et Aptel, 2006; Lapointe, 2008).

D'ailleurs, il est intéressant de noter que les facteurs psychosociaux ont été reconnus par la Commission des lésions professionnelles (CLP) dans un jugement portant sur l'entreprise Métro-Richelieu inc. en 2009 par la juge Marie Beaudoin. En effet, pour porter son jugement, cette dernière s'est basée sur le témoignage d'une ergonome et inspectrice à la CSST, madame Guylaine Poulin. Ce témoignage a été approuvé sans hésitation (CLP, 2009) autant par l'ergonome expert de l'employeur que par l'ergonome expert du syndicat. En somme, les préparateurs de Métro-Richelieu sont soumis à une forte demande psychologique et ont peu de latitude décisionnelle par rapport au système de commandes vocales Vocollect. Ils reçoivent également très peu de reconnaissance du fait que l'employeur ne remarque leur travail que lorsqu'ils ne remplissent pas les quotas exigés. Cette reconnaissance des facteurs psychosociaux par la CLP (et non plus seulement par la communauté scientifique) pourrait donc devenir un levier pour les préventionnistes.

*(Aptel, Aublet-Cuvelier et Cnockaert, 2002 – citant Kumar, 2001)  
« Kumar [16] indique que "suite aux progrès des sciences, des technologies et à l'industrialisation, les contraintes physiques professionnelles ont largement changé. L'appareil locomoteur n'a pas été prévu pour l'usage qui en est fait maintenant. De fait, les efforts, la répétitivité des actions ou le maintien prolongé de postures sollicitent l'appareil locomoteur de manière tout à fait inadéquate." »*

## Facteurs physiques

*(Baillargeon et Patry, 2002)  
« Les pressions mécaniques subies par les tissus mous résultent d'un contact plus ou moins prolongé avec un objet dur. Par exemple, l'utilisation d'outils, le transport d'objets durs sur l'épaule ou l'appui prolongé sur les coudes ou les genoux en sont quelques exemples. [...] Les vibrations sont produites par les outils à moteur, surtout les outils pneumatiques ou électriques, telles les meules et les polisseuses. Ces vibrations segmentaires sont transmises aux mains et aux membres supérieurs d'autant plus que la force de préhension sur l'outil est importante. [...] Les chocs ou les impacts, tels ceux subis par la main lorsqu'elle est utilisée comme outil, peuvent accroître le risque de certains troubles vasculaires (syndrome hypothénarien). »*

<sup>1</sup> Les méthodes du « juste à temps » et du « flux tendu », consistent, sommairement, à démarrer la production d'un bien ou d'un service au moment même où le consommateur désire l'acquérir, ce qui diminue fortement les stocks et les « en cours ». Sous le terme « dépendance organisationnelle » sont regroupés plusieurs modèles, dont celui de la demande psychologique de Karasek et celui du déséquilibre efforts/récompenses de Siegrist.

## Facteurs environnementaux

(Baillargeon et Patry, 2002)

« Le travail au froid (ambiance froide, manipulation de produits froids) peut augmenter la charge musculo-squelettique en affectant la dextérité manuelle, la perception tactile et l'effort de préhension, soit directement, soit par l'utilisation de gants de protection. »

## Facteurs organisationnels

(Baillargeon et Patry, 2002, citant Bourgeois et autres, 2000)

« Les modes d'organisation ont une influence importante sur l'activité de travail, car ils déterminent les conditions de réalisation des tâches à accomplir. Certains modes de production sont de plus en plus considérés comme présentant des risques pour la santé des travailleurs et ont été associés à l'apparition ou à la recrudescence de TMS en milieu de travail. Les exigences de rapidité, de précision et de qualité ont augmenté dans presque tous les secteurs d'activité économiques. Ceci amène une intensification du travail qui se traduit fréquemment par une diminution du temps dont dispose le travailleur pour faire les différentes opérations de sa tâche. »

(Cail et Aptel, 2006)

« Cela confirme l'hypothèse formulée par Smith (1997) qui considère que le stress engendré par une mauvaise organisation du travail et une perception négative des facteurs psychosociaux puisse avoir une influence majeure sur le développement et la gravité des TMS de l'extrémité du membre supérieur. »

## Facteurs psychosociaux

(NIOSH, 1997)

"While the etiologic mechanisms are poorly understood, there is increasing evidence that psychosocial factors related to the job and work environment play a role in the development of work-related musculoskeletal disorders (MSDs) of the upper extremity and back. Though the findings of the studies reviewed are not entirely consistent, they suggest that perceptions of intensified workload, monotonous work, limited job control, low job clarity, and low social support are associated with various work-related musculoskeletal disorders."

(CLP, 2009)

« [187] La Commission des lésions professionnelles prend note également que madame Poulin fait mention dans son rapport de facteurs de risque psychosociaux importants. Comme son rapport a été déposé à l'audience et que les deux ergonomes qui sont venus témoigner l'ont approuvé sans hésitation, le tribunal retient ses commentaires sur cet aspect des facteurs de risque de troubles musculo-squelettiques. »

(Baillargeon et Patry, 2002)

« Une contrainte psychosociale considérée comme un facteur de risque est le manque de satisfaction au travail. Celle-ci est caractérisée par la perception subjective de surcharge et de monotonie, par la qualité des relations avec les collègues et par l'état des relations de travail. Ces contraintes peuvent être influencées par les modèles organisationnels. Quoiqu'elles ont été associées à l'apparition de TMS en milieu de travail, leur importance reste à préciser. »

(Cail et Aptel, 2006)

« Des facteurs psychosociaux du travail négatifs pour l'opérateur sont associés aux TMS-MS. Ces facteurs sont nombreux et peuvent exercer un effet par le biais du stress sur tout le membre supérieur, notamment au cou et aux épaules. En matière de prévention, l'amélioration du contexte de travail peut donc contribuer efficacement à la prévention des TMS-MS. »

### 1.3 Ce genre de lésion serait-il plus souvent lié à une activité personnelle?

Dans la littérature, on mentionne que l'apparition d'un cas de TMS dans une entreprise peut être annonciateur d'une série d'autres, voire, selon certains, être le signe précurseur d'une épidémie (Bourgeois et autres, 2000). Quoi qu'il en soit, si rien n'est fait après un premier cas, il y a de fortes chances que d'autres cas surviennent assez rapidement (Franchi, 1997). De plus, plusieurs études épidémiologiques ont été menées au cours des années afin de cerner plus avant les sources possibles des TMS. La conclusion qui se dégage de ces études est que les facteurs de risque professionnels sont bien plus en cause que les facteurs non professionnels (Aptel, Aublet-Cuvelier et Cnockaert, 2002; NIOSH, 1997).

(Aptel, Aublet-Cuvelier et Cnockaert, 2002)  
« L'état des connaissances actuelles permet donc d'affirmer que la part du risque de TMS-MS en milieu professionnel attribuable aux facteurs de risque extra-professionnels est faible par rapport aux facteurs professionnels. »

(Aptel, Aublet-Cuvelier et Cnockaert, 2002)  
« De nombreuses études épidémiologiques ont été menées au cours des vingt dernières années et contribuent à la mise en évidence de relations de causalité entre l'exposition à des facteurs de risque professionnels et la survenue des TMS-MS. »

(NIOSH, 1997)  
"A substantial body of credible epidemiologic research provides strong evidence of an association between MSDs and certain work-related physical factors when there are high levels of exposure and especially in combination with exposure to more than one physical factor (e.g., repetitive lifting of heavy objects in extreme or awkward postures [Table 1])."

#### 1.3.1 Lésions liées à une activité personnelle

Tout de même, certains problèmes hormonaux peuvent être la cause de TMS. Il s'agit d'un des facteurs de risque des TMS : les facteurs personnels. Par exemple, selon Lapointe (2008),

« Les femmes enceintes auraient également un risque accru de développer des TMS. Comme mentionné dans la revue de la littérature de Borg-Stein et coll., 2005, sur les aspects musculo-squelettiques de la grossesse [134], presque toutes les femmes enceintes expérimentent des inconforts musculo-squelettiques et pour 25 % d'entre elles ces TMS entraîneront des conséquences sur leur fonctionnement dans leurs activités. Les aspects biomécaniques (lordose du dos) et hormonaux (œdème aux membres supérieurs) de la grossesse peuvent avoir un impact sur la susceptibilité de ces femmes aux facteurs de risque posturaux du travail au poste informatique. »

Par ailleurs, les femmes sont généralement considérées comme étant plus à risque que les hommes en matière de prévalence des TMS. En fait, si les études en arrivent à corrélérer le genre et la pathologie, la relation causale n'est, par contre, pas évidente à faire. Ainsi, le fait de travailler avec des outils non adaptés à leur morphologie, le type de travail qu'elles occupent, le fait d'avoir une double tâche, donc moins de temps de récupération, semble plus en cause que

le fait d'être une femme en tant que tel (Malchaire et autres, 2001; Roquelaure et autres, 2009; Aptel, Aublet-Cuvelier et Cnockaert, 2002). En fait, une fois les facteurs professionnels pris en compte, le sexe apparaît moins important que les autres types de facteurs (Baillargeon et Patry, 2002).

*(Roquelaure et autres, 2009)*

*"As reported in some studies undertaken in working populations (1, 2, 14, 16, 23, 24), women have a higher risk of upper-extremity musculoskeletal disorders than men, but the study failed to quantify this association because of the occurrence of an interaction between sex and physical demand of the task in the final multivariate model. Except for age and prior history of upper-extremity musculoskeletal disorders, the risk factors for upper-extremity musculoskeletal disorders differed between men and women. The sex difference could be due to physiologic differences (e.g., body size and hormonal conditions), differences in exposure to constraints at work (1, 2) or at home and, less probably, in reporting work exposure (16, 23). It could also reflect differences in the relative weights of the disorders under study, since more women had carpal tunnel syndrome than men, while more men had lateral epicondylitis."*

*(Baillargeon et Patry, 2002)*

*« Lorsque les facteurs professionnels étaient pris en compte, plusieurs études ont montré qu'il n'y avait pas de différence importante entre les hommes et les femmes atteints, y compris pour le syndrome du canal carpien lié au travail. »*

*(Aptel, Aublet-Cuvelier et Cnockaert, 2002)*

*« Les facteurs de risque extra-professionnels concernent des facteurs personnels tels que l'âge, le genre, l'anthropométrie et des facteurs relatifs à l'habitus tels que les activités domestiques, la consommation de tabac ou les loisirs, incluant la pratique sportive. Des données statistiques parcellaires et parfois contradictoires sont disponibles concernant les relations entre ces facteurs et le risque de TMS-MS. À titre d'exemple, de nombreuses études ont conclu à une prévalence plus élevée de TMS-MS dans la population féminine que dans la population masculine [13]. Toutefois, là encore, des facteurs de confusion potentiels sont à prendre en compte dans l'analyse des résultats. En effet, des emplois différents sont proposés aux hommes et aux femmes. Ainsi, les emplois impliquant un travail manuel répétitif, nécessitant une grande précision gestuelle sont plus souvent attribués aux femmes qu'aux hommes, car considérés comme moins exigeants en matière de capacité physique. Par ailleurs, les activités domestiques sont encore majoritairement dévolues aux femmes dont le temps de récupération fonctionnelle en dehors du travail est ainsi réduit. De plus, le dimensionnement des postes de travail fait souvent référence à des normes anthropométriques relatives au sexe masculin et s'avère ainsi inadapté pour les femmes [13]. Enfin, des différences biologiques existent entre hommes et femmes. Ainsi, la force musculaire moyenne des femmes est inférieure à celle des hommes et les rend plus vulnérables par rapport aux contraintes physiques. »*

Enfin, si certains argumentent parfois que les loisirs personnels sont à la source des TMS et non les facteurs de risque reliés au travail, selon Lapointe (2008),

*« (...) les évidences concernant les autres habitudes de vie tendent fortement vers une non-association avec les TMS. Ainsi, la consommation d'alcool [55, 60, 106], l'activité physique ou la relaxation [36, 44, 47, 55, 60, 103, 116, 119, 133], l'indice de masse corporelle (IMC) [36, 38, 44, 47, 54, 75, 103, 106, 116, 119, 133] et les hobbies [38, 75] ne sont pas associés avec les TMS au cou, aux épaules, au bas du dos et aux membres supérieurs. Malchaire et coll., 2001 [75] ont même suggéré que la quantité d'évidences actuelles est assez*

grande pour que l'IMC et les hobbies ne fassent plus partie des facteurs de risque étudiés dans la problématique des TMS. »

(Baillargeon et Patry, 2002)

« La capacité de faire un travail varie selon le sexe, l'âge, entre chaque travailleur et pour un même travailleur à divers moments de la vie. Certaines caractéristiques des travailleurs, qu'on appelle également facteurs intrinsèques, peuvent donc influencer l'apparition des TMS. On pense que ces facteurs intrinsèques pourraient augmenter la susceptibilité individuelle ou la prédisposition des travailleurs au développement de TMS ou encore que l'exposition à des facteurs de risque au travail pourrait déclencher plus rapidement des symptômes d'un problème sous-jacent. Les facteurs intrinsèques peuvent également diminuer la prédisposition des travailleurs, les rendant plus résistants (effet tampon salutaire). La relation entre ces facteurs et le risque de lésions pour le travailleur est complexe et n'est pas entièrement comprise (Bernard, B.P., 1997; Kuorinka, I. et al., 1995).

La présence de caractéristiques individuelles ou d'états de santé particuliers ne diminue pas l'importance de la contribution des facteurs de risque au travail. Dépendant de l'intensité, de la fréquence et de la durée des expositions au travail, les facteurs intrinsèques contribuent pour une part plus ou moins grande à la genèse de la lésion (voir section 4 — Mécanismes physiopathologiques de la blessure). Une revue récente des facteurs associés aux TMS dans les études épidémiologiques a montré que les caractéristiques individuelles, les facteurs non professionnels ainsi que l'histoire médicale étaient moins associés aux TMS que les facteurs biomécaniques et organisationnels (Malchaire, J. et al., 2001; Bernard, B.P., 1997; Kuorinka, I. et al., 1995). »

#### 1.4 Quel est le pourcentage de travailleurs touchés par les troubles musculosquelettiques relativement à la population en général?

Les TMS touchent, au Québec, entre 33 500 (Comeau, 2009) et 45 000 (Lapointe, 2008) travailleurs par année, selon les études. Selon le pourcentage, en 1986, 30 % des lésions indemnisées par la CSST étaient des TMS (Lapointe, 2008). Entre 2000 et 2002, la CSST a indemnisé 113 000 lésions professionnelles en moyenne par année, dont 38 % étaient des TMS, ce qui correspondait à 40 % des jours indemnisés et à 36 % des sommes déboursées (Aptel et St-Vincent, 2008). En 2004, les chiffres sont restés stables puisqu'encore une fois, 38 % des lésions totales étaient des TMS (Perreault et autres, 2008). De plus, la gravité des TMS semble en croissance ces dernières années. En effet, les jours d'indemnisation sont passés de 48,1 à 53,5 entre 2000 et 2003 (Durand et autres, 2007). Comme nous l'avons déjà mentionné, les TMS représentent la cause principale d'incapacité dans la population québécoise (Delisle et autres, 2008; Stock et autres, 2005).

(Comeau, 2009)

« Selon la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) du Québec, les TMS toucheraient près de 33 500 travailleurs par année. »

(Lapointe, 2008)

« Chaque année au Québec, les TMS touchent 45 000 travailleurs (...) En 1986 au Québec, les TMS représentaient 30 % des indemnisations professionnelles compensées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec (CSST) [3]; en 2002, ce pourcentage s'élevait à 59 % chez les femmes et à 53 % chez les hommes [4]. »

(Aptel et St-Vincent, 2008)

« En 2000-2002, on dénombre, en moyenne, 113 000 lésions professionnelles indemnifiées par la CSST. De ce nombre, 38 % sont des TMS qui expliquent 40 % des jours indemnifiés et 36 % des débours, soit 252 875 590 \$. Il s'agit là du montant annuel qu'on obtient quand on ne considère que les nouveaux cas survenus en 2000-2002. En l'an 2000, quand on considère l'ensemble des cas présents dans cette année, même les cas qui sont indemnifiés depuis plusieurs années, ce n'est pas moins de 500 millions de dollars qui ont été consacrés à l'indemnification des travailleurs souffrant de TMS et cela représente plus de 40 % des coûts d'indemnification des lésions professionnelles. »

(Perreault et autres, 2008)

"In 2004 musculoskeletal disorders accounted for 38% of work-related problems compensated by the Quebec Workers' Compensation Board (CSST)."

(Durand et autres, 2007)

« Si le nombre de cas a diminué de 35 702 en 2000 à 32 404, leur gravité semble s'accroître avec un nombre moyen de jours d'indemnification passant de 48,1 jours à 53,5 jours et un montant d'indemnification moyen de 2 408 à 2 989 \$. »

(Delisle et autres, 2008)

« Selon l'Enquête sociale et de santé de 1998 (Institut de la statistique du Québec, 2001), les problèmes touchant le système musculo-squelettique constituent la principale cause d'incapacité chez la population québécoise. »

(Stock et autres, 2005)

« L'Enquête québécoise sociale et de santé de 1998 a montré que ces lésions sont la cause principale d'incapacité dans la population québécoise. »

---

## Bibliographie de la section 1

- APTEL, M., A. AUBLET-CUVELIER et J.-C. CNOCKAERT. 2002. « Les troubles musculosquelettiques du membre supérieur liés au travail », *Revue du Rhumatisme*, vol. 69, n° 12, p. 1181 à 1190.
- APTEL, M. et M. ST-VINCENT. 2008. *Ampleur des TMS en Europe et au Québec*, Montréal, IRSST, 12 p.
- BAILLARGEON, M. et L. PATRY. 2002. *Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur reliés au travail : définitions, anatomie fonctionnelle, mécanismes physiopathologiques et facteurs de risque*, Montréal, Clinique interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale, Direction de santé publique de Montréal-Centre, 69 p.
- BOURGEOIS, F. et autres. 2000. *Troubles musculosquelettiques et travail : Quand la santé interroge l'organisation*, Lyon, Éditions ANACT, 252 p.
- COMEAU, M. 2009. *L'appropriation de l'offre de service portant sur les troubles musculosquelettiques par les équipes de santé au travail des CSSS de la région de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 44 p.

- Commission des lésions professionnelles (CLP). 2009. *Métro-Richelieu inc. et Boily*, Québec, la Commission, 55 p.  
<http://www.jugements.gc.ca/php/decision.php?liste=44760100&doc=824BAD620E91D116EB8D51DC038AF09DC2E82AC0841387B9E8BA248A4BEF1799>.
- DANIELLOU, F. et autres. 2008. *La prévention durable des TMS, Quels freins? Quels leviers d'action?*, Lyon, Éditions ANACT, 180 p.
- DELISLE, A. et autres. 2008. *Troubles musculo-squelettiques et bureautiques : Suivi de l'impact des modifications du mobilier de bureau sur la posture et la sollicitation musculaire du membre supérieur*, Montréal, IRSST, 99 p.
- FRANCHI, P. 1997. *Agir sur les maladies professionnelles : l'exemple des troubles musculosquelettiques (TMS)*, Lyon, Éditions ANACT et Éditions liaisons, 61 p.
- LAPOINTE, J. 2008. *Effet d'interaction entre les facteurs de risque posturaux et psychosociaux de l'environnement de travail sur la survenue des symptômes musculosquelettiques chez les utilisateurs de poste informatique*, Mémoire de maîtrise, Québec, Université Laval, 172 p., (collection Mémoires et thèses électroniques), <http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/fichiers/25661/25661.html>.
- MALCHAIRE, J., N. COCK et S. VERGRACHT. 2001. « Review of the factors associated with musculoskeletal problems in epidemiological studies », *International Archives of Occupational and Environmental Health*, vol. 74, n° 2, pp. 79-90.
- NATIONAL INSTITUTE FOR OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH (NIOSH). 1997. *Musculoskeletal disorders and workplace factors. A critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity and low back*, Cincinnati, NIOSH, 590 p.
- PÉRUSSE, M. « La santé et la sécurité du travail ». Dans BOIVIN, J. (dir.). *Introduction aux relations industrielles*. Montréal : Gaëtan Morin Éditeur, pp. 193-216.
- ROQUELAURE, Y. et autres. 2009. « Risk Factors for Upper-Extremity Musculoskeletal Disorders in the Working Population », *Arthritis & Rheumatism*, vol. 61, n° 10, pp. 1425-1434.
- SLUITER, J.-K., K.-M. REST et M.-H.-W. FRINGS-DRESEN. 2001. « Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders », *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, vol. 27, suppl. 1, pp. 1-102.
- STOCK, S. et autres 2005. *La prévention des troubles musculosquelettiques liés au travail : Réflexion sur le rôle du réseau de santé publique et orientations proposées pour la santé au travail*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, Agence de développement des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, 27 p.
- STOCK, S. et autres. 2003. « Can 1998 Quebec Health Survey data help us estimate underreporting of Workers' Compensation lost-time claims for musculoskeletal disorders of the neck, back and upper extremity? », *Book of Abstracts: Canadian Association for Research on Work and Health (CARWH)*, Deuxième congrès annuel de la Canadian Association for Research on Work and Health, Montréal, 25 et 26 octobre 2003, CARWH, p. 68.

## 2 La question des travailleurs qui profiteraient du système

La fraude existe envers la CSST comme envers d'autres organisations. Il y a d'ailleurs plusieurs cas de fraude qui ont fait la manchette dans les journaux depuis les dernières années, ou encore des enquêteurs privés qui racontent aux médias leurs « exploits » de démantèlement de fraudeurs (Denoncourt, 2003). À en croire ce que l'on entend généralement, tout le monde connaît quelqu'un qui fraude la CSST. Par contre, combien seraient réellement capables de donner un nom, un fait concret ou une preuve de cette fraude?

Il faut savoir aussi qu'au Québec, la CSST effectue de la surveillance sur les travailleurs qu'elle soupçonne de frauder le système. Il s'agit entre autres du cas du travailleur accidenté qui travaille « au noir » alors qu'il a été déclaré être en état d'incapacité totale, ou encore qui reçoit d'autres types d'indemnités. Les preuves qui peuvent être obtenues sont alors utilisées devant les tribunaux administratifs ou d'arbitrage ou simplement comme outil de négociation auprès du travailleur afin d'obtenir une entente négociée (Lippel, 2005).

Quoi qu'il en soit, la surveillance vidéo et la filature restent des phénomènes marginaux. En 2004, la CSST a fait enquête dans seulement 0,17 % des dossiers qu'elle soupçonnait de fraude, selon Pierre Cyr, directeur régional de la CSST à Québec (Samson, 2006). Il y a eu, en 1998, 1 683 dossiers de fraude, 813 en 2000 et 920 en 2001 (Lippel, 2005). En 1996, il y a eu environ 750 cas de filatures par la CSST (Breton, 2000; Venne, 1998). Le coût total de la facture pour la CSST : 1,5 million de dollars par année (Venne, 1998).

Dans 35 % des cas de surveillance, la preuve n'est pas suffisante pour être utilisée en cour (Lippel, 2005). Dans les 65 % des cas restants, la preuve recueillie n'est pas toujours suffisante pour cesser les indemnités ou incriminer la personne (Breton, 2000).

En tout et pour tout, on estime à 3 % le nombre d'individus qui fraudent la CSST (Lacroix, 2002), toutes les lésions confondues.

(Lippel, 2008)

« D'une part, le taux de reconnaissance des maladies professionnelles est plus bas que le taux de reconnaissance des accidents du travail; ainsi en 2006 la C.S.S.T. a accepté 117 547 réclamations à la suite d'un accident du travail, alors qu'il y a eu 132 264 demandes d'indemnisation pour un accident, ce qui fait un taux d'acceptation de 89 %; dans la même année, elle a accepté 4 541 réclamations pour maladies professionnelles sur un total de 9 528 demandes, pour un taux d'acceptation de 48 % (C.S.S.T. 2007a); d'autre part, les TMS sont connus pour être l'objet d'une sous-déclaration importante. »

Au-delà du discours officiel, les commissions de santé et de sécurité de différentes provinces brandissent la menace de la filature afin d'inciter les travailleurs qui reçoivent des indemnités à se tenir tranquilles. Les personnes indemnisées ne doivent pas se sentir trop bien, voire trouver l'expérience la plus désagréable possible afin de diminuer à terme le nombre de réclamations. Pourtant, il est bien reconnu dans la littérature que la sous-déclaration est de loin plus importante que les cas de fraude (Lippel, 2005). Parmi tous les types de lésions confondus,

seulement 40 % des personnes qui auraient droit aux indemnités font une réclamation au Canada (Gravel et autres, 2006).

(Lippel, 2008)

« Depuis l'adoption de la L.A.T.M.P., on constate un accroissement du nombre de réclamations pour les TMS mais aussi une croissance importante du nombre de contestations de ces réclamations par les employeurs. »

(Gravel et autres, 2006)

« Tant aux États-Unis qu'au Canada, il n'y a qu'une faible proportion des travailleurs en droit de réclamer qui le font. Cette proportion varie selon le type de lésion et les causes associées. Dans l'étude de Biddle et al. (1998) auprès de 30 000 travailleurs du Michigan ayant consulté pour une lésion professionnelle, 45 % ont fait une réclamation. De ce même échantillon, seulement 25 % des 1 598 souffrant d'une lésion musculo-squelettique ont fait une réclamation (Rosenman et al., 2000). Si la lésion est causée par des traumatismes à répétition, le taux de réclamation est encore plus bas, atteignant à peine 10 % selon Morse et al. (1998). Certains diagnostics sont mieux indemnisés que d'autres : une tendinite sera plus fréquemment indemnisée qu'une réclamation pour un syndrome du canal carpien (Yassi et al., 1996). Au Canada, le taux de sous-déclaration est semblable. L'étude de Shannon et al. (2002), réalisée auprès de 2 500 personnes provenant de plusieurs provinces, constate que 11 % des travailleurs salariés ont déclaré avoir été victimes d'une lésion professionnelle au cours de la dernière année et, des 255 travailleurs admissibles à des indemnités, seulement 40 % ont fait une réclamation, et ce, sans égard aux types de lésion. »

La plupart des auteurs s'entendent pour affirmer qu'il y a effectivement sous-déclaration en matière de santé et sécurité au travail en général, et particulièrement en ce qui concerne les TMS. Ainsi, les données disponibles à la CSST sont généralement considérées comme bien en deçà de la réalité (Stock et autres, 2003; Stock et autres, 2005; Bourgeois et autres, 2000; Aptel et St-Vincent, 2008; Daniellou et autres, 2008). Ce phénomène est d'ailleurs encore plus flagrant dans les petites entreprises que dans les grandes (Bourgeois et autres, 2000).

(Stock et autres, 2005)

« Les données des fichiers des lésions professionnelles de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) montrent également l'importance de la problématique des TMS, et ce, même si les données d'indemnisation sous-estiment la prévalence totale (Stock et al., 2003; Shannon et Lowe, 2002; Morse et al., 2001; Rosenman et al., 2000; Biddle et al., 1998). »

(Stock et autres, 2003)

"These results suggest that Quebec compensation rates substantially underestimate the true incidence of work-absence due to MSD and that under-reporting appears to be higher among women."

(Aptel et St-Vincent, 2008)

« Les données d'indemnisation concernent un plus petit nombre de personnes; elles présentent donc un portrait tronqué de la situation. Il faut les voir comme la pointe de l'iceberg. »

(Daniellou et autres, 2008)

« Cependant la sous-déclaration observée reste importante compte tenu du nombre de plaintes constatées. »

L'un des éléments qui contribuent à alimenter la perception que les travailleurs profitent du système, qu'ils n'ont pas réellement de problèmes de dos ou autres, c'est qu'il est parfois difficile de diagnostiquer les TMS de façon précise. En effet, il faut souvent s'en remettre aux questionnaires autoadministrés et aux symptômes autorapportés (Lapointe, 2008), d'où la perception que ce n'est pas « objectif ». Par contre, certaines études ont démontré que, dans les cas où les tests médicaux dits « classiques » sont possibles, il ne semble pas y avoir de discordance majeure avec les questionnaires autoadministrés. Les deux types d'examens seraient donc aussi valables l'un que l'autre (Perreault et autres, 2008).

De plus, plusieurs questionnaires et outils d'autodiagnostic ont été développés avec le temps et sont aujourd'hui validés par la littérature. Parmi les plus connus, notons le *Quick Exposure Check* (QEC) (le questionnaire nordique) qui consiste en une démarche simple de prévention ou encore l'outil WISHA<sup>2</sup>. De plus, les outils de diagnostic destinés aux médecins se sont aussi grandement améliorés avec les années, notamment grâce au travail du docteur Louis Patry (Baillargeon et Patry, 2002). Les TMS sont aujourd'hui suffisamment connus, et reconnus, pour que les professionnels de la santé soient bien informés. La CSST ou l'employeur ont aussi la possibilité de contester la décision du médecin traitant et de demander une contre-expertise. C'est d'ailleurs une pratique fréquente en matière de TMS.

(Lapointe, 2008)

« Un point sur lequel les experts s'accordent est que, puisque la majorité des TMS ne peuvent pas être diagnostiqués à l'aide d'équipement médical [27, 28], les symptômes autorapportés sont utiles et pertinents dans la détection des TMS [29-32]. Parmi les questionnaires de mesures autorapportées des TMS, le questionnaire de type "nordique" [33] est, depuis sa publication en 1987, le plus utilisé [5]. Ce questionnaire permet d'évaluer les TMS situés au cou et aux épaules, au bas du dos et aux membres supérieurs. Ce questionnaire inclut également des items concernant les limitations fonctionnelles résultant des TMS. »

(Perreault et autres, 2008)

"In conclusion, the results of this study show that the agreement between a questionnaire on musculoskeletal disorders for the neck-shoulder region and a physical examination is fair to good. Inclusion of items related to functional limitations in questionnaires appears to be of limited value to improve the agreement. It is the physical examination definition that included pain manifestations that offered the best agreement with the questionnaire. A shorter time interval between the administrations of the two tests also yields a better agreement."

<sup>2</sup> WISHA est l'acronyme pour le *Washington Industrial Safety and Health Act* de l'État de Washington aux États-Unis. Cet outil mesure plus particulièrement les postures contraignantes vécues au travail.

---

## Bibliographie de la section 2

- BAILLARGEON, M. et L. PATRY. 2002. *Les troubles musculo-squelettiques du membre supérieur reliés au travail : définitions, anatomie fonctionnelle, mécanismes physiopathologiques et facteurs de risque*, Montréal, Clinique interuniversitaire de santé au travail et de santé environnementale, Direction de santé publique de Montréal-Centre, 69 p.
- BRETON, B. 2000. « L'espionnage des accidentés », *Le Soleil*, Opinions, vendredi 7 juillet 2000, p. A14.
- DENONCOURT, F. 2003. « La filature, sport national : surprise, sur prise », *Voir*, 8 mai 2003, <http://voir.ca/societe/2003/05/07/la-filature-sport-national-surprise-sur-prise/>.
- GRAVEL, S. et autres. 2006. « Critères pour apprécier les difficultés d'accès à l'indemnisation des travailleurs immigrants victimes de lésions professionnelles », *Pistes*, vol. 8, n° 2, 15 p.
- LACROIX, L. 2002. « Malade de bureaucratie », *La Presse*, Santé, dimanche 27 janvier 2002, p. C1.
- LAPOINTE, J. 2008. *Effet d'interaction entre les facteurs de risque posturaux et psychosociaux de l'environnement de travail sur la survenue des symptômes musculosquelettiques chez les utilisateurs de poste informatique*, Mémoire de maîtrise, Québec, Université Laval, 172 p., (collection Mémoires et thèses électroniques), <http://archimede.bibl.ulaval.ca/archimede/fichiers/25661/25661.html>.
- LIPPEL, K. 2008. « Le regard du droit québécois sur les troubles musculo-squelettiques : indemnisation et prévention », Deuxième congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques : de la recherche à l'action, Montréal, 18 et 19 juin 2008, 14 p.
- LIPPEL, K. 2005. « Les enjeux juridiques et sociaux du recours aux enquêteurs privés pour surveiller les victimes de lésions professionnelles », *Revue canadienne de criminologie et de justice pénale*, vol. 47, n° 1, p. 127 à 173.
- PERREAULT, N. et autres. 2008. « Agreement between a self-administered questionnaire on musculoskeletal disorders of the neck-shoulder region and a physical examination », *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 9, n° 34, 9 p.
- SAMSON, C. 2006. « Rares fraudeurs », *Le Soleil*, Actualités, mercredi 4 janvier 2006, p. A11.
- VENNE, M. 1998. « Filatures indécentes », *Le Devoir*, Éditorial, vendredi 13 mars 1998, p. A10.

### **3 La question du volet légal par rapport au volet social**

#### **3.1 Qu'advient-il lorsque l'employeur nie la présence de troubles musculosquelettiques dans son entreprise?**

Il peut arriver qu'aucun TMS n'ait été déclaré dans une entreprise, ce qui ne veut pas dire qu'il n'y a aucun danger ou facteur de risque présent dans l'entreprise. Comme il a été mentionné précédemment, les TMS sont d'origines non spécifiques et multifactorielles. Il y a donc généralement une combinaison de facteurs qui vont entrer en ligne de compte. L'idée générale est de ne pas attendre que des problèmes surviennent, mais de les prévenir à la source, comme stipulé à l'article 2 de la Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST). De la même manière, deux entreprises similaires peuvent avoir un dossier de lésions déclarées très différent en matière de TMS. Une telle différence dépend de la façon dont le travail est organisé dans chacune de celles-ci; il n'y a pas de règle uniforme à ce propos. Des conditions et des facteurs de risque sont aussi reconnus comme favorisant l'apparition des TMS, ce n'est cependant pas toujours simple de les trouver.

De même, des travailleurs peuvent avoir certains symptômes sans que la maladie ne soit encore diagnostiquée. Les TMS se développent généralement lentement, suivant un schéma en trois étapes. En premier lieu, certains travailleurs vont commencer à éprouver des inconforts durant leur quart de travail. Ces inconforts vont par contre disparaître à la fin de la journée. De ce fait, il est rare que les personnes atteintes aillent consulter à ce moment ou même relient les inconforts à l'activité de travail. Dans un deuxième temps, les malaises vont perdurer de plus en plus longtemps, se poursuivant jusqu'au soir, à la maison. Les activités de travail seront de plus en plus difficiles de même que les activités hors travail. Parfois, les travailleurs vont adopter des stratégies (mauvaises postures, prise de médicaments, etc.) pour compenser les malaises. Ces stratégies peuvent elles-mêmes générer de nouveaux problèmes. Si rien n'est fait, les malaises pourront aller jusqu'à perturber le sommeil des personnes. La dernière étape est l'arrêt de travail. La personne ne peut tout simplement plus réaliser ses activités courantes, autant au travail qu'à la maison. Elle va alors déclarer sa « maladie » à son employeur, à la CSST ou encore à son médecin. Dans ce dernier cas, ce seront alors les assurances privées qui traiteront le dossier. Parfois, il est trop tard pour intervenir et il y a un risque d'atteintes permanentes (Simoneau, St-Vincent et Chicoine, 1996).

##### **3.1.1 Évaluation des risques et de leur gravité potentielle**

La meilleure stratégie à adopter, autant pour prouver sa diligence raisonnable (voir 3.2.2.) dans un contexte légal que pour contrôler le risque à la source, est de mettre en œuvre une démarche de prévention. Pour ce faire, plusieurs outils sont proposés par la CSST, notamment « Une démarche simple de prévention » et le « Guide de prévention en milieu de travail à l'intention de la petite et de la moyenne entreprise ». L'un comme l'autre de ces outils propose une démarche en trois temps : cerner, corriger et contrôler. Pour la première étape, il s'agit de faire le tour de ses postes de travail et de noter ceux qui sont à risque de présenter des problèmes. Il est également possible de consulter le registre des accidents pour repérer certains

postes plus problématiques que d'autres. Les postes les plus à risque devraient alors être priorités par rapport aux autres.

Dans tous les cas, les travailleurs doivent être intégrés au processus. Cette idée de prise en charge par le milieu est souvent perçue comme l'une des conditions essentielles à la réussite d'une intervention en prévention (Brun, Biron et St-Hilaire, 2009). Il s'agit, en outre, de l'une des rares variables à être constamment associée à de bas indices d'accidents du travail dans les entreprises. Les autres variables sont la délégation des activités en santé et sécurité du travail (SST) le long de la chaîne hiérarchique ainsi que l'engagement de la direction (Shannon, Mayr et Haines, 1997).

### **3.2 Est-ce exact d'affirmer que la santé et la sécurité au travail, c'est la responsabilité de l'employeur?**

Selon la LSST, qui a pour but d'éliminer le danger à la source (art. 2), les employeurs et les travailleurs ont plusieurs obligations en matière de santé et de sécurité au travail. Les travailleurs en ont six. Ils doivent entre autres protéger leur propre santé et sécurité et ne pas mettre celle de leurs collègues en danger. Ils doivent également participer aux activités de prévention de l'employeur (art. 49). Les employeurs, pour leur part, en ont quinze (art. 51). Nommément, ils doivent « prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique du travailleur ».

On distingue ainsi quatre grandes catégories d'obligations : l'organisation matérielle, c'est-à-dire que l'employeur doit fournir les équipements de protection individuelle et rendre les espaces et équipements sécuritaires; la formation et l'information, notamment pour informer les travailleurs des dangers potentiels inhérents à leur travail et les former aux techniques de travail sécuritaires; l'organisation fonctionnelle pour établir des procédures et superviser les travailleurs; et la collaboration afin de travailler avec le comité de santé et sécurité du travail (CPSST, 2004).

#### **3.2.1 Responsabilité légale**

Autant les employeurs que les travailleurs sont passibles de sanctions s'ils ne respectent pas leurs obligations. Ces sanctions sont prévues aux articles 236 et 237 de la LSST (CPSST, 2004). Pour l'employeur, il s'agit d'amendes pour les personnes physiques ou morales qui contreviennent aux règlements ou qui refusent de se conformer à la Loi. Les montants varient pour des personnes physiques, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2011, entre 600 \$ et 1 500 \$ pour une première infraction; entre 1 500 \$ et 3 000 \$ pour une première récidive et entre 3 000 \$ et 6 000 \$ pour une seconde récidive. Pour une personne morale, ces montants seront du double. Selon l'article 237, il s'agit d'amendes pour des personnes physiques ou morales qui, par leur action ou leur omission d'action, compromettent directement la santé et la sécurité d'un travailleur. Pour une personne physique, les montants varient entre 1 500 \$ et 12 000 \$, tandis qu'ils oscillent entre 15 000 \$ et 300 000 \$ pour une personne morale.

### **3.2.2 Diligence raisonnable**

Afin de ne pas s'exposer à ces amendes, c'est la notion de diligence raisonnable qui est aujourd'hui la plus utilisée par les employeurs devant les tribunaux et qui fait désormais jurisprudence. En effet, un employeur doit démontrer qu'il a pris des actions positives dans l'intérêt de la SST, qu'il a vérifié les gestes de ses travailleurs, qu'il les a sanctionnés, qu'il a tenté de corriger la situation lorsque des infractions à la LSST et à la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP) ont été constatées et qu'il ne se fie pas à l'expérience de ses employés. De plus, devant un juge, un employeur doit démontrer qu'il remplit certaines obligations de l'article 51 de la LSST, obligations qui ont été déjà vues à la section 3.2. De façon générale, l'employeur doit démontrer qu'il a mis en place des actions concrètes et ne fait pas que de la «conformité de papier».

### **3.2.3 Obligations liées au projet de Loi C-45**

En plus des obligations relevant de la loi québécoise, les entreprises doivent également, depuis 2004, prendre en compte le projet de Loi C-45. Ce projet de loi, adopté à la suite de l'affaire de la mine Westray en Nouvelle-Écosse, permet à un individu de poursuivre personnellement certains acteurs d'une entreprise pour négligence criminelle en cas d'accident grave avec décès ou lésions corporelles. Ainsi, l'entreprise en tant que personne morale ou un agent de celle-ci (cadres, superviseurs, travailleurs) peut être personnellement tenue responsable d'un manquement à la réglementation de la santé et sécurité au travail même si cette entreprise n'a pas commis les gestes reprochés. De même, un travailleur de l'entreprise ne peut plus se justifier en affirmant simplement avoir suivi les directives de l'entreprise. Encore une fois, la meilleure défense contre ce genre de poursuites est la diligence raisonnable (CPSST, 2004).

### **3.2.4 Responsabilité sociale**

Enfin, la prévention en matière de TMS oblige l'entreprise à prendre ses responsabilités sociales. De plus en plus, il est question de la responsabilité sociale des entreprises, la fameuse RSE. On considère aujourd'hui qu'une entreprise est responsable lorsqu'elle fait, évidemment, du développement durable, mais aussi lorsqu'elle adopte « en matière d'emploi des pratiques de qualité » (CE, 2010). Plus spécifiquement, la RSE peut être comprise comme étant l'intégration de valeurs sociales, environnementales, démocratiques et économiques aux activités quotidiennes des entreprises (Gouvernement du Canada, 2006). Ce faisant, il sera possible pour un employeur de se démarquer des autres en adoptant un comportement exemplaire et en s'affichant à titre d'« employeur de choix » pour ainsi attirer et retenir des candidats de qualité.

---

### Bibliographie de la section 3

- BRUN, J.-P., C. BIRON et F. ST-HILAIRE. 2009. *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail*, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, Québec, Université Laval, 67 p.
- COMMISSION EUROPÉENNE (CE). 2010. *Responsabilité sociale des entreprises*, [En ligne], [\[www.ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=331&langId=fr\]](http://www.ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=331&langId=fr).
- CENTRE PATRONAL DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC (CPSST). 2004. « La diligence raisonnable sous toutes ses coutures », *Convergence*, vol. 20, n° 3, 19 p.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC (CSST). 2004. *TMS : Une démarche simple de prévention*, Montréal, CSST, 17 p.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC (CSST). 2000. *Guide de prévention en milieu de travail à l'intention de la petite et de la moyenne entreprise*, Montréal, CSST, 24 p.
- GOVERNEMENT DU CANADA. 2006. *Responsabilité sociale des entreprises : Guide de mise en œuvre à l'intention des entreprises canadiennes*, Ottawa, Industrie Canada, 107 p.
- GOVERNEMENT DU QUÉBEC. 2010. *Loi sur la santé et la sécurité du travail (LSST)*, [En ligne], [\[www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S\\_2\\_1/S2\\_1.html\]](http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=/S_2_1/S2_1.html).
- SHANNON, H.-S., J. MAYR et T. HAINES. 1997. « Overview of the relationship between organizational and workplace factors and injury rates », *Safety Science*, vol. 26, n° 3, pp. 201-217.
- SIMONEAU, S., M. ST-VINCENT et D. CHICOINE. 1996. *Les LATR, Mieux les comprendre pour mieux les prévenir*, Montréal, IRSST et l'association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, 60 p.

## 4 La question de la rentabilité

### 4.1 Est-ce rentable pour l'employeur de faire de la prévention?

Est-il économiquement rentable de faire de la prévention? Ne vaut-il pas mieux attendre que les accidents se produisent et régler au cas par cas avec la CSST? Pour plusieurs employeurs, et même pour certains travailleurs, il s'agit là de la bonne façon de faire.

Pourtant, plusieurs études tendent à démontrer que ce n'est pas le cas, qu'il est économiquement rentable de faire de la prévention. Le journal *Les Affaires* en arrivait à cette conclusion dans un article publié le 30 avril 2010. Ainsi, toujours selon ce journal, une étude menée chez Desjardins a démontré que chaque dollar investi en prévention en rapporterait 1,50 \$ en coûts directs et 3 \$ en coûts indirects. D'autres chiffres parlent également d'eux-mêmes : les coûts directs et indirects de la santé mis ensemble représenteraient 17 % de la masse salariale; les programmes de santé et de mieux-être diminueraient de 1,8 jour l'absentéisme par employé par année; les entreprises offrant des programmes de santé à leurs travailleurs auraient une valeur en bourse de 28 % supérieure et un employé pratiquant de l'activité physique serait 12 % plus productif (Dansereau, 2010; Watson, 2010).

D'autres études scientifiques abondent dans le même sens. Une première étude établit que les coûts liés à la santé et sécurité au travail, directs et indirects, représentent l'équivalent d'un treizième mois de salaire dans une entreprise (Fauconnier et Pépin, 2005). Dans une autre étude, les coûts d'un programme de prévention ont été évalués et comparés aux coûts liés à l'indemnisation des lésions professionnelles pour l'entreprise. Les résultats démontrent que l'argent économisé équivaut à plus de 150 % de l'argent investi (Fitch et Fitch, 2004).

*(Fauconnier et Pépin, 2005)*

« Dans une entreprise, on a constaté que l'impact économique n° 1 des TMS concernait la gestion de son sureffectif structurel palliant l'absentéisme lié aux TMS (cette entreprise a pour politique de le compenser par des ressources internes). Ses coûts de régulation sont environ 4,4 fois plus élevés que les coûts directs. Ainsi, en le rapportant au nombre de cas de TMS dans l'entreprise, on obtient les ratios de 38 219 euros par TMS reconnu, 22 648 euros par TMS déclaré, et 1 422 euros par salarié de production. On résume ce résultat par une formule-choc : les TMS coûtent presque un 13<sup>e</sup> mois à chaque salarié. »

### 4.2 Quels sont les coûts associés aux troubles musculosquelettiques?

#### 4.2.1 Coûts directs

a) Le travailleur est blessé plus longtemps à la suite d'un TMS qu'un autre type d'accident

Entre 2000 et 2002, la durée moyenne d'indemnisation était de 83,4 jours pour les femmes et de 66,5 jours pour les hommes pour l'ensemble des lésions professionnelles au Québec, pour une moyenne totale de 71 jours indemnisés. Pour les TMS plus spécifiquement, excluant les problèmes de dos, les femmes étaient indemnisées durant ces mêmes années pour une période de 125 jours alors que cette durée était de 90 jours pour les hommes, pour une moyenne générale de 103 jours indemnisés par lésion acceptée. En somme, les travailleurs souffrant

d'une lésion musculosquelettique sont indemnisés 45 % plus longtemps que les autres (Duguay, Massicotte et Prud'homme, 2008).

*(Duguay, Massicotte et Prud'homme, 2008)*

*« Peu importe la catégorie professionnelle, les durées moyennes d'indemnisation sont beaucoup plus élevées chez les femmes que chez les hommes (83,4 jours comparativement à 66,5 jours). Chez les hommes, ce sont les travailleurs non manuels qui affichent les plus longues périodes d'indemnisation tandis que, chez les femmes, ce sont les travailleuses manuelles. »*

*(Michel et autres, 2010)*

*« En termes de proportion, on observe une progression des TMS dont l'indemnisation est de 91 jours et plus. En 1998, 13 % des TMS déclarés et acceptés se trouvent dans cette catégorie. En 2007, ce sont 19 % des TMS qui entraînent des indemnisations d'aussi longue durée. »*

## b) Coûts d'une lésion professionnelle et grandes entreprises

De la façon dont les cotisations à la CSST sont perçues, les coûts associés à une lésion professionnelle sont plus directement imputés aux grandes entreprises qu'aux petites. Ainsi, pour les entreprises ayant une prime annuelle se situant entre 7 500 et 400 000 \$, les performances en matière de santé et sécurité vont influencer le calcul de la cotisation. Un plus grand nombre de lésions déclarées signifie une cotisation plus élevée (CSST, 2010). Pour celles dont la prime est supérieure à 400 000 \$, c'est encore plus vrai puisque la cotisation est rétrospective. La cotisation sera alors évaluée rétrospectivement pour une période de quatre ans. Les conséquences de la lésion et l'aggravation de celle-ci seront alors incluses dans la prime (CSST, 2010).

*(CSST, 2010)*

*« Lorsque la performance d'un employeur est meilleure que celle des employeurs exerçant les mêmes activités que lui, son risque par rapport à celui des autres employeurs classés dans la même unité est jugé moindre. Par conséquent, son taux personnalisé est inférieur à celui de l'unité dans laquelle il est classé. À l'inverse, lorsque la performance de l'employeur est pire que celle des employeurs classés dans la même unité, son risque est plus élevé que celui de ces employeurs. Par conséquent, son taux personnalisé est supérieur à celui de l'unité dans laquelle il est classé. »*

*(CSST, 2010)*

*« Ce mode de tarification est conçu pour l'entreprise dont la cotisation annuelle est généralement supérieure à 400 000 \$. La tarification rétrospective a pour effet d'ajuster la cotisation de l'employeur en fonction de l'évolution sur quatre ans du coût des lésions professionnelles survenues au cours d'une année. L'ajustement tient compte de la limite par lésion déterminée par l'employeur en fonction de ses besoins d'assurance. Un premier ajustement, provisoire, est effectué au terme d'une période de 24 mois et tient compte de l'évolution des coûts. Un employeur peut demander un second ajustement provisoire après 36 mois. L'ajustement rétrospectif a lieu après 48 mois. »*

## 4.2.2 Coûts indirects

### a) Les coûts indirects sont trois fois plus élevés que les coûts directs

Lorsqu'on calcule les coûts reliés à une lésion professionnelle, il faut distinguer deux notions, soit les coûts directs et les coûts indirects. Les premiers sont composés principalement des

coûts liés à l'assurance. Ce sont donc les cotisations versées aux assureurs privés (mutuelles ou compagnies d'assurance) et à l'assureur public (CSST).

Il y a ensuite, et surtout, les coûts indirects. On parle alors de l'absentéisme, des effets sur la production, des coûts de remplacement de la main-d'œuvre et de la formation aux remplaçants, du bris des machines et de bien d'autres coûts (Caroly et autres, 2010). Selon toutes les études réalisées, les coûts indirects sont toujours plus élevés que les coûts directs. En fonction des auteurs, il faut multiplier les coûts directs par 3 ou par 4 pour avoir le vrai coût d'une lésion professionnelle (Franchi, 1997; Gavius et autres, 2009; Monnery, 1999).

Ainsi, si une entreprise ne considère que les coûts directs, elle pourrait estimer que la prévention n'est qu'une dépense supplémentaire, la première à être éliminée en cas de ralentissement économique. Ce serait une erreur en termes économiques puisque la facture des coûts indirects risque alors de grimper en flèche.

*(Caroly et autres, 2010)*

*"What can be seen is that the prevention of MSD is rarely integrated in company management as information that could have an effect on work performance. Productivity coefficient calculations take into account the forecast operating rates and the actual operating rates of machines, as well as the resources available for production. But the correlation in terms of real people resources is not often made. Economic research, on the other hand, underlines the importance of taking this latter point into account. Workplace safety as a business objective adds value to the business bottom line."*

*(Maudgalya et autres, 2008)*

*"The link between Productivity–Quality–Costs–Safety appears like a sustained approach to competitive advantage. To get optimal benefit from implementing lean manufacturing techniques, companies must include a third variable in their lean manufacturing shibboleth–productivity, quality, and safety."*

*(Fauconnier and Pépin, 2004; Geoffard, 2005)*

*"The issue relating to the hidden costs of MSD for a company points to the difficulties involved in replacing staff, managing limited skills, absenteeism, workstation adaptation, etc. All of these factors have consequences: failure to reach productivity targets, drops in quality, time wasted recruiting temporary staff, training, etc. Overall production performance is therefore impacted by health and safety issues. Producing such data would therefore greatly contribute to decisions relating to change and to the coordination of improvement projects."*

### **4.2.3 Coûts humains**

Les TMS engendrent des coûts économiques importants pour la société, les entreprises et les travailleurs, mais ils engendrent également leur lot de conséquences humaines. En effet, même s'il s'agit d'un sujet peu présent dans la littérature scientifique comparativement aux coûts plus directs ou économiques (Schulte, 2005), les personnes souffrant d'un TMS, en particulier celles qui souffrent d'une incapacité permanente, voient leur vie radicalement changer à la suite de leur pathologie. Ainsi, les victimes d'un TMS éprouvent de la souffrance physique et mentale (Aptel et St-Vincent, 2008), voient leur qualité de vie considérablement réduite (Durand et autres, 2008; Truchon et autres, 2007) et se retrouvent avec des difficultés pour accomplir les tâches domestiques quotidiennes (Mainville, 2004). De plus, ces travailleurs ont souvent de la difficulté à réintégrer le travail et à se faire indemniser (Aptel et St-Vincent, 2008; Baril et autres,

1994). Enfin, en plus de ces conséquences sur l'individu, l'ensemble de son réseau social est touché (Denis et autres, 2005; Berthelette et Baril, 2002; Keogh et autres, 2000).

Plus spécifiquement, environ 8 % des personnes atteintes d'un TMS vont avoir des séquelles permanentes. De plus, les coûts d'indemnisation pour ces personnes vont compter pour la moitié des coûts totaux d'indemnisation des TMS (Baril et autres, 2008). En fait, plus l'absence au travail perdure, moins les chances d'un retour au travail sont grandes (Dionne et autres, 2005; Spitzer et autres, 1986). Par ailleurs, un premier retour au travail ne signifie pas nécessairement un retour au travail permanent; de nouveaux épisodes d'absence peuvent avoir lieu et conduire à leur tour vers l'incapacité permanente (Bültmann et autres, 2007).

#### **4.3 Quel est le coût des actions posées pour prévenir les troubles musculosquelettiques?**

Les arguments des employeurs pour ne pas faire de la prévention sont souvent que les coûts sont très élevés, qu'il faut engager des spécialistes dont les honoraires sont aussi très élevés, que la démarche est longue à implanter et compliquée à mettre en œuvre. Bref, même lorsque les employeurs et les travailleurs sont convaincus que les TMS sont un problème important dans les entreprises québécoises, il reste encore un pas à franchir pour les mettre en action.

Il faut savoir qu'il y a présentement un mouvement important en faveur de la prise en charge des TMS dans les établissements. Plusieurs ressources se consacrent à la question et ne demandent qu'à aider les entreprises à se prendre en main. Il en va ainsi des équipes de santé au travail. Par contre, ces dernières peuvent agir uniquement dans les secteurs dits prioritaires, soit 1, 2 et 3. D'autres ressources peuvent alors prendre le relais. Les associations sectorielles paritaires (ASP) sont des ressources gratuites et disponibles, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), les facultés de relations industrielles qui se cherchent souvent des cas à étudier et qui peuvent offrir des interventions contre la possibilité d'obtenir des renseignements de première main, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), la CSST et bien d'autres encore. La plupart de ces organismes pourront offrir leur aide gratuitement, ou encore rediriger les demandes vers le service approprié.

En plus de ces ressources, il y a aussi un ensemble de documents, liens utiles, exemples de bonnes méthodes de travail, guides pratiques et autres sources disponibles dans Internet. Un acteur d'une entreprise peut trouver des exemples précis d'interventions dans plusieurs domaines dans Internet. Il ne faut pas non plus négliger les ressources internes de l'entreprise. Les travailleurs eux-mêmes et les services d'entretien ou de maintenance des entreprises sont souvent des sources inestimables d'innovations facilement mobilisables. Les travailleurs peuvent relever les causes profondes des problèmes, proposer des solutions applicables au quotidien et modifier rapidement l'équipement en place.

#### Bibliographie de la section 4

- APTEL, M. et M. ST-VINCENT. 2008. *Ampleur des TMS en Europe et au Québec*, Montréal, IRSST, 12 p.
- BARIL, R. et autres. 2008. *TMS : L'influence des représentations de la maladie, de la douleur et de la guérison sur le processus de réadaptation au travail*, Montréal, IRSST, 114 p.
- BARIL, R. et autres. 1994. *Étude exploratoire des processus de réinsertion sociale et professionnelle des travailleurs en réadaptation*, Montréal, IRSST, 413 p.
- BERTHELETTE, D. et R. BARIL. 2002. « Les dimensions des interventions de maintien du lien d'emploi des travailleurs victimes de lésions professionnelles », *Pistes*, vol. 4, n° 2, 27 p.
- BÜLTMANN, U. et autres. 2007. « Health status, work limitations, and return-to-work trajectories in injured workers with musculoskeletal disorders », *Quality of Life Research*, vol. 16, n° 7, pp. 1167-1178.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC (CSST). 2010. *Le calcul détaillé du taux personnalisé 2011*, Montréal, CSST, 57 p.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC (CSST). 2010. *Parlons assurance, taux de prime*, Montréal, CSST, 7 p.
- DANSEREAU, S. 2010. « Voir à la santé des employés, c'est rentable », *Les Affaires*, 30 avril 2010, [En ligne], [[www.lesaffaires.com/strategie-d-entreprise/management/voir-a-la-sante-des-employes-c-est-rentable/513256](http://www.lesaffaires.com/strategie-d-entreprise/management/voir-a-la-sante-des-employes-c-est-rentable/513256)].
- DENIS, D. et autres. 2005. *Les pratiques d'intervention portant sur la prévention des troubles musculosquelettiques : un bilan critique de la littérature*, Montréal, IRSST, 81 p.
- DIONNE, C.E. et autres. 2005. « A clinical return-to-work rule for patients with back pain », *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, vol. 172, n° 12, pp. 1559-1567.
- DUGUAY, P., P. MASSICOTTE et P. PRUD'HOMME. 2008. *Lésions professionnelles indemnisées au Québec en 2000-2002 I — Profil statistique par activité économique*, Montréal, IRSST, 166 p.
- DURAND, M.-J. et autres. 2008. « Trajectoires des travailleurs recevant un programme de retour au travail : étude exploratoire des discussions d'une équipe interdisciplinaire », *Pistes*, vol. 10, n° 2, 17 p.
- FAUCONNIER, D. et M. PÉPIN. 2005. « Approche économique de la problématique des troubles musculo-squelettiques. Des coûts aux risques stratégiques », *Colloque DARES – ANACT*, Paris, 2 décembre 2005, 7 p.
- FITCH, J. L. et B. E. FITCH. 2004. « Exploring Causative and Preventive Forces », *Occupational Health & Safety*, vol. 73, n° 6, pp. 119-138.
- FRANCHI, P. 1997. *Les maladies professionnelles : l'exemple des troubles musculo-squelettiques (TMS)*, Lyon, Éditions Liaisons, 61 p.
- GAVIOUS, A. et autres. 2009. « The costs of industrial accidents for the organization: Developing methods and tools for evaluation and cost-benefit analysis of investment in safety », *Journal of Loss Prevention in the Process Industries*, vol. 22, pp. 434-438.
- KEOGH, J. et autres. 2000. « The Impact of Occupational Injury on Injured Worker and Family: Outcomes of Upper Extremity Cumulative Trauma Disorders in Maryland Workers », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 38, n° 5, pp. 498-506.

- MAINVILLE, G. 2004. « L'influence de la détresse psychologique sur l'évolution vers l'incapacité chronique des travailleurs atteints de lombalgie en arrêt de travail », Mémoire de maîtrise, Québec, Université Laval, 77 p.
- MICHEL, C. et autres. 2010. *Portrait national des troubles musculosquelettiques (TMS) 1998-2007 TMS sous surveillance*, Gouvernement du Québec, Institut national de santé publique du Québec, 59 p.
- MONNERY, N. 1999. « The costs of accidents and work-related ill-health to a cheque clearing department of a financial services organization », *Safety Science*, vol. 31, pp. 59-69.
- SCHULTE, P. A. 2005. « Characterizing the Burden of Occupational Injury and Disease », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, vol. 47, n° 6, pp. 607-622.
- SPITZER, W.O. 1986. *Rapport du groupe de travail québécois sur les aspects cliniques des affections vertébrales chez les travailleurs*, Montréal, IRSST, 321 p.
- TRUCHON, M. et autres. 2007. *Les déterminants de l'incapacité liés à la lombalgie*, Montréal, IRSST, 108 p.
- WATSON, W. W. 2010. *Amérique du Nord, L'avantage santé et productivité*, Éditions Towers Watson, 38 p.

## 5 La question des priorités

Depuis plusieurs années, il y a eu une nette amélioration de la santé et de la sécurité au travail en général. Les accidents du travail sont en baisse depuis les années 80 ainsi que plusieurs maladies professionnelles. Par contre, deux problèmes en particulier sont toujours très présents : la santé mentale au travail (surmenage professionnel, stress au travail, etc.) et les TMS. Ces deux problèmes sont même en croissance constante et semblent « résister aux méthodes de prévention traditionnelles » (Aptel, Aublet-Cuvelier et Cnockaert, 2002; Pérusse, 2004).

C'est ainsi que les TMS sont aujourd'hui considérés comme une préoccupation importante par plusieurs entreprises et organismes publics (Bellemare et autres, 2001), notamment le ministère de la Santé et des Services sociaux, les directions de santé publique, la CSST, l'IRSST, l'INSPQ et encore par plusieurs ASP (Aptel et St-Vincent, 2008; Comeau, 2009).

(Aptel et St-Vincent, 2008)

« Pour toutes ces raisons, les TMS sont une priorité pour plusieurs organisations concernées par la SST : l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) en a fait un de ses champs de recherche, la CSST travaille activement à la prévention des TMS de même que l'INSPQ et plusieurs associations sectorielles paritaires (ASP). »

(Comeau, 2009)

« En conséquence, la prévention des TMS liés au travail figure parmi les priorités du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). D'ailleurs, un des objectifs du Programme national de santé publique 2003-2012 est de diminuer la prévalence de même que la gravité des incapacités liées aux TMS (MSSS, 2003). »

(Bellemare et autres, 2001)

« En effet, depuis plusieurs années, la présence de TMS constitue une préoccupation importante des entreprises et des organismes d'indemnisation des travailleurs accidentés du travail. »

Comme il a été mentionné au point 2, les TMS représentent la cause principale d'incapacité dans la population québécoise (Delisle et autres, 2008; Stock et autres, 2005). Ils viennent au second rang au Canada en ce qui a trait aux coûts (Lapointe, 2008) et sont responsables de 50 % des jours de travail perdus en Ontario (Conseil de la santé et de la sécurité au travail de l'Ontario, 2007). La situation est d'ailleurs similaire dans le reste du monde occidental. De fait, les TMS constituent un problème à ce point sérieux que l'Organisation mondiale de la santé a déclaré la décennie 2000-2010 comme étant « The Bone and Joint Decade » (Soucy, 2004).

## **Bibliographie de la section 5**

- APTEL, M. et M. ST-VINCENT. 2008. *Ampleur des TMS en Europe et au Québec*, Montréal, IRSST, 12 p.
- BELLEMARE, M. et autres. 2001. « L'amélioration des situations de travail par l'ergonomie participative et la formation », *Relations industrielles / Industrial Relations*, vol. 56, n° 3, p. 470 à 490.
- COMEAU, M. 2009. *L'appropriation de l'offre de service portant sur les troubles musculosquelettiques par les équipes de santé au travail des CSSS de la région de la Capitale-Nationale*, Québec, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, Direction régionale de santé publique, 44 p.
- PÉRUSSE, M. 2004. *La santé et la sécurité au travail*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, p. 193 à 216.

## **Conclusion**

L'objectif de ce document était d'outiller les intervenants en santé au travail dans l'argumentaire à utiliser pour sensibiliser les milieux de travail à l'importance de faire de la prévention des TMS.

À partir de l'argumentaire développé par l'équipe régionale en santé au travail de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale et d'une revue de la littérature, quelques extraits parmi l'ensemble des écrits ont été sélectionnés puisqu'ils illustraient bien les arguments et les contre-arguments auxquels font face quotidiennement les équipes locales en santé au travail sur le terrain.

Ainsi, dans la première partie, il est démontré que les TMS sont bien documentés dans la littérature et que les liens entre les TMS et le travail ne font plus de doutes. Il s'agit en fait de la pathologie du travail la plus fréquente et qui représente le tiers de toutes les dépenses d'indemnisation pour la CSST. La portion des TMS qui peut être attribuée aux activités personnelles constitue l'exception plutôt que la règle.

Ensuite, dans la deuxième section, la question de la fraude a été abordée de façon fondamentale. Pour certains, les travailleurs indemnisés par la CSST sont tous des fraudeurs. Pourtant, les chiffres indiquent le contraire. Malgré les tentatives pour en débusquer toujours davantage, la proportion de fraudeurs reste, et de beaucoup, moins importante que la sous-déclaration.

La troisième partie portait sur la responsabilité légale des TMS. Si la santé et la sécurité au travail est l'affaire de tous, de l'employeur aux travailleurs, il n'en demeure pas moins que, légalement, c'est à l'employeur qu'en incombe la responsabilité finale, selon l'article 51 de la LSST. Les employeurs doivent ainsi faire preuve de diligence raisonnable dans leur entreprise. De plus, en vertu de la Loi canadienne C-45 sur la responsabilité pénale des organisations, aussi connue sous le nom de « Loi Westray », ils peuvent désormais être tenus personnellement responsables au criminel des atteintes à la santé et à la sécurité survenant dans leurs établissements. D'où l'importance accrue de faire preuve d'une réelle diligence raisonnable.

En ce qui concerne la quatrième partie, il a été démontré qu'il était avantageux pour les entreprises d'investir dans la prévention des TMS. En fait, les accidents et les maladies professionnelles coûtent cher aux entreprises. En plus de faire monter le coût de la cotisation à la CSST, il faut remplacer le travailleur en arrêt de travail, former le nouvel employé et gérer le côté administratif. Les coûts indirects sont trois fois plus importants que les coûts directs, même s'ils sont souvent cachés. Pourtant, les solutions sont souvent simples pour qui prend la peine de les chercher.

Enfin, notamment pour tout ce qui a été dit dans ce document, ce n'est pas sans raison que les TMS sont aujourd'hui une préoccupation majeure dans le monde du travail contemporain. Il est donc important de s'en occuper!

**Direction régionale de santé publique**  
2400, avenue D'Estimauville  
Québec (Québec) G1E 7G9  
Téléphone : 418 666-7000  
Télécopieur : 418 666-2776  
[www.dspq.qc.ca](http://www.dspq.qc.ca)

**Agence de la santé  
et des services  
sociaux de la Capitale-  
Nationale**

**Québec** 