



SANTÉ, SÉCURITÉ ET MIEUX-ÊTRE AU TRAVAIL AVEC VOUS ET POUR VOUS !

PLAN D'ACTION NATIONAL VISANT
LA PRÉVENTION DES RISQUES
EN MILIEU DE TRAVAIL ET LA PROMOTION
DE LA SANTÉ GLOBALE 2019-2023

COPYRIGHT

En référence à la figure 8 de la page 18, cette dernière est reproduite en respectant le standard suivant : With the permission of Canadian Standards Association, (operating as "CSA Group"), 178 Rexdale Blvd., Toronto, ON, M9W 1R3, material is reproduced from CSA Group's standard **CAN/CSA-Z1000-14 – Occupational health and safety management**. This material is not the complete and official position of CSA Group on the referenced subject, which is represented solely by the Standard in its entirety. While use of the material has been authorized, CSA Group is not responsible for the manner in which the data is presented, nor for any representations and interpretations. No further reproduction is permitted. For more information or to purchase standard(s) from CSA Group, please visit <http://shop.csa.ca/> or call 1-800-463-6727.

ÉDITION

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section Publications.

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019
Bibliothèque et Archives Canada, 2019

ISBN : 978-2-550-84427-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

MESSAGE DE LA MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

La performance de notre système de santé et de services sociaux repose essentiellement sur les compétences et le dévouement des personnes qui y travaillent. Dans un contexte où les besoins ne cessent de croître et où la rareté de la main-d'œuvre représente un défi de taille, nous devons donc de tout faire pour trouver des solutions porteuses et durables qui profiteront à l'ensemble du personnel du réseau et qui contribueront à mieux soutenir nos équipes dans leur travail.

Dans le cadre de mon mandat à titre de ministre de la Santé et des Services sociaux, je me suis d'ailleurs engagée à prendre davantage soin de tous ceux et celles qui œuvrent au quotidien au sein de nos établissements, notamment en mettant en place des conditions propices à leur mieux-être. Je suis donc ravie de la mise en œuvre du *Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023*, une initiative qui s'inscrit tout à fait dans nos efforts pour offrir aux employés du réseau un environnement de travail qui favorise leur santé et leur sécurité, de même que leur qualité de vie et leur épanouissement professionnel.

Certes, un tel engagement nécessite une révision de nos façons de faire ainsi que la collaboration de tous nos partenaires du réseau, incluant les employés eux-mêmes et leurs représentants syndicaux. Il s'agit d'une responsabilité collective qui doit tous nous mobiliser dans un but commun : offrir un milieu de travail attractif et stimulant à nos équipes, dans un souci de prévention et de promotion d'une vie équilibrée et valorisante.

Danielle McCann



Recherche, rédaction et production

Magali Chevallier	Direction de la santé des personnes et du développement organisationnel, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Marie-Ève Duval	Direction de la santé des personnes et du développement organisationnel, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Nathalie Bouillon	Direction de la santé des personnes et du développement organisationnel, Ministère de la Santé et des Services sociaux
Roxane Gauthier	Consultante externe

Comité de prévention du réseau de la santé et des services sociaux et ministère de la Santé et des Services sociaux

Chantal Beauregard	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est
Johanne Lesieur	Institut universitaire de cardiologie et de pneumologie de Québec
Martin Roberge	Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides
Michaël Gauvin	Centre intégré de santé et de services sociaux du Bas-Saint-Laurent
Pascal Tanguay	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Est-de-l'Île-de-Montréal
Raphaël Viens-Côté	Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux
Rosalie Dion	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux du Centre-Ouest-de-l'Île-de-Montréal
Vicky Lavoie	Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Est

Collaboration à la validation du document

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
Institut national de santé publique du Québec
Sylvie Boucher services conseils SST

Révision linguistique

Josée Lecomte Syntext

Remerciements

La Direction générale du personnel réseau et ministériel du ministère de la Santé et des Services sociaux tient à remercier tout spécialement M. Michel Pérusse, la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail et les organisations syndicales nationales ainsi que tous les partenaires qui ont fourni de précieux commentaires lors de la consultation du présent Plan d'action national.

PRÉAMBULE

Le Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023 s'adresse à toute personne qui travaille au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) qu'elle soit employée, cadre, hors cadre, médecin ou bénévole. Il est basé sur les orientations du Plan stratégique 2015-2020 du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (MSSS, 2017b), lequel vise à implanter, dans les établissements du RSSS, une culture d'organisation innovante et efficiente dans un contexte de changement. Le Plan d'action national tient également compte de la Planification pluriannuelle en prévention-inspection 2017-2019 de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) (CNESST, 2017c), qui priorise le secteur des soins de santé et de l'assistance sociale en regard de trois risques jugés prioritaires dans les établissements : les troubles musculo-squelettiques (TMS), les chutes de même niveau et la violence au travail (agressions), mais également la conformité légale. Enfin, il inclut le volet de la santé psychologique, y compris les exigences de la mesure huit du Plan d'action en santé mentale 2015-2020 (MSSS, 2017a) concernant la promotion de la santé mentale au travail et la réduction des risques psychosociaux du travail (RPS).

Ainsi, le Plan d'action national vise à améliorer les pratiques de gestion, l'environnement de travail et la qualité de vie au travail du personnel. Par le fait même, il cherche à assurer la présence du personnel au travail par une réduction du ratio d'heures d'assurance salaire (RHAS) et du ratio d'heures en CNESST. Il vise aussi à permettre aux directions des établissements de suivre un parcours similaire en matière de promotion de la santé en milieu de travail et de prévention durable des risques professionnels, et de conserver une grande latitude dans le choix des interventions à mettre en œuvre pour les prochaines années.

Bref, le MSSS souhaite que les cibles et les objectifs spécifiques décrits dans ce plan soient intégrés dans les plans d'action locaux des établissements pour faire en sorte que les efforts menés en prévention soient un véritable succès.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Partie 1 – Contexte	3
1 Résultats qui commandent l'action	3
1.1 Assurance salaire	4
1.2 Lésions professionnelles	8
2 Orientations à inclure au plan d'action local	9
2.1 Orientations ministérielles	9
2.2 Orientations en provenance des établissements	10
2.3 Orientations de la CNESST	10
Partie 2 – Vers une culture de promotion de la santé en milieu de travail et de prévention durable des risques professionnels	13
1 État des lieux	13
2 Gestion innovante, structurée et intégrée	14
3 Développement d'une culture de promotion de la santé en milieu de travail et de prévention durable des risques professionnels	14
4 Système de gestion de la santé et de la sécurité du travail renouvelé et adapté par et pour les établissements	17
5 Cinq éléments du système de gestion de la santé et de la sécurité du travail	19
5.1 Engagement de la haute direction	19
5.2 Planification	22
5.3 Mise en œuvre	24
5.4 Surveillance et la mesure des activités	26
5.5 Revue par la direction	29

Partie 3 – Axes d'intervention	31
Axe 1 : Prévention en matière de santé psychologique au travail et promotion des saines habitudes de vie	33
1.1 Objectif 1 : Veiller à la santé psychologique au travail et à la réduction des risques psychosociaux du travail	33
1.2 Objectif 2 : Appliquer des pratiques de gestion respectueuses des personnes	37
1.3 Objectif 3 : Favoriser la santé psychologique et les saines habitudes de vie auprès du personnel	40
Axe 2 : Prévention des risques professionnels	43
2.1 Objectif 4 : Réduire les troubles musculo-squelettiques	43
2.2 Objectif 5 : Réduire la violence en milieu de travail	47
2.3 Objectif 6 : Réduire les chutes de même niveau	50
Axe 3 : Conformité légale	51
3.1 Objectif 7 : Rendre conforme la sécurité des machines	53
3.2 Objectif 8 : Rendre conforme le travail en hauteur	53
3.3 Objectif 9 : Rendre conformes les méthodes de cadenassage	54
3.4 Objectif 10 : Rendre conformes les nouvelles dispositions du SIMDUT-SGH	54
3.5 Objectif 11 : Rendre conforme la gestion sécuritaire de l'amiante	55
Conclusion	56
Annexe 1 : Continuum dans les interventions en promotion de la santé en milieu de travail et en prévention durable des risques professionnels durables	57
Annexe 2 : Livrables du plan d'action national	59
Références	61

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau 1	Pourcentage de lésions prioritisées par la CNESST selon les professions des catégories 1, 2, 3 et 4 de 2014 à 2018	11
Tableau 2	Axes d'intervention et objectifs	31
Figure 1	Ratio d'heures d'assurance salaire de 2014-2015 à 2018-2019	4
Figure 2	Répartition des dossiers d'assurance salaire selon le diagnostic en 2017-2018	5
Figure 3	Pourcentage du nombre de dossiers actifs en assurance salaire avec un diagnostic de santé mentale, de 2012-2013 à 2017-2018	5
Figure 4	Ratio d'heures d'assurance salaire pour un diagnostic de santé mentale par catégorie d'âge, de 2012-2013 à 2014-2015	6
Figure 5	Pourcentage du nombre de dossiers actifs en assurance salaire avec un diagnostic de TMS, de 2012-2013 à 2017-2018	7
Figure 6	Ratio d'heures d'assurance salaire pour un diagnostic de TMS par catégorie d'âge, de 2012-2013 à 2014-2015	7
Figure 7	La courbe Bradley	15
Figure 8	Processus d'amélioration continue de la norme CSA Z1000-14, Gestion de la santé et de la sécurité au travail	18
Figure 9	Schéma des activités de surveillance et des mesures proactives et réactives dans le cadre du SGSST	27
Figure 10	Approche globale de la situation de travail	32
Figure 11	Schématisation du programme de formation et d'information en santé et sécurité du travail dans le cadre du SGSST	39
Figure 12	Carte de la santé et de ses déterminants	41
Figure 13	Répartition des lésions professionnelles du personnel du RSSS de 2014 à 2018 par risque identifié par la CNESST	43
Figure 14	Proportion des travailleurs et travailleuses atteints de TMS liés au travail selon les parties du corps	44

LISTE DES SIGLES ET DES ACRONYMES

AISS	Association internationale de la sécurité sociale
AQESSS	Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux
ASPQ	Association pour la santé publique du Québec
ASSTSAS	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
BIT	Bureau international du Travail
CCHST	Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CPSST	Comité paritaire de santé et de sécurité du travail
CSA	Canadian standards association
EQCOTESST	Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail
EQSP	Enquête québécoise sur la santé de la population
EU-OSHA	European Agency for Safety and Health at Work
EUROFOUND	Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail
ICM	Institut de Cardiologie de Montréal
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OMS	Organisation mondiale de la Santé
RHAS	Ratio d'heure d'assurance salaire
RLRQ	Recueil des lois et des règlements du Québec
RPS	Risques psychosociaux du travail
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SGSST	Système de gestion de la santé et de la sécurité du travail (antérieurement nommé système de management de la santé et de la sécurité du travail (SMSST))
SIMDUT	Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail
SIMDUT-SGH	Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail – Système général harmonisé
TMS	Trouble musculo-squelettique



INTRODUCTION

L'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales* (Recueil des lois et des règlements du Québec (RLRQ), chapitre O-7.2), en février 2015, a entraîné de nombreux changements organisationnels; par conséquent, le personnel du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), en plus de devoir s'y adapter, a dû demeurer mobilisé pour assurer des soins et des services de qualité à la population. Toute restructuration est un long processus qui entraîne des réorganisations du travail, le remaniement des équipes et la redéfinition des responsabilités; ses effets sont ressentis pendant longtemps par le personnel. La restructuration engendre des répercussions dans l'environnement de travail (Kieselbach et collab., 2009). À cet égard, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) considère que les ressources humaines du RSSS, qui constituent sa ressource première, doivent pouvoir travailler dans des environnements de travail sains, sécuritaires et respectueux des personnes en vue de répondre à la mission des établissements.

En 2017, les établissements du RSSS en collaboration avec le MSSS se sont dotés de la Politique réseau de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail (MSSS, 2017c), qui devait être entérinée par leur conseil d'administration respectif. Afin d'actualiser les grands principes de cette politique, le MSSS présente le Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023, dont l'objectif est de **préserver la santé et la sécurité de toute personne qui travaille au sein du RSSS en vue de favoriser la qualité de vie au travail, la disponibilité de la main-d'œuvre et la performance organisationnelle, et d'ainsi contribuer à la qualité des soins et des services offerts aux usagers.**

Ce plan privilégie **le développement d'une culture de promotion de la santé en milieu de travail et de prévention durable de risques professionnels dans le RSSS, notamment par l'intégration des principes d'un système de gestion de la santé et de la sécurité du travail¹ (SGSST) ainsi que par l'intégration systémique des trois axes d'intervention en prévention de la santé psychologique au travail et en promotion des saines habitudes de vie, en prévention des risques professionnels et en conformité à la réglementation en vigueur.** Il détermine des cibles et des objectifs spécifiques pour l'ensemble des établissements en ces matières en tenant compte des orientations et des cibles ministérielles déjà émises conjointement à celles de la Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) pour les années à venir.

Le Plan d'action national présente, en première partie, les résultats disponibles sur les différents régimes d'invalidité qui reflètent la situation du RSSS et l'urgence d'agir en promotion de la santé en milieu de travail et en prévention primaire et secondaire (voir l'annexe 1). La deuxième partie porte sur l'actualisation graduelle d'un SGSST renouvelé et adapté par et pour les établissements du RSSS en vue d'instaurer une vision commune, de minimiser les efforts, de partager les acquis et d'harmoniser les processus. Par la suite, trois axes d'intervention sont présentés et documentés, et fournissent des objectifs spécifiques pour les cinq prochaines années.

Or, les établissements du RSSS sont invités à prendre connaissance du Plan d'action national, à se l'approprier et à l'adapter selon leurs propres activités de prévention des risques en milieu de travail et de promotion de la santé.

1. Système de gestion de la santé et de la sécurité du travail (antérieurement nommé système de management de la santé et de la sécurité du travail (SMSST)).

PARTIE 1

CONTEXTE

1

RÉSULTATS QUI COMMANDENT L'ACTION

Pour réaliser sa mission de façon efficace et efficiente dans un contexte de changement, le RSSS doit en effet compter sur une main-d'œuvre disponible, qualifiée et mobilisée (MSSS, 2017b).

Dans ce contexte, le MSSS est soucieux des heures d'absences en assurance salaire et en CNESST. Les sommes consacrées à ces deux régimes d'invalidité englobent des coûts directs et indirects qui sont prélevés à même le budget des établissements. En 2017-2018, les heures en assurance salaire pour l'ensemble des établissements publics étaient de 24,5 millions d'heures, ce qui représente une hausse de 27,7 % comparativement à 2014-2015. Les catégories de personnel qui présentent le plus d'heures en assurance salaire sont le personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires (catégorie 1) et le personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2). Le montant versé en indemnités d'assurance salaire pour l'ensemble des établissements publics est de 557,6 M\$ en 2017-2018, ce qui représente 35,1% de plus qu'en 2014-2015. Ce montant ne tient pas compte des frais de gestion du personnel en santé et en sécurité du travail ainsi que d'autres coûts connexes. Au cours de ces mêmes années, les heures d'absences en CNESST pour l'ensemble des établissements publics ont augmenté de 34,1% passant de 3,3 à 4,4 millions d'heures. Comparativement, pour l'ensemble des établissements publics, le nombre de personnes en emploi au 31 mars 2018 était de 265 368, ce qui représente une hausse de 2,9% par rapport au 31 mars 2015. Le personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers (catégorie 2) est la catégorie qui présente le plus d'heures d'absences en CNESST.

Bien qu'ils soient difficilement quantifiables, les coûts liés au présentéisme au travail s'ajoutent également aux coûts directs et indirects de l'absentéisme. Selon l'Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST), le présentéisme est le « phénomène où les travailleurs sont présents à leur poste de travail, même s'ils ont des symptômes ou une maladie qui devrait les amener à se reposer et à s'absenter du travail » (Aronsson et collab., 2000, cité dans Vézina et collab., 2011b). Dans cette étude, on estime qu'environ 40% des travailleurs québécois font du présentéisme allant de un jour à neuf jours par année (présentéisme de courte durée), alors qu'environ 15% des travailleurs font du présentéisme dix jours ou plus par année, ce que l'on qualifie de présentéisme de longue durée.

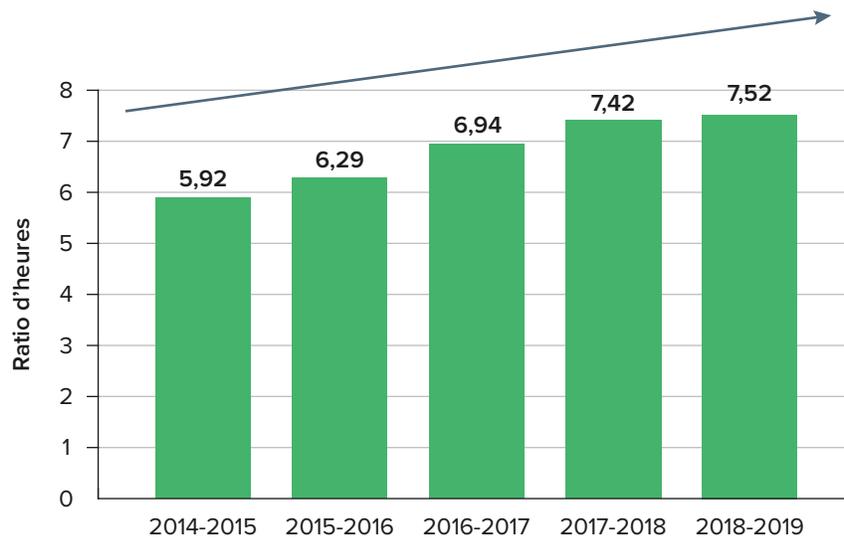
Tous ces coûts additionnés représentent une charge importante pour le RSSS et, par conséquent, pour les fonds publics. Au-delà des coûts, l'absentéisme et le présentéisme ont des répercussions importantes sur la personne, sur les équipes de travail ainsi que sur les services offerts aux usagers.



1.1 > ASSURANCE SALAIRE

En 2017-2018, le ratio d'heures d'assurance salaire (RHAS) était de 7,42%, ce qui représente une hausse de 25,4% par rapport à 2014-2015. Les données de 2018-2019 font état d'un RHAS de 7,52%, ce qui représente une augmentation de 27,0% depuis l'année de référence.

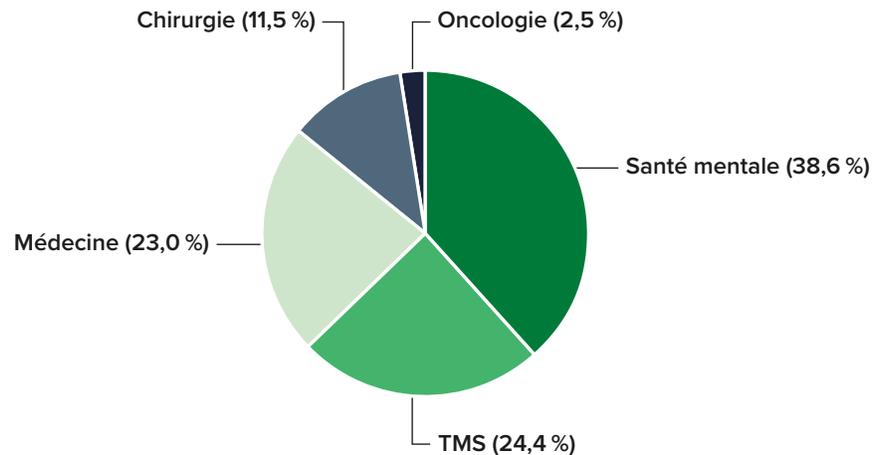
Figure 1 | Ratio d'heures d'assurance salaire de 2014-2015 à 2018-2019



Source : Suivi du ratio d'heures d'assurance salaire dans le cadre des Ententes de gestion et d'imputabilité – Banque de données sur les cadres et les salariés du réseau – périodique.

Par le passé, on a répertorié deux principales catégories de diagnostics concernant les invalidités, à savoir la catégorie «santé mentale» et celle portant sur les «troubles musculo-squelettiques (TMS)» (MSSS, 2010b). À cet égard, les diagnostics de santé mentale constituaient, en 2007-2008, la principale cause d'invalidité, avec 34% des dossiers et 43% des coûts en assurance salaire.

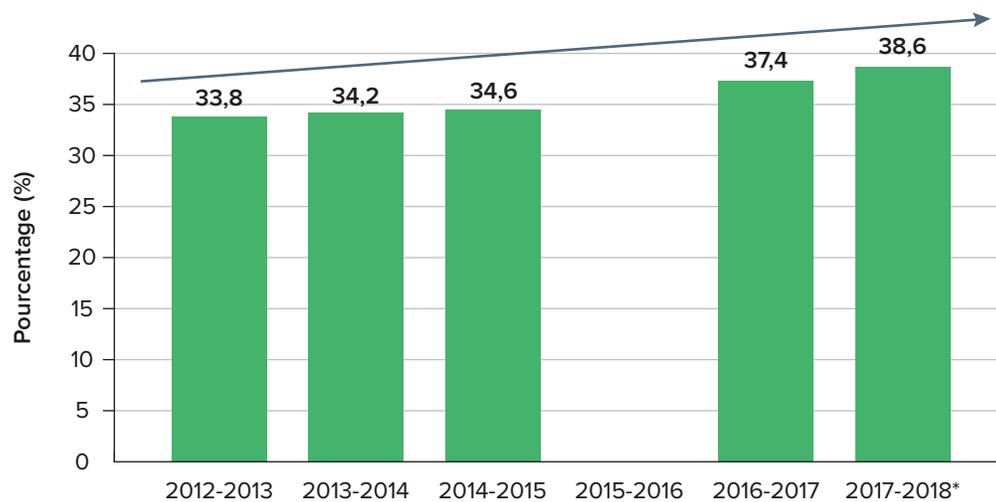
Figure 2 | Répartition des dossiers d'assurance salaire selon le diagnostic en 2017-2018



Source : Données transmises par les établissements du RSSS.

Selon les données transmises par les établissements du RSSS, en 2017-2018, les diagnostics de santé mentale et de TMS représentaient toujours les deux premières causes d'absences payées par l'assurance salaire.

Figure 3 | Pourcentage du nombre de dossiers actifs en assurance salaire avec un diagnostic de santé mentale, de 2012-2013 à 2017-2018



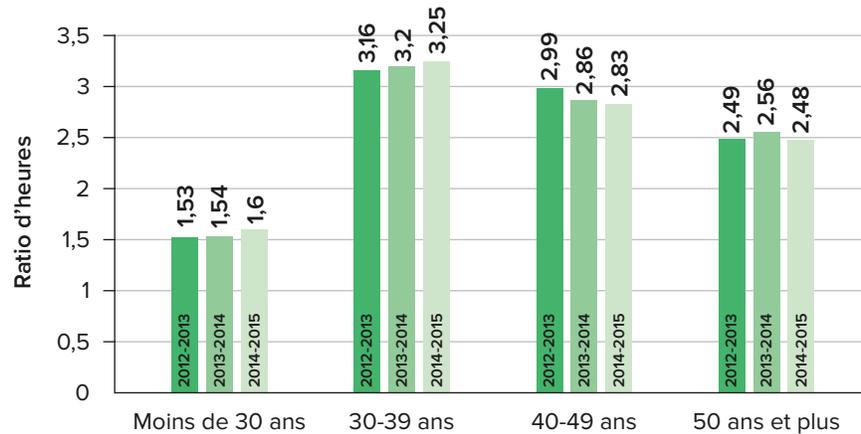
Source : 2012-2013 à 2014-2015 : Banque de données nationale de gestion de la présence au travail.
 2015-2016 : Données non disponibles.
 2016-2017 à 2017-2018 : Données transmises par les établissements du RSSS.

Les données des récentes années financières montrent également une augmentation de la proportion des dossiers avec un diagnostic de santé mentale.

* Un établissement d'importance est absent des données. La prudence est recommandée lors de l'interprétation des résultats.



Figure 4 | Ratio d'heures d'assurance salaire pour un diagnostic de santé mentale par catégorie d'âge, de 2012-2013 à 2014-2015



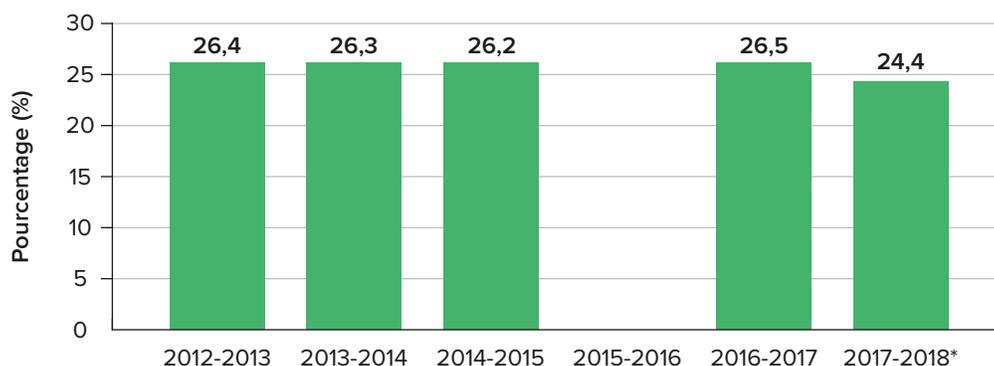
Source : MSSS, *Gestion de la présence au travail. Assurance salaire*, 2015.

Autre constat, suivant la catégorie d'âge, ce sont les employés âgés entre 30 et 39 ans qui se sont absentés le plus pour des problématiques de santé mentale au cours des années 2012 à 2015 (voir la figure 4), suivis du groupe des 40 à 49 ans (MSSS, 2015).

Les résultats montrent que les problématiques de santé mentale chez les employés ne sont toutefois pas propres au RSSS. En effet, les demandes d'invalidité, tous secteurs confondus, seraient de l'ordre de 30% au Canada (Smetanin et collab., 2011; Vézina et collab., 2008) et la valeur des réclamations varie entre 15 et 33 G\$ par année (Sutherland et collab., 2016). Pour les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), on estime qu'entre un tiers et la moitié des nouvelles demandes d'invalidité concernent ces problématiques (OCDE, 2012). Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), le nombre de journées de travail perdues à cause des troubles mentaux dépasse désormais celui des journées perdues à cause de maladies physiques (Agence de la santé publique du Canada, 2015).

Les TMS, quant à eux, étaient déjà, en 2007-2008, la deuxième cause d'invalidité chez le personnel du RSSS, avec 25% des dossiers d'assurance salaire. En 2007-2008, 11,3% des employés du RSSS ayant un diagnostic de TMS n'étaient pas de retour au travail après douze mois d'absence (MSSS, 2010b).

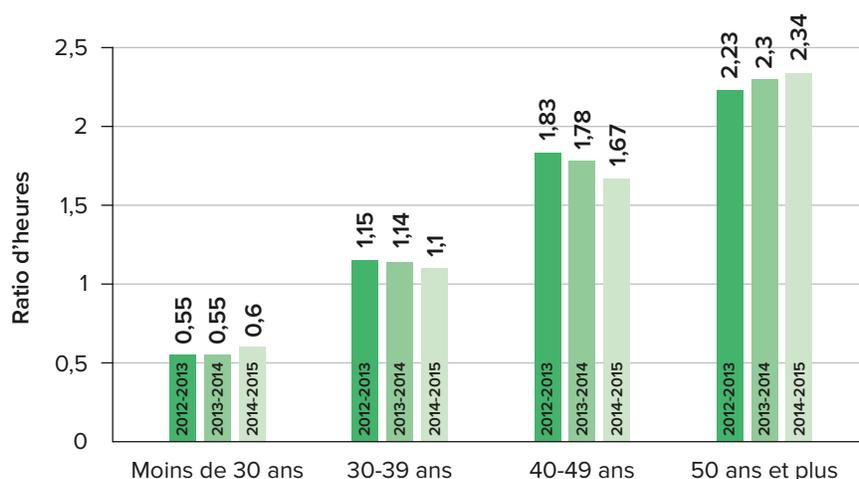
Figure 5 | Pourcentage du nombre de dossiers actifs en assurance salaire avec un diagnostic de TMS, de 2012-2013 à 2017-2018



Source : 2012-2013 à 2014-2015 : Banque de données nationale de gestion de la présence au travail.
 2015-2016 : Données non disponibles.
 2016-2017 à 2017-2018 : Données transmises par les établissements du RSSS.

On note aussi, dans la figure 6, que le personnel de 50 ans et plus enregistre le double du taux d'assurance salaire en 2014-2015 pour les TMS comparativement à la catégorie des 30-39 ans, et si on le compare au groupe des 40-49 ans, c'est presque plus de la moitié. Le vieillissement du personnel sera donc un facteur important à considérer dans le plan d'action local lorsque viendra le temps de choisir des interventions en promotion de la santé physique et en prévention des TMS.

Figure 6 | Ratio d'heures d'assurance salaire pour un diagnostic de TMS par catégorie d'âge, de 2012-2013 à 2014-2015



Source : MSSS, *Gestion de la présence au travail. Assurance salaire*, 2015.

* Un établissement d'importance est absent des données. La prudence est recommandée lors de l'interprétation des résultats.

1.2 > LÉSIONS PROFESSIONNELLES

Les accidents de travail et les maladies professionnelles compris dans le régime des lésions professionnelles découlent de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles*. C'est le deuxième régime d'indemnité en importance relativement aux coûts qu'il engendre pour les établissements du RSSS. Établi sur des années calendaires et non financières comme celui du régime d'assurance salaire, il ne peut se comparer à ce dernier.

La cotisation annuelle à la CNESST de chaque établissement est basée sur son expérience propre, qui est comparée à l'ensemble des employeurs du même secteur d'activité. Pour ce faire, la CNESST ajuste le taux de l'unité de classification à laquelle appartient l'établissement du RSSS, selon sa performance par rapport à celle de l'ensemble des employeurs de cette unité.

Il est important de retenir que les taux d'unité de classification ainsi que les taux personnalisés de chaque employeur sont calculés annuellement en tenant compte du coût des lésions professionnelles² basé sur l'expérience des quatre années précédant l'année de cotisation. À titre d'exemple, pour le calcul du taux de 2019, les années retenues pour l'expérience lésionnelle sont les années 2014 à 2017. Par le fait même, ces taux reflètent l'expérience antérieure et non l'expérience actuelle des employeurs de l'unité (CNESST, 2017a).

Lorsque l'on compare les taux personnalisés des employeurs du réseau public au fil des ans avec le taux moyen annuel provincial, on constate que ce dernier est en constante diminution, alors que les taux personnalisés varient peu. Le taux moyen annuel provincial passe de 2,19 \$ en 2011 à 1,77 \$ par 100 \$ de masse salariale assurable en 2017, ce qui représente une diminution de 19 % en 7 ans. Cette baisse du taux moyen provincial est attribuable à la performance des placements du Fonds de la santé et de la sécurité du travail ainsi qu'à la réduction des lésions professionnelles, ce qui n'est pas le cas pour les employeurs du RSSS (CNESST, 2017b). Par ailleurs, lorsqu'on fait la moyenne pondérée de tous les taux personnalisés du RSSS, celle-ci oscille autour de 1,39 \$, passant de 1,39³ \$ en 2011 à 1,42 \$ par 100 \$ de masse salariale assurable en 2017, soit une augmentation de 2 % en 7 ans.

Pendant la même période, le nombre estimé de lésions pour le RSSS est passé de 8 600 à 10 200 lésions, soit une augmentation de 19 %, alors que la croissance du personnel du RSSS a été de 4,8 %⁴ pour la même période.

2. Le coût des lésions professionnelles comprend : les indemnités de remplacement du revenu, les prestations d'assistance médicale et de réadaptation, les prestations relatives à un décès et les indemnités pour préjudice corporel.

3. La grande majorité des établissements du réseau public a donné l'autorisation au MSSS de consulter les données que la CNESST transmet périodiquement à tout employeur qui souhaite suivre l'évolution de ses données de la santé et de la sécurité du travail. Il est possible d'estimer, à partir de ces données, diverses statistiques telles le taux personnalisé moyen du réseau, le nombre de lésions acceptées, etc.

4. L'augmentation est calculée à partir du nombre de personnes en emploi au 31 mars de la fin de chacune des années financières 2011-2012 et 2017-2018. Ces nombres sont extraits de la Banque de données annuelle sur la rémunération des salariés et des cadres du RSSS.

2

ORIENTATIONS À INCLURE AU PLAN D'ACTION LOCAL

Outre l'objectif d'amélioration de la performance organisationnelle en matière d'assurance invalidité et de lésion professionnelle, le Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023 doit répondre tant aux orientations du MSSS qu'à celles de la CNESST, lesquelles doivent figurer au plan d'action local pour en faciliter la mise en œuvre au sein des établissements du RSSS.

2.1 > ORIENTATIONS MINISTÉRIELLES

Politique gouvernementale de prévention en santé

Un des objectifs de cette politique est de promouvoir la santé et le mieux-être des employés en milieu de travail. Le gouvernement du Québec considère que le milieu de travail est un déterminant important de la santé. À cet égard, il influence les conditions de vie des personnes, leur santé, leur sécurité et leur développement (MSSS, 2016).

Plan d'action en santé mentale 2015-2020

À l'intérieur du Plan d'action en santé mentale 2015-2020, les établissements du RSSS doivent produire un plan d'action sur la santé mentale au travail, lequel doit notamment inclure des activités de promotion de la santé mentale au travail, des pratiques de gestion qui favorisent la santé mentale du personnel, des mesures de prévention des risques psychosociaux du travail (RPS) ainsi que du soutien au rétablissement et au retour au travail destinée aux employés ayant vécu un épisode de trouble mental.

Plan stratégique 2015-2020

Une des orientations du Plan stratégique 2015-2020 est d'offrir des services et des soins accessibles, intégrés et de qualité au bénéfice des usagers. Ainsi, l'ensemble des pratiques de gestion doivent privilégier une gestion proactive qui favorise un climat respectueux et valorisant ainsi qu'un environnement sain et sécuritaire. L'implantation d'un SGSST adapté aux besoins des établissements peut répondre à cette orientation. Le SGSST assure au conseil d'administration, à la direction, au comité de gestion des risques ainsi qu'à tous les partenaires que les risques pouvant causer une atteinte à la santé et à la sécurité du personnel, et parfois aux usagers, seront établis et analysés et que des mesures préventives pour les maîtriser seront en place et revues annuellement et de façon continue.

2.2 > ORIENTATIONS EN PROVENANCE DES ÉTABLISSEMENTS

Politique réseau de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail

Il a été convenu que cette politique, produite en 2017, soit entérinée par le conseil d'administration de chaque établissement du RSSS. Outre la gestion de la présence au travail, elle prévoit l'engagement de la direction de l'établissement à la prise en charge de la promotion de la **santé, la sécurité et du bien-être des personnes au travail** dans le respect de leur intégrité physique et psychologique et la prévention des risques professionnels, et ce, de façon intégrée. Notamment, la politique privilégie des conditions d'exercice du travail favorisant la santé et la sécurité du travail, elle préconise le respect des lois et des règlements en cette matière et favorise la santé organisationnelle notamment par la présence régulière et continue des personnes et la gestion systémique des risques et des déterminants ayant une incidence au niveau de la santé, de la sécurité et du bien-être au travail.

2.3 > ORIENTATIONS DE LA CNESST

Dans la Planification pluriannuelle en prévention-inspection 2017-2019 (CNESST, 2017c), la CNESST a priorisé plusieurs actions auprès de l'ensemble des employeurs, plus particulièrement dans certains secteurs d'activité dont le secteur des soins de santé et de l'assistance sociale dont font partie principalement les établissements du RSSS. Les risques priorisés pour ce secteur concernant les TMS, les chutes sur un même niveau et la violence au travail.

Au cours des prochaines années, la CNESST continuera de promouvoir auprès des employeurs la prise en charge de la santé et de la sécurité du travail et de mettre l'emphase sur l'identification, la correction et le contrôle des risques et favoriser la participation des employés. Ces deux éléments font partie de l'organisation de la prévention et sont au cœur d'un SGSST.

Les inspecteurs de la CNESST continueront aussi à intervenir sur les risques priorisés et sur les dangers visés par les plans «tolérance zéro». À cet égard, les chutes de hauteur, la sécurité des machines et la gestion sécuritaire de l'amiante demeurent leurs priorités. En ce qui a trait au contrôle de l'énergie, notamment par le cadenassage, les inspecteurs assureront, dans les prochaines années, une vérification de la conformité à la nouvelle réglementation en vigueur depuis 2015.

Pour les établissements du RSSS, les données⁵ démontrent que certaines professions sont plus enclines que d'autres à certains risques (TMS, chutes, violence). Le tableau 1 tient compte des catégories d'emploi qui figurent dans les conventions collectives du RSSS, des professions codées par la CNESST et des lésions professionnelles survenues selon le risque entre 2014 et 2018. Les cases en couleur indiquent que le personnel de cette profession a connu davantage d'incidents que la moyenne de toutes les professions pour le même type de lésion.

5. Les données disponibles sont partielles et proviennent du guichet d'échange électronique de la CNESST. Les professions retenues couvrent 48 070 lésions survenues entre 2014 et 2018.

Tableau 1 | Pourcentage de lésions prioritées par la CNESST selon les professions des catégories 1, 2, 3 et 4 de 2014 à 2018

Profession selon CNESST	Nombre de lésions	Priorités de la CNESST			
		TMS	Chutes ⁶	Agression (violence)	Autres causes
Catégorie 1 : Personnel en soins infirmiers et cardio-respiratoires					
Infirmières	5 391	53,2%	13,9%	7,8%	25,2%
Infirmières auxiliaires	5 820	58,7%	11,4%	8,8%	21,0%
Catégorie 2 : Personnel paratechnique, services auxiliaires et métiers					
Aide infirmière et garçon de salle ⁷	16 670	63,1%	7,6%	9,4%	19,9%
Personnel spécialisé et auxiliaire aux soins infirmiers et thérapeutiques ⁸	1 099	54,1%	12,6%	7,8%	25,4%
Catégorie 3 : Personnel de bureau, techniciens et professionnels de l'administration					
Magasinier	211	60,7%	8,5%	0,9%	29,9%
Secrétaire et commis ⁹	182	34,6%	36,8%	2,2%	26,4%
Catégorie 4 : Techniciens et professionnels de la santé et des services sociaux					
Éducateur des personnes inadaptées ¹⁰	1 784	23,5%	12,4%	36,5%	27,6%
Ensemble du réseau public	48 070	51,7%	11,6%	8,8%	28,0%

Source : La grande majorité des établissements du réseau public a donné l'autorisation au MSSS de consulter les données que la CNESST transmet périodiquement à tout employeur qui souhaite suivre l'évolution de ses données de la santé et de la sécurité du travail. Il est possible d'estimer, à partir de ces données, diverses statistiques telles le taux personnalisé moyen du réseau, le nombre de lésions acceptées, etc.

6. Les chutes représentées ici comprennent des chutes à des niveaux inférieurs. Elles sont incluses car il y a une certaine incertitude sur le codage de la description des lésions dans les données transmises par la CNESST. Il est estimé qu'au moins 80% de ces lésions sont au même niveau, soit la définition retenue par la CNESST.

7. Correspond majoritairement aux préposés aux bénéficiaires.

8. Correspond majoritairement aux auxiliaires familiales.

9. Correspond majoritairement aux agentes administratives classe 4.

10. Correspond majoritairement aux éducateurs et aux techniciens en éducation spécialisée.



PARTIE 2

VERS UNE CULTURE DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL ET DE PRÉVENTION DURABLE DES RISQUES PROFESSIONNELS

1 ÉTAT DES LIEUX

Certains établissements du RSSS ont mis en place des plans d'action en prévention avec des objectifs généraux ou spécifiques en fonction de la problématique relevée, mais particulièrement basés sur des interventions de prévention secondaire, notamment en formation du personnel. Il est pourtant reconnu par la communauté scientifique que la formation seule est inefficace si elle ne s'inscrit pas dans une approche globale de prévention et si elle ne tient pas compte de l'ensemble de la situation de travail (Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS), 2013).

Les travaux des dernières années et la littérature confirme que «les efforts parallèles consacrés à la promotion de la santé et à la prévention des risques professionnels seraient renforcés lorsqu'ils sont coordonnés et intégrés plutôt que séparés et indépendants» (traduction libre) (Sorensen et collab., 2005, p. 5, cité dans European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA), 2010, p. 24). En plus d'être coordonnés, ces efforts doivent être intégrés dans l'organisation du travail et faire partie de la culture organisationnelle.

2

GESTION INNOVANTE, STRUCTURÉE ET INTÉGRÉE

La gestion de la santé et de la sécurité du travail préconisée par le MSSS est innovante, car elle intègre à la fois la prévention primaire, secondaire et tertiaire des risques psychologiques et physiques. **Elle est aussi intégrée, puisqu'elle englobe à la fois les principes du SGSST, la promotion de la santé en milieu de travail et de prévention durable des risques professionnels, et parce qu'elle partage la responsabilité sur l'ensemble des acteurs des établissements, qu'ils soient employés, cadres, hors cadres, médecins ou bénévoles.** Aujourd'hui, la vision de la santé et de la sécurité du travail doit être plus large. Les établissements doivent se préoccuper de la santé de la main-d'œuvre dans un sens global et à long terme (EU-OSHA, 2010).

D'ailleurs, dans son modèle *Cinq clés pour des lieux de travail sains* (OMS, 2010), l'OMS prône cette approche de promotion de la santé en milieu de travail et de prévention des risques professionnels tant pour les risques physiques que pour les RPS. Elle maintient la notion traditionnelle d'un environnement sécuritaire des lieux de travail en y intégrant la promotion d'un environnement psychosocial sain pour assurer le bien-être des travailleurs. Pour ce faire, des éléments ayant trait à la culture et à l'organisation du travail font partie de ce modèle.

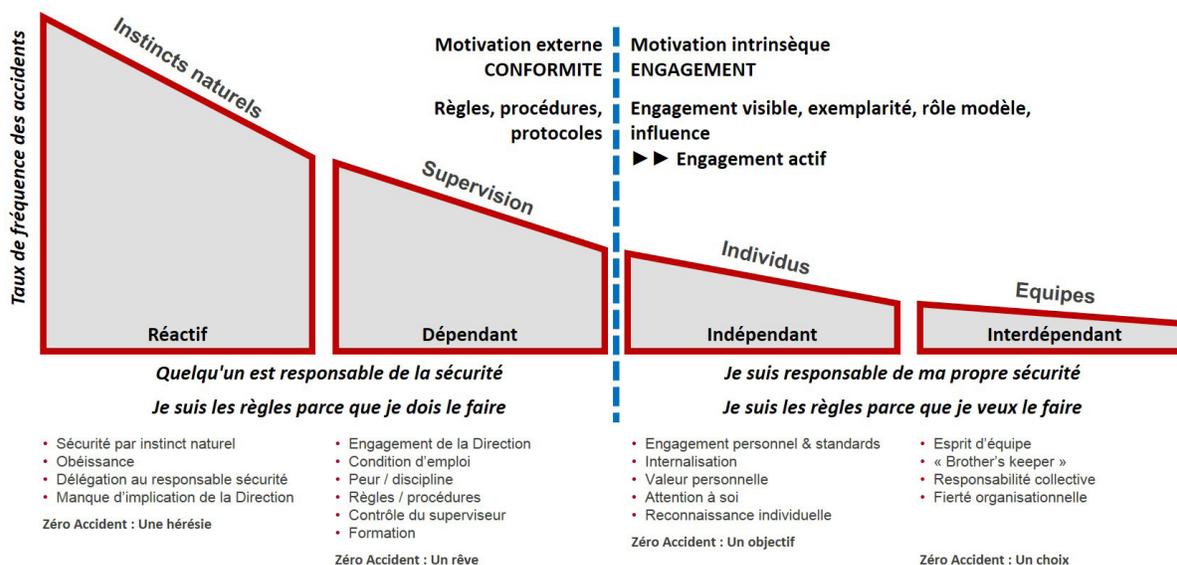
3

DÉVELOPPEMENT D'UNE CULTURE DE PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL ET DE PRÉVENTION DURABLE DES RISQUES PROFESSIONNELS

L'établissement qui souhaite développer une **culture de promotion de la santé en milieu de travail et de prévention durable des risques professionnels** doit d'abord évaluer son degré de maturité en prévention. Pour ce faire, la courbe Bradley, élaborée en 1995 pour DuPont Canada, présente les différents stades de maturité pour parvenir ici à une culture de sécurité.

Ces travaux démontrent que plus la valeur en santé et en sécurité du travail augmente dans une organisation, plus il est possible d'atteindre l'objectif communément appelé « Zéro Accident ». « [La courbe] indique surtout un changement d'attitudes durable conduisant à un engagement sincère et partagé à l'égard de la [santé et sécurité du travail] » (Beaudoin, 2016, p. 5).

Figure 7 | La courbe Bradley



Source : Courtesy of DuPont©2018

La figure 7 présente la courbe Bradley¹¹ selon quatre stades de développement d'une culture de sécurité. Un établissement peut se situer au **stade réactif**, soit le premier stade, où les dirigeants et les employés ne se sentent pas concernés par la santé et la sécurité du travail et où ils considèrent que les accidents sont inévitables. À ce stade, il y a peu d'engagement.

Au second stade, le **stade de dépendance**, les employés suivent les règles de sécurité élaborées par d'autres, particulièrement par les services de santé et de sécurité du travail. La diminution des accidents est le résultat du contrôle, des règles et de la gestion médico-administrative.

Au troisième stade, soit le **stade de l'indépendance**, un changement s'opère : l'employé prend conscience de sa responsabilité, pour lui-même, en matière de sécurité. L'établissement dispose d'une véritable stratégie de prévention des risques. Les gestionnaires et les employés communiquent ensemble. Une participation active des employés aux décisions les concernant est en place.

Au dernier stade, l'**interdépendance**, les équipes s'approprient la sécurité pour elles-mêmes et pour les autres; elles ont besoin de normes et ne tolèrent aucun risque. Elles discutent de santé et de sécurité. La stratégie de sécurité fait partie de la stratégie globale de l'entreprise. Une démarche d'amélioration continue et participative est implantée et valorisée.

11. La courbe Bradley, de DuPont : « En 2009, Solutions durables de DuPont ont mené une étude qui a démontré un lien direct entre l'importance d'une culture de la sécurité dans une organisation et son taux de blessures ainsi que la sécurité viable de ses procédés, comme le prévoit la courbe Bradley. Selon les données recueillies depuis 1999 dans notre sondage sur la perception de la sécurité, l'étude intégrait 427 000 réponses de 64 industries, de 41 pays et de plus de 1 800 usines, des organisations les plus performantes aux organisations les moins performantes. [...] Les conclusions de cette étude [...] font bien valoir les avantages d'une culture de la sécurité bien établie. En renforçant sa culture de la sécurité, une organisation peut s'attendre à réduire les blessures des travailleurs, améliorant ainsi sa productivité, sa qualité et ses profits. » www.dupont.ca/fr/products-and-services/consulting-services-process-technologies/operation-risk-management-consulting/uses-and-applications/bradley-curve.html

Ce que l'on peut retenir de la courbe Bradley, c'est que pour améliorer durablement la performance de l'établissement en santé et en sécurité du travail, il faut passer d'une culture réactive à une culture proactive. Ce changement doit d'abord provenir de la haute direction (Beaudoin, 2016 ; Hudson, 2001).

Les chercheurs ont d'ailleurs reconnu qu'un leadership efficace, particulièrement lorsqu'il est proactif et transformationnel, ou lorsqu'il émane de la haute direction, est primordial au développement d'une culture, car il influence les comportements au regard de la santé et de la sécurité du travail dans l'organisation (EU-OSHA, 2010 ; Boulé, 2016). L'engagement de la direction serait le « plus puissant déterminant [en matière] de succès en santé et sécurité » (Laberge, 2014, en ligne). En fait, la culture dans une organisation sera influencée par les valeurs et les attitudes de la haute direction envers la santé et la sécurité du travail (Rosan, 2008). Plus encore, lorsque les valeurs sont partagées par les gestionnaires, les ressources humaines, les membres du comité paritaire de santé et de sécurité du travail (CPSST) et les employés et qu'elles sont intégrées aux activités courantes, on peut véritablement parler de culture durable (Rosan, 2008 ; Baril et collab., 2012).

La confiance mutuelle entre la haute direction, les employés et leurs représentants est le fondement sur lequel une culture peut se développer. La communication joue aussi un rôle crucial pour mettre en place une culture de santé et de sécurité du travail, qui atteste de l'engagement de la haute direction et du gestionnaire par des comportements visibles, par des communications écrites (politiques, rôles et responsabilités, évaluation des risques et lutte contre ces risques) et par des discussions et des réunions avec ses équipes de travail (EU-OSHA, 2010).

Les conditions de succès pour développer une culture en matière de santé et de sécurité du travail peuvent se résumer ainsi :

- Avoir une compréhension commune de la santé et de la sécurité du travail à tous les niveaux de l'organisation ;
- Assumer une responsabilité partagée de la performance en santé et en sécurité du travail ;
- Se préoccuper de chaque membre de l'organisation sur une base quotidienne ;
- Exercer un leadership fort en matière d'innovation, de production et de relations de travail ;
- Planifier annuellement des objectifs en santé et en sécurité du travail ;
- Être conscient que les changements dans les habitudes et les comportements des employés sont un défi quotidien pour eux et pour les gestionnaires ;
- Faire participer les employés aux décisions qui touchent la santé et la sécurité du travail, à la fois par la participation directe des équipes de travail et par l'entremise de leurs représentants ;
- Suivre les indicateurs en santé et en sécurité du travail dans les salles de pilotage stratégique, tactique et opérationnel ;
- Inculquer la vigilance auprès des employés (Baril et collab., 2012) ;
- Assurer le suivi des situations à risque en vue d'assurer la crédibilité de la démarche et d'ainsi favoriser la participation et l'engagement des parties concernées.

En fait, une culture de la santé et de la sécurité du travail dans une organisation peut se définir par «[...] la somme des valeurs, des croyances, des attitudes et des comportements ainsi que des rituels intégrés à tous les niveaux de l'organisation, qui déterminent la façon dont l'ensemble du personnel, de la haute direction jusqu'aux employés de production, pensent et agissent par rapport à la sécurité» (Rosan, 2008, vol. 31, no. 4).

L'implantation d'un SGSST, à lui seul, ne donne aucune garantie d'une performance à long terme et ne créera pas une culture de promotion de la santé en milieu de travail et de prévention durable des risques professionnels. Cependant, un tel système peut soutenir, voire renforcer, une culture si cette dernière existe déjà. Il faut donc que le système puisse vivre à l'intérieur d'une organisation qui met en place une telle culture. Pour ce faire, la santé et la sécurité du travail doivent se maintenir au même niveau de priorité que les autres programmes de l'organisation, bien qu'il soit difficile pour la haute direction de maintenir dans le temps ce niveau élevé de priorité. Des études révèlent que plus la gestion de la santé et de la sécurité du travail est associée aux activités principales d'une organisation, meilleure sera la performance, particulièrement en période de changement organisationnel, de problèmes économiques ou de fusion (Hudson, 2001; EU-OSHA, 2010).

4

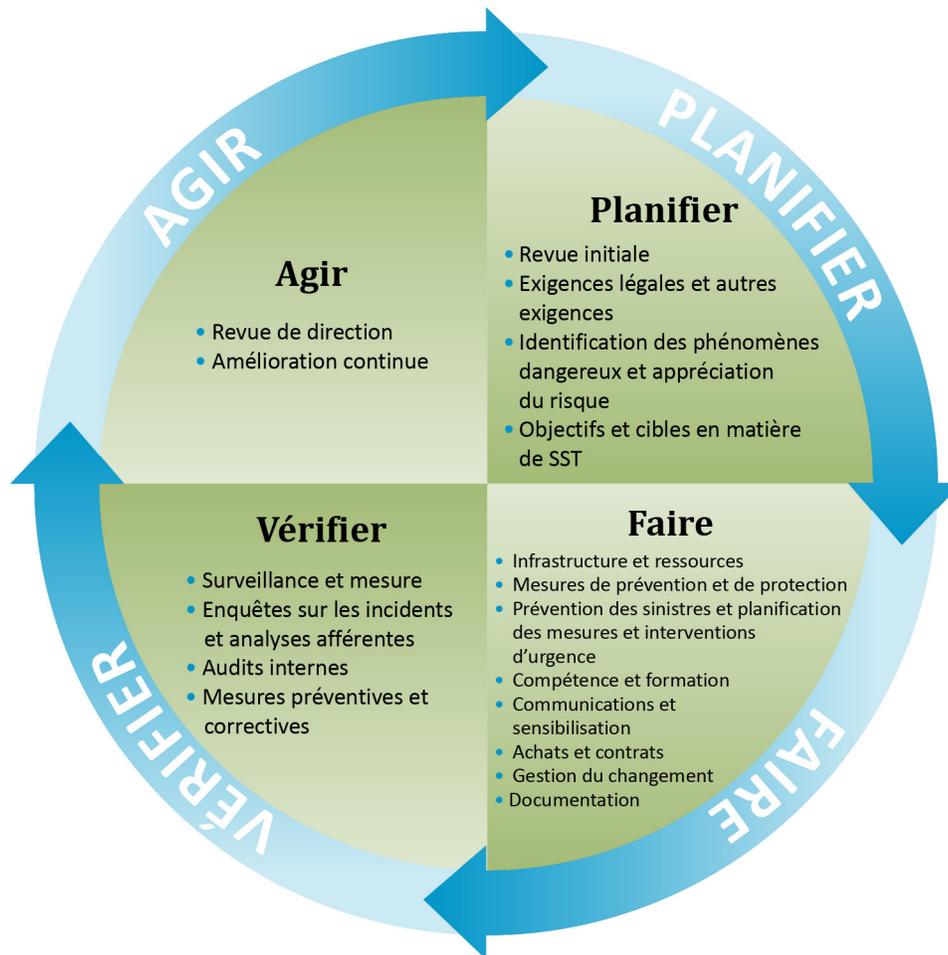
SYSTÈME DE GESTION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL RENOUVELÉ ET ADAPTÉ PAR ET POUR LES ÉTABLISSEMENTS

Pour les prochaines années, en vue de développer une culture de promotion de la santé en milieu de travail et de prévention durable des risques professionnels, on retient l'implantation des éléments les plus probants d'un SGSST (MSSS, 2010b)¹². Les travaux qu'ont faits les établissements du RSSS entre 2008 et 2015 basés sur la norme CSA Z1000-06, Gestion de la santé et de la sécurité du travail, serviront d'assise pour cette implantation à l'aide notamment de certains éléments de la norme «Entreprise en santé», ainsi que la prévention en matière de santé psychologique et des RPS. En 2015, la norme CSA Z1000-06 a été révisée pour devenir la norme CSA Z1000-14 (Association canadienne de normalisation, 2015). Cette dernière introduit dorénavant la notion du mieux-être, la réduction des dommages liés à des activités professionnelles et à l'environnement de travail ainsi que la possibilité d'amélioration, ce qui coïncide parfaitement avec les objectifs du SGSST renouvelé proposé dans ce Plan d'action national.

12. Un SGSST englobe environ trente éléments, tandis que le SGSST adapté porte sur quinze éléments indispensables pour une prévention durable.



Figure 8 | Processus d'amélioration continue de la norme CSA Z1000-14, Gestion de la santé et de la sécurité au travail



Source : **CAN/CSA-Z1000-14 – Occupational health and safety management**. © 2014 Canadian Standards Association.

D'ailleurs, il mise sur un processus qui met l'accent sur la méthode de gestion des risques plutôt que sur la définition de étapes à réaliser et des mesures préventives précises (Côté, 2010). Il permet de mettre les priorités aux bons endroits et de mieux régir les risques. Dans cette optique, les efforts de prévention visent des actions qui ont un effet direct sur la santé et la sécurité du travail. Il faut alors adopter une attitude positive et proactive à l'égard de la qualité de l'environnement de travail et non seulement viser la conformité du point de vue de la loi (Côté, 2010).

Le SGSST prévoit que les pratiques et les procédures en matière de santé et de sécurité du travail sont évaluées, revues et améliorées régulièrement par l'établissement dans un processus d'amélioration continue (EU-OSHA, 2010). Il s'agit donc d'une démarche dynamique qui tend vers une progression constante dans la gestion proactive de la santé et de la sécurité du travail.

5

CINQ ÉLÉMENTS DU SYSTÈME DE GESTION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL

5.1 > ENGAGEMENT DE LA HAUTE DIRECTION

L'engagement de la haute direction est un préalable essentiel à l'adoption d'une approche systémique de la santé et de la sécurité du travail. Selon une étude de la National Occupational Health and Safety Commission des États-Unis, les entreprises performantes en santé et en sécurité du travail sont soutenues par la haute direction qui accorde une réelle priorité à la prévention. L'engagement se fait d'abord à même la politique d'entreprise, puis par l'intégration au processus décisionnel de l'organisation, à l'aide d'objectifs clairs, de responsabilités attribuées à chacun, de ressources adéquates, d'évaluations et de contrôle des risques, de motivation des employés et, enfin, d'évaluations régulières de la performance de l'entreprise en matière de santé et de sécurité du travail (Gallagher et collab., 2001).

La politique, les rôles et les responsabilités en matière de santé et de sécurité du travail

ENGAGEMENT DE LA HAUTE DIRECTION

Cible 1 > Avoir rédigé et faire entériner par le conseil d'administration la Politique réseau de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail.

La politique doit être adaptée à la nature des activités de soins, d'hébergement et de services qu'offre l'établissement ainsi que celles des secteurs périphériques; elle doit aussi tenir compte des risques en matière de santé et de sécurité du travail qui y sont associés. Elle doit inclure l'engagement de respecter les exigences légales et les autres exigences à l'égard de la santé et de la sécurité du travail y compris les recommandations des organismes compétents du secteur de la santé lorsque cela est requis. Elle doit préciser l'engagement de la haute direction à protéger les personnes qui travaillent au sein de l'établissement.

Finalement, la politique doit aussi renfermer la définition des rôles et des responsabilités de chaque personne qui travaille dans l'établissement, car la prévention en santé et sécurité du travail est l'affaire de tous et non seulement du service de santé et de sécurité du travail (Gauvin, 2016).



Les indicateurs liés à la santé et à la sécurité

ENGAGEMENT DE LA HAUTE DIRECTION

Cible 2 > Avoir intégré des indicateurs liés à la santé et à la sécurité dans 75 % des salles de pilotage stratégiques, tactiques et opérationnelles actives.

Il est aussi important qu'en cours d'année le comité de direction assure un suivi périodique des indicateurs liés à la santé et à la sécurité dans les salles de pilotage pour réaffirmer son engagement envers l'instauration d'une culture de promotion de la santé en milieu de travail et de prévention durable des risques professionnels. Combiné à d'autres mesures, ce suivi périodique permet de faciliter l'avancement des travaux et de soulever les enjeux afin d'apporter les correctifs nécessaires.

L'allocation des ressources en promotion de la santé en milieu de travail et en prévention durable des risques professionnels

ENGAGEMENT DE LA HAUTE DIRECTION

Cible 3 > Établir et faire entériner par le comité de direction un plan d'allocation des ressources humaines et financières en vue de la réalisation du plan d'action local.

L'Association pour la santé publique du Québec (ASPQ) soutient que chaque dollar investi en prévention et en promotion de la santé permet d'économiser 5,60 \$ sur les dépenses en soins de santé (ASPQ, 2017). Spécifiquement en matière de prévention des risques professionnels, il est acquis que les investissements rapportent des bénéfices pour les employeurs. À cet égard, une étude publiée en 2011 par l'Association internationale de la sécurité sociale (AISS)¹³ conclut notamment que le ratio coûts-bénéfices des investissements en prévention peut atteindre 2,20 \$ pour chaque dollar investi, voire davantage (Bräuning et collab., 2011).

Pour bien s'orienter dans le cadre du plan d'action local, il est indispensable qu'un portrait des ressources humaines et financières dédiées à la gestion de la santé et de la sécurité du travail soit fait. À ce sujet, une analyse des activités réelles en promotion de la santé en milieu de travail et en prévention des risques professionnels, des ressources humaines en place et du budget qui y est consacré doit être effectuée.

13. « L'AISS est la principale organisation internationale à l'intention des institutions, ministères et agences publiques en charge de la sécurité sociale. Elle promeut l'excellence dans l'administration de la sécurité sociale à travers des lignes directrices professionnelles, des connaissances spécialisées, ainsi que la fourniture de services et de soutien afin de permettre à ses membres de développer des systèmes et politiques de sécurité sociale dynamiques à travers le monde. L'AISS a été fondée en 1927 sous l'égide de l'Organisation internationale du Travail. » (AISS, 2019, www.issa.int/fr/the-issa/mandate)

La participation directe des employés et de leurs représentants (comité paritaire)

ENGAGEMENT DE LA HAUTE DIRECTION

Cible 4 > Établir la structure et les modalités de participation des employés et de leurs représentants aux activités en santé, en sécurité et en qualité de vie au travail. La participation doit prévoir à la fois les modalités de contribution directe des employés ainsi que la structure de participation de leurs représentants (comité paritaire).

La littérature sur les SGSST révèle qu'il est important pour l'ensemble des employés de contribuer à l'atteinte des objectifs en santé et en sécurité du travail. Les employés, d'après leur expérience sur le terrain, sont les plus à même de connaître les risques auxquels ils sont confrontés quotidiennement dans leur travail (Côté, 2010).

D'ailleurs, le Bureau international du Travail (BIT) souligne la participation des employés comme étant un principe fondamental pour la réussite d'un SGSST, notamment par la consultation, l'information et la formation. « Les entreprises qui adhèrent aux valeurs sociales et [qui] respectent consciencieusement leur politique de [santé et de sécurité du travail] créent [...] un environnement positif et suscitent une importante participation de la part de tous les acteurs intervenant dans ces entreprises. Une politique cohérente appliquée par le biais (sic) d'actions et de programmes concrets peut contribuer à mettre en pratique les engagements de la direction et des travailleurs, ce qui influence de manière positive la culture de la sécurité et de la santé dans son ensemble » (BIT, 2010, p. 15). Pour ce faire, l'établissement doit consacrer du temps et des ressources pour assurer le bon déroulement des activités.

Tout établissement qui plante un SGSST et qui désire en assurer la pérennité doit donc se préoccuper, dès le départ, du niveau de participation des employés et de leurs représentants. L'adhésion au système ne relève pas seulement de la haute direction et des gestionnaires : elle nécessite aussi celle des premiers intéressés par les risques en milieu de travail, soit les employés et leurs représentants.

Dans les écrits, on distingue la participation directe (employé et gestionnaire) de la participation représentative, parfois appelée participation indirecte (CPSST, notamment). Les deux formes de contribution sont complémentaires et essentielles en prévention. Dans le cadre du SGSST, les deux modes de participation sont exigés.

Par la participation directe des employés et des gestionnaires, on vise à faire appel à l'intelligence collective des acteurs à la recherche de solutions innovantes et durables en prévention. Des travaux révèlent que les initiatives en prévention proposées par les employés qui jouent un rôle direct produiraient de meilleurs résultats et favoriseraient la mise en place d'une culture de prévention durable (Simard, 2004). Évidemment, la valorisation des initiatives en prévention favorise la responsabilisation des employés relativement à la prévention si les conditions nécessaires sont présentes pour les encourager et les mettre en œuvre, comme un climat d'équipe favorable ou la présence de ressources nécessaires qui en facilitent la mise en œuvre (Pérusse, 2017).

Une prise en charge efficace de la prévention requiert l'intégration du point de vue de plusieurs personnes et instances. Le CPSST est donc l'instance où l'on peut définir un point de vue commun et stratégique sur les priorités à fixer et les mesures à prendre au bénéfice de l'ensemble de l'établissement. Le rôle que joue le CPSST est essentiel à la réussite du plan d'action local, que ce soit dans sa planification, dans les recommandations de stratégies à mener pour obtenir les résultats escomptés ou dans sa mise en œuvre. La contribution des représentants syndicaux est un facteur clé puisqu'elle favorisera également la participation des employés sur le terrain.

À l'intérieur du plan d'action local, chaque établissement est invité à établir la structure de participation, autant du point de vue de la participation directe des employés que de la structure de participation de leurs représentants, notamment par la mise en place d'un CPSST. La participation directe des employés pourrait d'ailleurs faire l'objet d'une réflexion et de travaux dans le cadre du CPSST.

5.2 > PLANIFICATION

La planification à l'intérieur du SGSST inclut la détermination des cibles et des objectifs annuels, l'appropriation et la formation du processus d'identification des phénomènes dangereux et d'évaluation des risques prioritaires et l'appropriation et la formation de la matrice pour l'identification et l'évaluation des RPS. La planification porte aussi sur les connaissances et le suivi de la conformité légale et des autres exigences auxquelles l'établissement doit se conformer. Ce sont des activités essentielles au SGSST et indispensables à la réalisation du plan d'action local.

Les objectifs et les cibles

PLANIFICATION

Cible 5 > Avoir rédigé, entériné et diffusé le plan d'action local visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale et le réviser annuellement.

Chaque établissement doit produire un plan d'action local visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale comprenant des cibles et des objectifs précis, mesurables, atteignables, réalistes et prévus dans le temps (objectifs SMART). Il y a deux niveaux de cibles et d'objectifs : le premier s'intéresse aux cibles portant sur l'évolution des éléments du SGSST implantés et utilisés par l'établissement; le deuxième porte sur des objectifs spécifiques qui touchent les trois axes d'intervention, soit la prévention en matière de santé psychologique au travail et la promotion des saines habitudes de vie, la prévention durable des risques professionnels et la conformité légale (voir la partie 3). L'élaboration du plan d'action local est l'occasion idéale de mettre à profit l'intelligence collective et la collaboration du CPSST dans la planification, l'élaboration de son contenu et le suivi de l'avancement des résultats.

Le processus d'identification des phénomènes dangereux et d'évaluation des risques prioritaires

PLANIFICATION

Cible 6 > Avoir actualisé un processus d'identification des phénomènes dangereux et d'évaluation des risques prioritaires (troubles musculo-squelettiques, chutes et violence).

La méthode choisie pour identifier les phénomènes dangereux et évaluer les risques prioritaires servira à adopter les mesures de prévention et de protection les plus appropriées en fonction de la gravité des conséquences et de la probabilité d'occurrence. Les risques qui auront été établis par l'analyse des données accessibles par secteur d'activité ciblé et par l'implication des acteurs concernés seront consignés dans la matrice d'identification des phénomènes dangereux et d'évaluation des risques (MSSS, 2019). Dans le cadre du Plan d'action national, on priorise les risques de TMS et de violence, y compris les agressions et les chutes de même niveau, pour les prochaines années.

Il est important que le processus d'identification des phénomènes dangereux et d'évaluation des risques inclut les situations d'une nouvelle construction ou d'un nouvel aménagement afin de prendre en compte les risques dans le projet.

Comme le prévoit la norme CSA Z1000-14, l'établissement doit consigner clairement par écrit les processus d'identification des phénomènes dangereux et d'évaluation des risques.

Le processus d'identification et d'évaluation des risques psychosociaux du travail

PLANIFICATION

Cible 7 > Avoir mis en place un processus d'identification et d'évaluation des risques psychosociaux du travail de l'INSPQ.

De la même façon, le processus d'identification et d'évaluation des RPS préconisé par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) sera réalisé et des mesures de prévention primaire et secondaire devront être mises en place.

La conformité légale et autres exigences

PLANIFICATION

Cible 8 > Avoir déterminé un processus interne qui assure la connaissance des nouvelles dispositions légales en matière de santé et de sécurité du travail, y compris la détermination d'une personne responsable du suivi de la conformité légale et des autres exigences.

Tout employeur au Québec doit se conformer aux exigences de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (Recueil des lois et des règlements du Québec (RLRQ), chapitre S-2.1). La veille réglementaire constitue un élément important du SGSST. Ainsi, le plan d'action local doit inclure des éléments de conformité, particulièrement ceux qui ont trait aux exigences légales qui ont été modifiés entre 2013 et 2016, à savoir le cadenassage, la gestion sécuritaire de l'amiante et le système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT). Il doit également inclure les domaines visés par l'inspectorat de la CNESST, soit la sécurité des machines et le travail en hauteur. Par ailleurs, les établissements doivent se soumettre aux autres exigences relatives à la santé et la sécurité du travail, tels que celles en provenance d'Agrément Canada.

5.3 > MISE EN ŒUVRE

La mise en œuvre à l'intérieur du SGSST précise les mesures de prévention qui correspondent aux phénomènes dangereux et aux risques décelés dans l'établissement.

Une procédure d'achat ou de location de produits, de fournitures et d'équipements sécuritaires

MISE EN ŒUVRE

Cible 9 > Avoir rédigé ou révisé et diffusé une procédure d'achat ou de location de produits, de fournitures et d'équipements sécuritaires.

En vue de soutenir les efforts pour atténuer les risques ciblés dans le plan d'action local (TMS, chutes, violence, RPS et conformité légale), l'établissement doit s'assurer d'offrir aux employés de l'équipement et des produits sécuritaires et en nombre suffisant. Pour ce faire, chaque établissement doit mettre en œuvre un processus d'achat ou de location de produits, de fournitures et d'équipements sécuritaires mais aussi pour le renouvellement d'un produit, d'une fourniture ou d'un équipement susceptible d'avoir causé un accident, un incident ou une situation à risque.



L'établissement doit mettre en œuvre des mesures de prévention et de protection pour répondre à ses obligations envers son personnel en vertu de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*. Notamment, à l'article 51 de la Loi, l'employeur doit s'assurer que les installations sous son autorité soient équipées et aménagées de façon à assurer la protection de ses employés, et doit fournir un matériel sécuritaire tout en assurant son maintien en bon état (Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux, 2012).

Plus particulièrement, les établissements du RSSS doivent offrir des soins et des services aux usagers de façon sécuritaire, conformément à l'article 5 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* (RLRQ, chapitre S-4.2), ce qui inclut l'utilisation de produits, de fournitures et d'équipements sécuritaires. D'ailleurs, les normes d'Agrément Canada précisent que l'établissement doit prévoir un processus de consultation au moment de l'achat de produits, de fournitures et d'équipements (Agrément Canada, 2017).

La gestion des entrepreneurs, des sous-traitants et le prêt de main-d'œuvre

MISE EN ŒUVRE

Cible 10 > Avoir rédigé ou révisé et diffusé une procédure de gestion des entrepreneurs y compris les exigences en matière de santé et de sécurité du travail pour les sous-traitants et le prêt de main-d'œuvre ou de service.

Pour assurer un environnement sain et sécuritaire tant pour les employés, les gestionnaires et les usagers, un contrôle rigoureux et efficace des entrepreneurs, des sous-traitants et le prêt de main-d'œuvre doit être établi, connu et évalué régulièrement.

Il porte sur deux volets, soit la sécurité lors de travaux d'entretien, de réparation, de rénovation et de construction effectués par des contractuels et le prêt de main-d'œuvre ou de service.

Chaque établissement doit avoir comme priorité la protection de la santé et de la sécurité de toutes les personnes qui y travaillent (de façon permanente ou temporaire), de même que des visiteurs et la clientèle qui y séjournent.

Pour répondre à ces obligations, il faut mettre en place des mesures de prévention et de contrôle avant, pendant et après les travaux d'entretien, de réparation, de rénovation et de construction et faire connaître ces mesures par tous.

De plus, en conformité avec la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, l'établissement qui emploie des ressources en provenance d'agences de location de personnel doit d'une part, s'assurer des compétences en santé et en sécurité du travail de ces ressources et, d'autre part, veiller que les ressources en question connaissent les règles relatives à la santé et à la sécurité du travail en vigueur ainsi que les mesures de prévention et de protection mises à leur disposition. Pour ce faire, des clauses spécifiant les exigences de l'établissement en matière de santé et de sécurité du travail doivent être prévues dans les contrats.

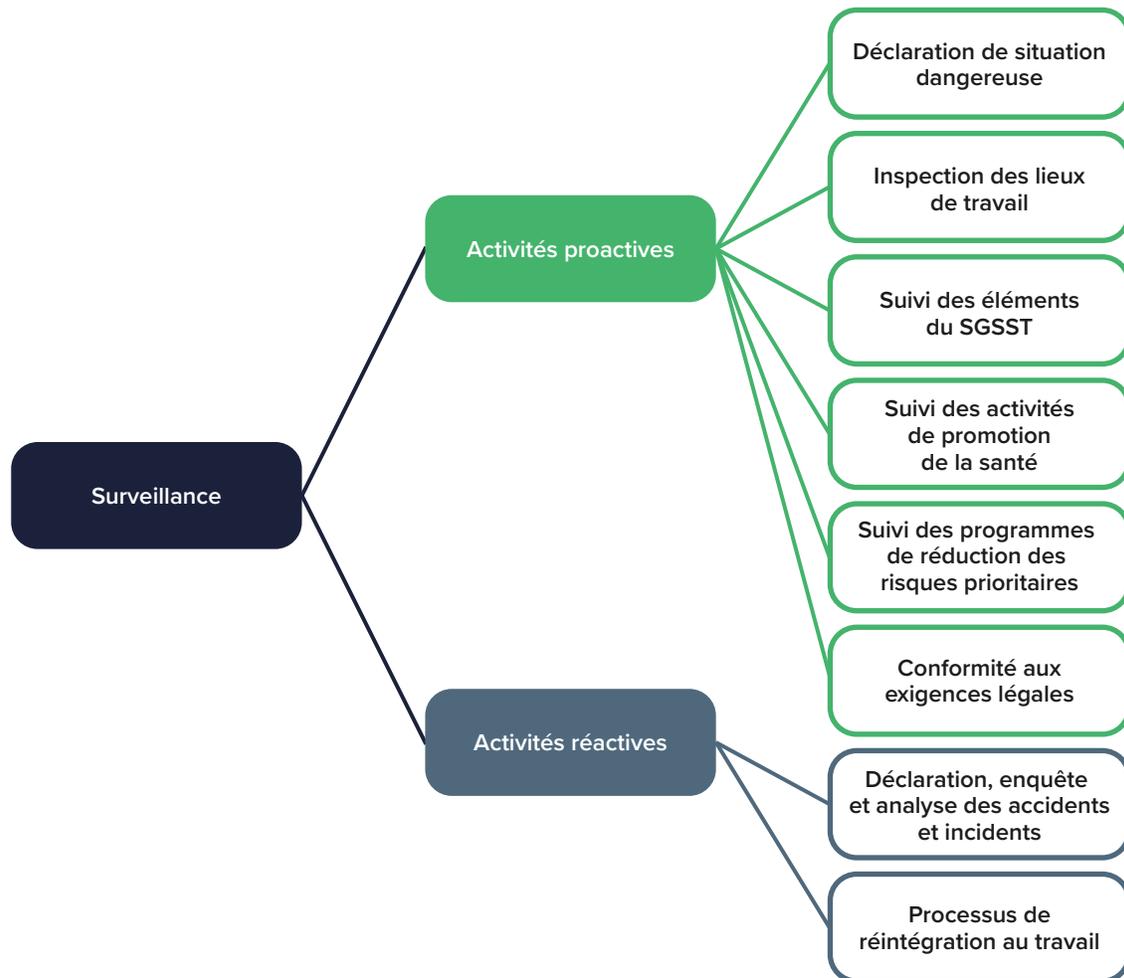
5.4 > SURVEILLANCE ET LA MESURE DES ACTIVITÉS

La surveillance et la mesure des activités du SGSST (AQESSS, 2015) servent à estimer la performance en santé et sécurité afin d'évaluer la détérioration ou l'amélioration des activités, de prendre et de justifier les décisions à partir de faits observables, d'améliorer le SGSST de façon continue, de vérifier l'atteinte des objectifs et des cibles, d'établir des priorités de réduction des coûts et de rendre des comptes aux différentes instances de l'établissement, au MSSS et à la CNESST.

La surveillance est un ensemble d'actions planifiées qui garantissent l'efficacité des éléments du SGSST et des mesures de prévention et de protection mises en œuvre par l'établissement afin de maîtriser les risques. À l'aide d'indicateurs, l'établissement décèle les non-conformités, c'est-à-dire les écarts par rapport aux pratiques et aux procédures établies ou à la réglementation qui pourraient entraîner des blessures, des maladies ou des dommages.

La surveillance est soit proactive ou réactive. Elle est dite proactive lorsqu'elle mesure quantitativement ou qualitativement la conformité des activités aux éléments du SGSST avant qu'un accident ne survienne. À l'opposé, elle est dite réactive lorsqu'elle mesure et observe les incidents, les accidents ou tout autre signe qui démontre une performance insuffisante en matière de santé et de sécurité du travail. La surveillance réactive, pour sa part, s'effectue après un incident, un accident ou un autre événement. Dans le cadre d'un SGSST, toutes les activités mises en œuvre doivent être évaluées et surveillées. Pour les besoins du Plan d'action national, les activités retenues sont présentées dans le schéma qui suit.

Figure 9 | Schéma des activités de surveillance et des mesures proactives et réactives dans le cadre du SGSST



Source : Adaptation de l'AQESSS, *Surveillance et mesure de la performance en santé et en sécurité du travail*, 2015.

L'implication des CPSST dans la surveillance et la mesure des activités du SGSST est un excellent moyen de favoriser la collaboration et la participation des employés et de leurs représentants pour soutenir la mise en place de mesures concrètes et conjointes.

La déclaration d'enquête et d'analyse des accidents du travail

SURVEILLANCE ET MESURE DES ACTIVITÉS

Cible 11 > Avoir rédigé ou révisé, et diffusé, une procédure unique de déclaration d'enquête et d'analyse à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'un incident attribuable au travail.

Dans le cadre du plan d'action local, la procédure de déclaration d'enquête et d'analyse des accidents du travail s'applique à tous les accidents et les maladies attribuables au travail ayant entraîné un arrêt du travail, des soins ou une réadaptation, ainsi qu'aux incidents survenus aux employés (aux bénévoles et aux stagiaires selon le choix de l'établissement). Elle doit permettre de déclarer les blessures et les maladies attribuables au travail ainsi que les incidents qui auraient pu en causer et en déterminer les causes fondamentales pour prendre les mesures de prévention et de protection nécessaires.

L'évaluation de l'atteinte des objectifs des activités de promotion de la santé et des programmes de réduction des risques

SURVEILLANCE ET MESURE DES ACTIVITÉS

Cible 12 > Intégrer au plan d'action local des moyens de surveillance et de mesure afin d'évaluer l'atteinte des objectifs des activités de promotion de la santé et des programmes de réduction des risques de TMS, de chute, de violence, des RPS et de conformité légale.

Chaque programme de réduction des risques mis en œuvre dans l'établissement doit inclure des moyens de surveillance et de mesure de l'atteinte des objectifs. De la même façon, les activités de prévention en matière de santé tant psychologique que physique et de promotion des saines habitudes de vie mises en place doivent être évaluées et mesurées. La période d'évaluation peut être tous les deux ans, mais la surveillance de l'atteinte des objectifs est faite annuellement.

La déclaration, l'analyse et la maîtrise d'une situation dangereuse

SURVEILLANCE ET MESURE DES ACTIVITÉS

Cible 13 > Avoir rédigé ou révisé et diffusé une procédure de déclaration, d'analyse et de maîtrise d'une situation dangereuse au travail.

Un processus de déclaration, d'analyse et de maîtrise des situations dangereuses est nécessaire afin de corriger, de façon proactive, des phénomènes dangereux ou conditions de travail à risque. Les employés doivent avoir la possibilité de déclarer de telles situations à leur gestionnaire avant que le risque ne se concrétise.

Le processus d'inspection en santé et en sécurité du travail

SURVEILLANCE ET MESURE DES ACTIVITÉS

Cible 14 > Avoir rédigé ou révisé, et diffusé, une procédure d'inspection en santé et en sécurité du travail.

L'inspection est une activité proactive planifiée de surveillance des lieux de travail et de l'équipement utilisé à l'occasion du travail afin d'identifier les phénomènes dangereux, d'en évaluer les risques qui y sont associés et d'apporter les actions correctives ou préventives appropriées. L'implication des employés et de leurs représentants est une bonne façon de les conscientiser aux risques présents dans leur milieu de travail et de les impliquer dans la recherche de solutions.

5.5 > REVUE PAR LA DIRECTION

REVUE PAR LA DIRECTION

Cible 15 > Avoir établi un processus pour le suivi de l'avancement du SGSST et du plan d'action local par le comité de direction et le conseil d'administration.

Chaque année, le SGSST est revu par la haute direction et au sein du CPSST de l'établissement pour s'assurer qu'il demeure pertinent, adéquat et efficace. Cela permet d'évaluer du coup la nécessité d'améliorer la performance en santé et en sécurité du travail de l'établissement et d'y apporter les modifications nécessaires, de vérifier l'atteinte des cibles et des objectifs prévus au plan d'action local, d'en émettre de nouveaux et de revoir le budget alloué au besoin.

PARTIE 3

AXES D'INTERVENTION

Le Plan d'action national précise les interventions à mettre en œuvre dans un plan d'action local pour les prochaines années. Outre les mesures d'implantation graduelle des principaux éléments d'un SGSST discutée précédemment, il se compose de trois axes d'intervention obligatoires. Chaque axe du tableau 2 comporte des livrables qui figurent à l'annexe 2 et qui font partie intégrante du SGSST.

Tableau 2 | Axes d'intervention et objectifs

AXE 1	AXE 2	AXE 3
PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL ET PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE	PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS	CONFORMITÉ LÉGALE
Objectifs		
Veiller à la santé psychologique au travail et à la réduction des RPS**	Réduire les TMS [†]	Rendre conforme la sécurité des machines ^{††}
		Rendre conforme le travail en hauteur ^{††}
Appliquer des pratiques de gestion respectueuses des personnes*	Réduire la violence en milieu de travail [†]	Rendre conformes les méthodes de cadenassage ^{††}
		Rendre conformes les nouvelles dispositions du système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail – Système général harmonisé (SIMDUT-SGH) ^{††}
Favoriser la santé psychologique au travail et les saines habitudes de vie auprès du personnel**	Réduire les chutes de même niveau [†]	Rendre conforme la gestion sécuritaire de l'amiante ^{††}

Légende :

* Politique gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail.

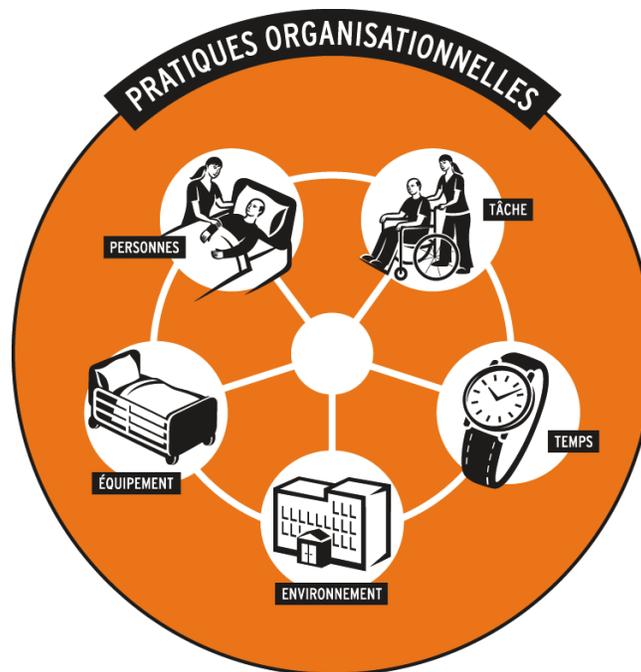
** Mesure huit du Plan d'action pour la santé mentale du Québec (2015-2020).

† Planification pluriannuelle en prévention-inspection de la CNESST (2017-2019).

†† Règlementation de la CNESST en vigueur.

Pour développer la prévention dans les établissements, l'ASSTSAS a adopté un modèle systémique appelé l'approche globale. Toute situation de travail se compose de six éléments : des personnes exécutent des tâches à l'aide d'équipements, dans un environnement et un temps donnés. L'ensemble est régi par des pratiques organisationnelles. Tous ces éléments s'influencent mutuellement. Leur compatibilité détermine le niveau de sécurité des personnes au travail. Harmoniser les éléments de la situation de travail pour obtenir une sécurité optimale constitue le but de la prévention en santé et sécurité au travail. Véritable pilier de la prévention, l'approche globale permet d'examiner l'ensemble des facteurs qui déterminent la situation dans laquelle le travail est exécuté et de les analyser de façon dynamique.

Figure 10 | Approche globale de la situation de travail



Source : ASSTSAS (2013). *L'approche globale en prévention : pour mieux y voir*, Objectif prévention, Montréal, ASSTSAS, Vol. 36, no 3, 2 p.

AXE 1 : PRÉVENTION EN MATIÈRE DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL ET PROMOTION DES SAINES HABITUDES DE VIE

Pour intervenir sur la santé psychologique en milieu de travail, deux approches sont possibles, soit celle centrée sur l'employé et celle visant l'organisation. La littérature privilégie les approches combinées, soit la promotion de l'amélioration du bien-être des employés et la prévention des RPS visant la correction des facteurs susceptibles de nuire à la santé psychologique en milieu de travail (Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound) et EU-OSHA, 2014; Leka et collab., 2014).

L'objectif de l'approche centrée sur l'employé est de rendre ce dernier capable de prendre en charge sa santé et d'améliorer son bien-être psychologique tout en renforçant sa résilience et sa capacité à régler ses problèmes de même qu'à gérer son stress (Dagenais-Desmarais, 2013). Les interventions de ce type sont d'ordre secondaire; on tend alors à aider l'employé à confronter les facteurs nocifs de son environnement de travail et à inverser ou à ralentir le dommage occasionné à sa santé par une exposition chronique aux RPS. Ce sont donc les facteurs individuels que l'on cible dans cette approche. Les études précisent toutefois qu'à elles seules les interventions visant uniquement l'individu ne sont pas efficaces à long terme (Brun et collab., 2003).

En effet, pour assurer un milieu de travail «psychologiquement sain» et durable, l'employeur doit agir, en même temps, sur des facteurs de nature organisationnelle en vue de réduire les RPS (Ouellet et collab., 2005; Centre pour la santé mentale en milieu de travail, 2019).

1.1 > OBJECTIF 1 VEILLER À LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL ET À LA RÉDUCTION DES RISQUES PSYCHOSOCIAUX DU TRAVAIL

Objectif spécifique 1.1 > Trois personnes par établissement sont formées par l'INSPQ pour évaluer les risques psychosociaux du travail.

Objectif spécifique 1.2 > Avoir produit et implanté une stratégie d'intervention pour réduire les risques psychosociaux du travail dans l'ensemble des installations de l'établissement.

L'évaluation des risques est prioritaire à toute intervention sur les risques psychosociaux du travail; il y a toutefois une différence entre l'évaluation de ces risques et celle effectuée pour les risques ergonomiques ou physiques, qui reposent avant tout sur des mesures qui sont extérieures à l'individu. Pour les risques psychosociaux, «[...] il est important de tenir compte de la perception de la personne et de son expérience passée. Le risque n'est plus défini comme une combinaison de probabilités qu'un événement survienne ou qu'il ait des conséquences défavorables, mais il inclut également une perception subjective de la personne du risque et de l'effet négatif. Cela importe non seulement pour l'évaluation du risque, mais aussi pour la gestion réussie du risque, car tout programme de réduction des risques basé sur la participation des employés aura de meilleures chances de succès» (traduction libre) (EU-OSHA, 2007, p. 5).

1.1.1 > Définition

Depuis plus de trente ans, une multitude de travaux de recherche ont porté sur la détermination des causes et des facteurs de risque de stress lié au travail tels que l'organisation et les conditions de travail; on les nomme maintenant les «risques psychosociaux du travail» (Gilbert et collab., 2012).

De nombreuses définitions sont proposées dans la littérature. Cependant, on peut retenir que les RPS sont des «[f]acteurs qui sont liés à l'**organisation du travail**, aux **pratiques de gestion**, aux **conditions d'emploi** et aux **relations sociales** qui augmentent la probabilité d'engendrer des effets néfastes sur la santé physique et psychologique des personnes exposées» (INSPQ, 2016, dia. 24).

1.1.2 > Facteurs de risque psychosociaux du travail

Un facteur de risque est «[t]out élément qui, seul ou combiné à d'autres, **augmente la possibilité d'engendrer des effets négatifs sur la santé de la population exposée**» (INSPQ, 2016b, dia. 23).

Si l'on se rapporte à l'EQCOTESST, plus de 7% des travailleurs souffrent de symptômes dépressifs liés au travail, les femmes étant plus nombreuses en proportion que les hommes. Les symptômes dépressifs seraient plus présents lorsqu'il existe un cumul de contraintes en lien avec la demande psychologique ou lorsque les travailleurs n'ont pas les moyens nécessaires à leur disposition pour effectuer un travail de qualité (Stock et collab., 2014).

L'augmentation de la détresse psychologique est difficile à évaluer, puisque les employés qui présentent des symptômes dépressifs se retrouvent à la fois en congé de maladie, mais également sur la liste des personnes toujours présentes au travail. En effet, 60% des travailleurs qui souffrent de symptômes dépressifs se présenteraient au travail malgré leurs symptômes, ce qui illustre bien le phénomène du présentéisme au travail (Vézina et collab., 2011b).

Les RPS seraient associés à une augmentation de la détresse psychologique, du stress, de l'épuisement professionnel et ultimement de la dépression chez les travailleurs, mais aussi des TMS, des problèmes cardiovasculaires (Szeto et collab., 2013) et des risques d'accidents de travail (Vézina et collab., 2011a).



Sur la base des évidences scientifiques les plus importantes, l'INSPQ a déterminé six principaux facteurs de risque psychosociaux du travail (INSPQ, 2016a) qui sont issus de trois principaux modèles théoriques validés et reconnus soit : le modèle demande-autonomie-soutien (Karasek et Theorell, 1990); le modèle déséquilibre-effort et récompense (Siegrist, 1996) et le modèle de justice organisationnelle (El vainio, Kivimaki et Vahtera, 2002). Les six principaux facteurs de risque psychosociaux du travail sont les suivants :

- **La charge de travail** : fait référence à la quantité de travail, sa complexité et les contraintes de temps;
- **L'autonomie décisionnelle** : fait référence à la possibilité d'exercer un certain contrôle sur le travail à réaliser et la possibilité d'utiliser ou de développer ses habiletés;
- **Le soutien social du supérieur** : fait référence à la disponibilité et à la capacité du supérieur immédiat à soutenir les employés de même que le degré de dignité, de politesse et de respect avec lesquels les employés sont traités par leur supérieur;
- **Le soutien social des collègues** : fait référence à l'esprit d'équipe, au degré de cohésion dans le groupe de même qu'à l'assistance et à la collaboration de la part des collègues dans l'accomplissement des tâches;
- **La reconnaissance au travail** : fait référence aux différentes façons de reconnaître les efforts et les réalisations des hommes et des femmes, qu'il s'agisse de rémunération, d'estime, de respect, d'équité, de sécurité d'emploi ou encore de perspective de promotion;
- **L'information et la communication** : fait référence aux moyens mis en place par la direction pour informer et consulter le personnel sur le contexte de l'entreprise et sur la vision de la direction.

1.1.3 > Importance du rôle du gestionnaire et du personnel cadre et hors cadre dans la réduction des risques psychosociaux du travail

La réduction des risques psychosociaux du travail passe par la participation active du gestionnaire. Toutefois, il n'est pas l'unique personne impliquée, car il ne lui sera possible de contribuer au maintien d'un milieu de travail sain et sécuritaire qu'à la condition que son rôle soit clairement établi par la direction avec toute la marge de manœuvre nécessaire pour y arriver (Journoud et collab., 2012).

L'essentiel, aux dires des auteurs, est que le gestionnaire et le personnel cadre et hors cadre doivent disposer d'un soutien immuable de la haute direction, disposer de directives clairement définies et posséder une marge de manœuvre suffisante pour assurer un milieu de travail psychologiquement sain, sans oublier la possibilité de mettre en application ce qu'ils ont appris dans leur formation (OCDE, 2015; Journoud et collab., 2012; Eurofound et EU-OSHA, 2014).



Selon Estelle Morin, professeure à l'École des hautes études commerciales de Montréal, le gestionnaire a un rôle à jouer pour donner un sens au travail de ses employés. Il peut notamment :

- assurer des conditions de travail sûres et saines, par exemple un milieu de travail sécuritaire, des heures de travail suffisantes pour effectuer la tâche, mais aussi pour avoir une vie en dehors du travail ainsi qu'un salaire et des avantages équitables;
- donner un but et des orientations pour le travail;
- promouvoir des comportements éthiques au travail;
- encourager le plaisir au travail;
- reconnaître leur effort même si les résultats ne sont pas atteints;
- ajuster la charge de travail;
- développer leur autonomie dans l'accomplissement du travail et les inciter à recourir à leurs compétences et leur jugement pour résoudre les problèmes;
- donner le soutien nécessaire;
- encourager l'entraide entre collègues, particulièrement lors de périodes difficiles au travail;
- encourager les relations positives de travail (2004, p. 9, traduction libre).

D'autres études confirment que « plus un superviseur adopte des comportements de gestion soutenant l'autonomie, plus il répond aux besoins psychologiques fondamentaux de ses subalternes et, de ce fait, plus il contribue à accroître leur bien-être psychologique » (Forest et collab., 2010, p. 23). Enfin, plus le gestionnaire adopte un style positif de gestion du personnel, c'est-à-dire avoir des comportements de responsabilisation, de félicitation et de consultation, plus les employés vivront du bien-être psychologique au travail et moins il y aura de détresse psychologique.

Une étude récente émet trois recommandations pour favoriser l'appropriation de démarches préventives en santé psychologique au travail par les gestionnaires :

- **Mettre en œuvre des interventions préventives dans l'environnement psychosocial des gestionnaires :** l'adoption par les gestionnaires de pratiques de gestion favorisant la santé serait influencée par leur propre santé mentale et leur propre environnement psychosocial. Si les gestionnaires perçoivent que leur organisation se préoccupe de la santé mentale, ils seront plus enclins à adopter des pratiques de gestion respectueuses des personnes qui favorisent la qualité de vie au travail.
- **Soutenir l'implantation des démarches sur les risques psychosociaux au moyen de ressources et d'outils accordés aux gestionnaires :** la formation, l'accompagnement individuel en entreprise, le soutien social et l'accès à du codéveloppement seraient les outils les plus prisés des gestionnaires.
- **Mettre en évidence les liens entre les différents projets organisationnels en cours et la santé psychologique du personnel :** faire des liens entre les projets ou les pratiques de gestion en place et l'effet positif souhaité sur la santé psychologique (Biron et collab., 2016, p. 73).

1.2 > OBJECTIF 2 APPLIQUER DES PRATIQUES DE GESTION RESPECTUEUSES DES PERSONNES

Objectif spécifique 2.1 > Pratique de gestion analysée, revue et améliorée annuellement.

Des pratiques de gestion respectueuses des personnes contribuent à l'amélioration de la santé mentale du personnel et favorisent un climat de travail sain. Dans le cadre du plan d'action local, les établissements doivent réviser et améliorer au moins une pratique de gestion par année au cours des cinq prochaines années. Au-delà des pratiques de gestion citées dans le Plan d'action national, le choix des pratiques demeure la prérogative de l'établissement.

1.2.1 > Pratiques de gestion obligatoires

Le processus de soutien et de réintégration au travail

Objectif spécifique 2.2 > Huit orientations du Cadre de référence sur le soutien et la réintégration au travail : vers une approche axée sur la collaboration sont mises en œuvre.

Au regard des problématiques de santé mentale, le soutien au rétablissement est indispensable car le risque de rechute est élevé (Dewa et collab., 2009). À la suite du retour au travail pour ce type d'absence, un suivi s'impose, car la personne n'est pas complètement guérie à son retour. D'ailleurs, le Conference Board du Canada évalue que seulement 17% des personnes souffrant de dépression ou d'anxiété selon leur médecin travaillent à temps plein et sont pleinement fonctionnelles au travail. De plus, 20% travailleraient à temps partiel à cause de leur trouble ou de leur maladie mentale qui les empêcherait de travailler à plein temps, et 23% seraient incapables de travailler (Sutherland et collab., 2016). La mise en œuvre du Cadre de référence sur le soutien et la réintégration au travail, diffusé par le MSSS, est donc une priorité.

La promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail

Objectif spécifique 2.3 > Politique-cadre en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail diffusée à l'ensemble du personnel.

En 2016, le MSSS a demandé à tous les établissements d'adopter une politique-cadre en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail. La diffusion de la politique, mais aussi la sensibilisation auprès de l'ensemble du personnel, fait partie intégrante du plan d'action local.

Le harcèlement au travail est maintenant davantage reconnu dans les législations, tant canadiennes qu'européennes. Une politique sur le sujet est donc essentielle, mais elle ne parviendra pas à elle seule à prévenir l'incivilité et le harcèlement psychologique au travail. Les établissements doivent être proactifs, et instaurer des mesures de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence pour assurer au personnel un milieu de travail sain et sécuritaire.

Le programme de sensibilisation et de formation en santé, en sécurité et en qualité de vie au travail offert aux gestionnaires et au personnel cadre et hors cadre

Objectif spécifique 2.4 > Programme de sensibilisation et de formation en santé, en sécurité et en qualité de vie au travail offert aux gestionnaires et au personnel cadre et hors cadre.

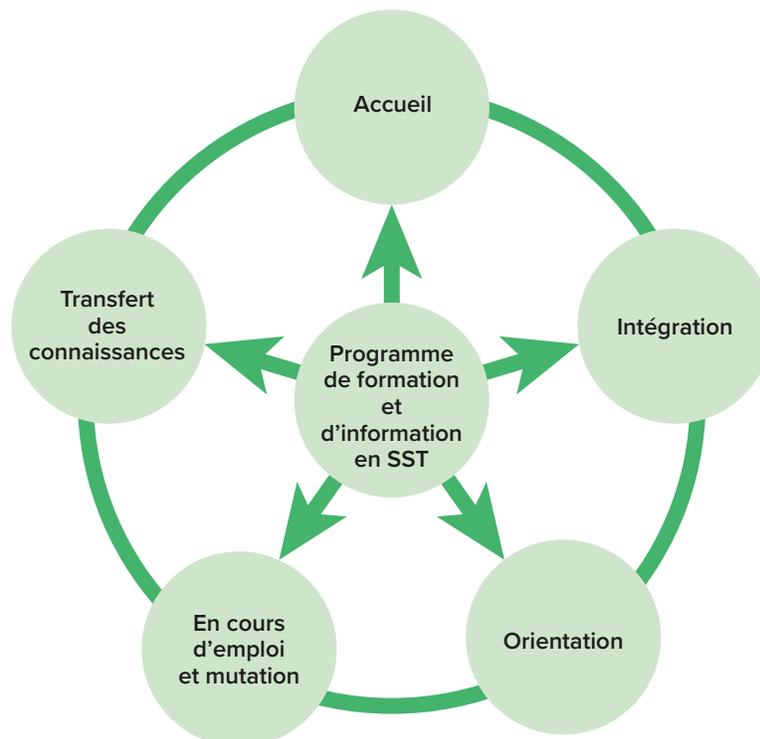
Un programme de sensibilisation et de formation en santé, en sécurité et en qualité de vie au travail doit être offert aux gestionnaires et au personnel cadre et hors cadre afin de mieux les outiller dans l'accompagnement de leurs équipes et dans le maintien d'un milieu de travail sain et sécuritaire. Ce programme doit inclure les pratiques de gestion respectueuses des personnes qui favorisent le maintien et la qualité de vie au travail, comme celles qui touchent les facteurs des RPS.

L'accueil, orientation et intégration des nouveaux employés

Objectif spécifique 2.5 > Programme de sensibilisation et de formation en santé, en sécurité et en qualité de vie au travail adapté aux risques inhérents du travail inclus dans les processus d'accueil, d'intégration et d'orientation des nouveaux employés.

Pour soutenir le développement d'une culture de promotion de la santé au travail et de prévention des risques professionnels durables, il est nécessaire de porter une attention particulière aux processus d'accueil, d'intégration et d'orientation des nouveaux employés, lesquels doivent inclure des activités de sensibilisation aux risques inhérents du travail, et prévoir des actions concrètes pour outiller les nouveaux employés (formation, accompagnement individuel en entreprise, simulations, etc.).

Figure 11 | Schématisation du programme de formation et d'information en santé et sécurité du travail dans le cadre du SGSST



Source : Compétence, formation et information en santé et sécurité du travail, AQESSS, 2012.

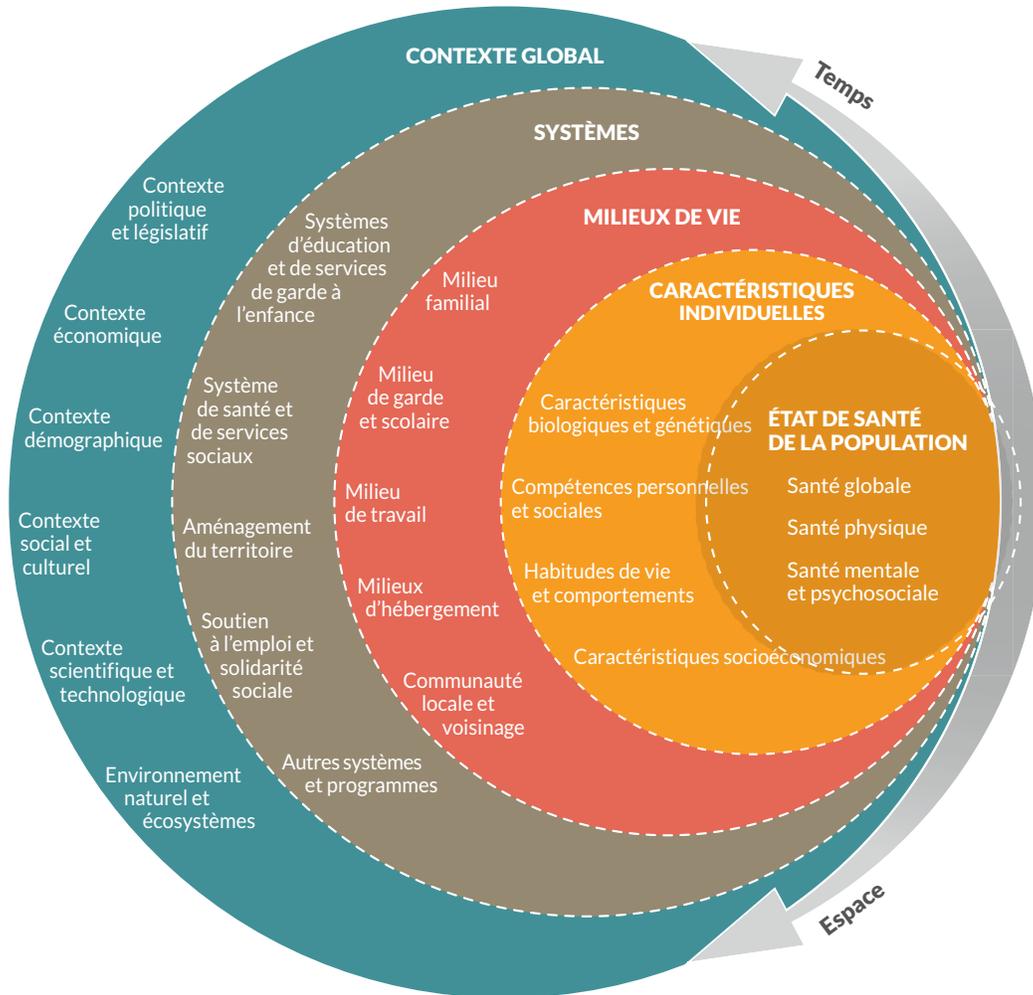
1.3 > OBJECTIF 3 FAVORISER LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE ET LES SAINES HABITUDES DE VIE AUPRÈS DU PERSONNEL

Objectif spécifique 3.1 > Promotion de la santé psychologique au travail et les saines habitudes de vie par l'entremise de trois activités récurrentes dont au minimum un programme d'activités physiques et une activité de promotion de la santé psychologique.

Bien que des études avancent que les activités en promotion de la santé en milieu de travail entraîneraient une réduction moyenne du coût des maladies de l'ordre de 26% et de l'absentéisme d'environ 27%, ce ne serait pas toutes les activités mises en place dans les organisations qui seraient efficaces. Lorsque les mesures portent uniquement sur l'information, la formation ou les activités physiques, elles réduisent peu la maladie et, par le fait même, l'absentéisme. Pour donner de meilleurs résultats, une approche combinant des interventions en promotion de la santé et en prévention primaire et secondaire sont à privilégier (European Commission, 2011, p. 19).

Le cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants, présenté à la figure 12, cible les nombreux facteurs qui influencent, directement ou indirectement, l'état de santé physique, mentale et psychosociale d'une population et, par le fait même, d'un individu (MSSS, 2010a).

Figure 12 | Carte de la santé et de ses déterminants



Source : MSSS, *La santé et ses déterminants, mieux comprendre pour mieux agir*, 2012.

L'employeur peut difficilement modifier l'ensemble des choix personnels de ses employés, mais il peut certainement les influencer par, notamment, la promotion des saines habitudes de vie dans un environnement favorable à la santé, c'est-à-dire un environnement qui présente des conditions qui aideront les employés à faire des choix sains pour améliorer ou pour maintenir une bonne santé physique et psychologique (MSSS, 2012b). Pour ce faire, l'employeur doit cibler les bonnes activités à offrir à l'ensemble du personnel et accorder de l'importance à leurs besoins et à leurs préférences, car la participation des employés est volontaire (Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (CCHST, 2019)). Il est aussi important que l'employeur prenne en considération le milieu de travail et les caractéristiques de sa main-d'œuvre. Dans le plan d'action local, les activités de promotion de la santé doivent soutenir les objectifs spécifiques de l'axe 2. De plus, les activités de promotion de la santé doivent viser des comportements qui sont modifiables en matière d'habitudes de vie (Bounajm et collab., 2014).

1.3.1 > Activité obligatoire : un programme d'activité physique

Une recherche du Conference Board du Canada révèle que le taux d'inactivité physique au Québec serait de 50,7%, et l'un des plus élevés au Canada (Bounajm et collab., 2014). Pourtant, selon les études, la pratique régulière d'activités physiques correspond «à un état de bien-être, une meilleure estime de soi, une appréciation plus favorable de sa santé physique et mentale et une incidence moins élevée de problèmes de santé mentale» (INSPQ, 2008, p. 105).

Les bénéfices escomptés de l'activité physique pratiquée régulièrement sont nombreux, comme le mentionne l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM) : amélioration de la santé cardiaque (capacité à l'effort et fonctionnelle); diminution de la tension artérielle systolique; maintien ou légère perte de poids; régularisation du taux de sucre et du taux de lipides dans le sang; amélioration de l'endurance, de la force musculaire et de la flexibilité; diminution de la fatigue, augmentation de l'énergie, de la capacité de concentration et réduction du stress; prévention de l'ostéoporose et prévention du déclin cognitif (ICM, 2019).

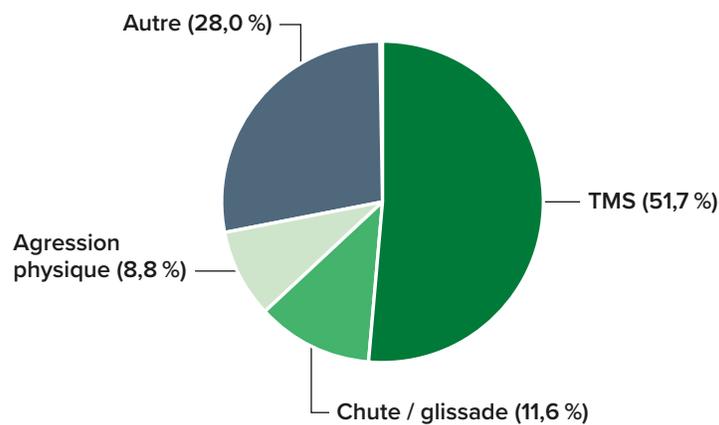
La promotion de l'activité physique agit positivement sur la santé mentale des personnes. Selon des études, «les personnes actives physiquement ont objectivement des indicateurs psychosociaux de niveaux plus élevés que les non-actifs et subjectivement elles expriment dans les domaines des capacités physiques, des sensations somatiques, des interactions sociales et de l'état psychologique, une satisfaction qui démontre une qualité de vie supérieure aux non-actifs» (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2008, p. 205).

Dans le cadre du plan d'action local, l'employeur doit mettre en place un programme d'activités physique en tenant compte «qu'environ un travailleur québécois sur cinq souffre de symptômes musculo-squelettiques fréquents liés au travail qui interfèrent avec ses activités (16% chez les hommes et 25% chez les femmes)» (traduction libre) (Côté et collab., 2013, p. 644). Le programme d'activité physique en milieu de travail doit être adapté et prendre en compte les besoins et les capacités des gens de chaque catégorie d'âge.

AXE 2 : PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS

Comme il a été mentionné à la partie 1 du présent document, la CNESST a ciblé le RSSS pour que les établissements réduisent les risques de TMS, de chutes de même niveau et de violence en milieu de travail. Selon les données du tableau 1, présentées à la figure 13, ces risques ont engendré 72 % des lésions professionnelles déclarées entre 2014 et 2018¹⁴. Mentionnons que, dans le secteur «Autres» de la figure 13, 0,7% des lésions sont relatives à des atteintes psychologiques et que 27,3% aux autres risques.

Figure 13 | Répartition des lésions professionnelles du personnel du RSSS de 2014 à 2018 par risque identifié par la CNESST



Source : MSSS, Données tirées de la base de données de la CNESST du 2019-02-11.

2.1 > OBJECTIF 4 RÉDUIRE LES TROUBLES MUSCULO-SQUELETTIQUES

Objectif spécifique 4.1 > Avoir produit et implanté une stratégie d'intervention pour réduire les TMS dans l'ensemble des installations de l'établissement.

14. Rappel : les chutes représentées ici comprennent des chutes à des niveaux inférieurs. Nous les incluons, car il y a une certaine incertitude sur le codage de la description des lésions dans les données transmises par la CNESST. Nous estimons qu'au moins 80% de ces lésions sont au même niveau, soit la définition retenue par la CNESST.

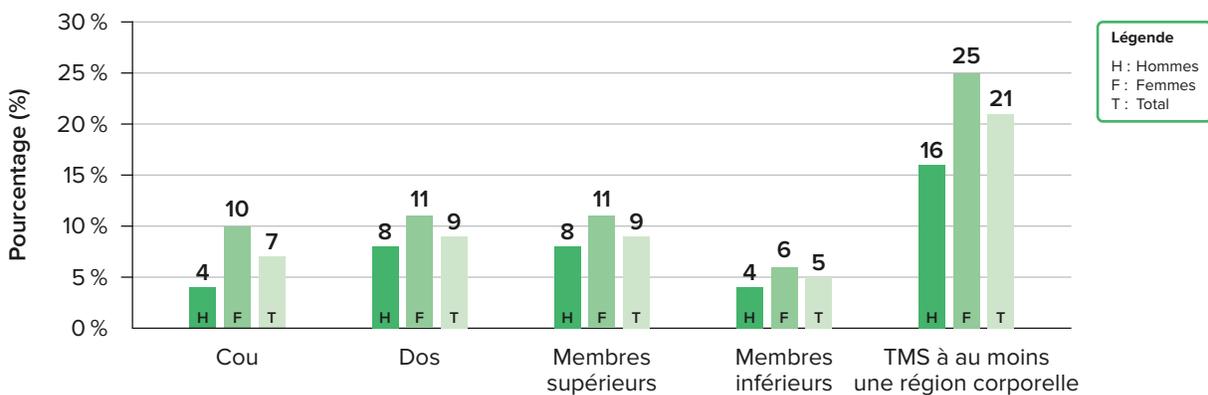


2.1.1 > Définition

La définition des TMS englobe une multitude de symptômes et de lésions touchant plusieurs parties du corps, ce qui en rend difficile la prévention. Du point de vue de Vézina et collab., ce serait « un ensemble de symptômes et de lésions inflammatoires ou dégénératives de l'appareil locomoteur du cou, du dos, des membres supérieurs et des membres inférieurs. Ils touchent diverses structures, telles que les tendons, les muscles, les ligaments, [...] » (2011a, p. 38). On distingue deux types de TMS. Il y a les TMS liés au travail, qui apparaissent progressivement (Côté et collab., 2013; MSSS, 2012a) et qui résultent de l'exercice d'un travail associé à la sollicitation des tissus musculo-squelettiques dont « la demande d'un travail dépasse la capacité d'adaptation des tissus » (INSPQ, 2019, en ligne), et il y a les lésions musculo-squelettiques engendrées par un événement accidentel et traumatique. Les stratégies d'intervention pour la réduction des TMS devront tenir compte de cette différence si l'on souhaite bien cibler les interventions.

D'après l'EQCOTESST¹⁵, 20 % des travailleurs souffraient de TMS en 2007-2008 (MSSS, 2012a). C'est un travailleur sur quatre qui est exposé à un degré élevé de contraintes biomécaniques, dont plus de la moitié sont des travailleurs manuels (MSSS, 2012a). La figure 14 présente la proportion des travailleurs atteints de TMS liés au travail selon les parties du corps. Les femmes ont plus de TMS liés au travail que les hommes. Le dos et les membres supérieurs sont les parties du corps les plus touchées.

Figure 14 | Proportion des travailleurs et travailleuses atteints de TMS liés au travail selon les parties du corps



Source : INSPQ (2014). Ampleur des troubles musculo-squelettiques au travail : Faits saillants de l'EQCOTESST, 2 p.

La prévention de ce trouble est un grand défi pour toutes les organisations, car d'une part, la douleur est le premier signe présent chez le travailleur et, d'autre part, «[o]n ne peut [...] que diagnostiquer un TMS et non le dépister» (Aptel et collab., 2008, p. 4).

15. L'EQCOTESST fut réalisée en 2007-2008 par l'entremise d'entrevues téléphoniques auprès d'un échantillon de plus de 5 000 travailleurs québécois de 15 ans et plus, représentatif de l'ensemble des travailleurs québécois occupant un emploi rémunéré, à titre d'employé ou de travailleur autonome, depuis au moins 8 semaines à raison de 15 heures et plus par semaine.

2.1.2 > Causes d'apparition de TMS liés au travail

Les causes ne sont pas précises, elles résultent de conditions d'exposition complexes (Mardon et collab., 2013), et peuvent interagir entre elles (CNESST, 2015). Les études démontrent que les principales causes d'apparition de TMS liés au travail sont les contraintes physiques (effort, répétitivité et postures contraignantes) ainsi que certaines contraintes de l'organisation du travail, notamment la cadence et l'intensité du travail, le manque d'autonomie et de soutien (Stock et collab., 2014).

L'EQCOTESST a relevé neuf contraintes physiques pouvant causer des TMS liés au travail; les TMS traumatiques n'ont pas été considérés dans cette enquête. À la lecture de la liste, plusieurs contraintes physiques sont présentes dans les établissements du RSSS :

- Manipuler sans aide des charges lourdes (ex. : soulever, porter, déplacer et accompagner des personnes ou des charges comme des caisses ou des meubles);
- Fournir des efforts à l'aide d'outils, de machines ou d'équipement;
- Effectuer des gestes répétitifs avec les mains ou les bras (ex. : travail à la chaîne, saisie de données et rythme imposé par une machine);
- Travailler les mains au-dessus des épaules;
- Travailler le dos penché vers l'avant, de côté ou avec une torsion (dos tordu);
- Effectuer des gestes de précision (ex. : saisir un objet du bout des doigts, aligner un outil ou une pièce, ou maîtriser ses mouvements fins);
- Subir des vibrations émanant d'outils à main (vibrations aux mains ou aux bras);
- Subir des vibrations provenant de grosses machines ou du sol (vibration du corps tout entier);
- Travailler debout sans possibilité de s'asseoir (Stock et collab., 2014).

De plus l'enquête a aussi mis en évidence plusieurs contraintes au sein de l'organisation qui peuvent avoir une incidence sur l'apparition d'un TMS lié au travail. En voici une liste non exhaustive :

- **Demande psychologique** : la quantité et la complexité de travail à accomplir ainsi que les contraintes de temps auxquelles un travailleur est confronté.
- **Autonomie au travail (latitude décisionnelle)** : la possibilité de choisir comment faire son travail et de participer aux décisions qui s'y rattachent ainsi que la capacité d'utiliser ses habiletés et d'en développer de nouvelles.
- **Soutien des supérieurs et des collègues** : le soutien social et le soutien pratique des superviseurs et des collègues dans la réalisation des tâches.
- **Reconnaissance** : récompenses au travail, qu'elles soient monétaires (salaire), sociales (estime et respect de la part des collègues et des superviseurs) ou organisationnelles (sécurité d'emploi et perspectives de promotion).
- **Déséquilibre effort-reconnaissance** : le déséquilibre entre les efforts faits au travail et la reconnaissance reçue.
- **Harcèlement sexuel** : être l'objet de paroles ou de gestes à caractère sexuel non désirés.
- **Harcèlement psychologique** : être l'objet de paroles ou d'actes répétés portant atteinte à la dignité ou à l'intégrité de la personne (Stock et collab., 2014).

Ces résultats correspondent aux constats d'études sur la relation entre la santé physique et la santé mentale. La réduction de l'exposition aux facteurs de RPS pourrait avoir un effet sur la diminution des TMS et les problèmes de santé mentale chez les travailleurs (MSSS, 2012a). Une réflexion sur des interventions simultanées pour réduire les TMS et les risques psychosociaux du travail devrait être faite par chaque établissement. Car, selon l'EQCOTESST, « la prévalence des TMS liés à l'emploi principal augmente jusqu'à environ 40 % chez les travailleurs exposés à la combinaison d'un cumul d'au moins quatre contraintes physiques et d'une contrainte organisationnelle » (Vézina et collab., 2011b, p. 14).

2.2 > OBJECTIF 5 RÉDUIRE LA VIOLENCE EN MILIEU DE TRAVAIL

Objectif spécifique 5.1 > Avoir produit et implanté une stratégie d'intervention pour réduire la violence en milieu de travail dans l'ensemble des installations de l'établissement.

Au Québec, les résultats de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015 indiquent que 20,6% des travailleurs québécois déclarent avoir été victimes au moins une fois de harcèlement psychologique au cours des douze derniers mois. Pour le secteur des soins de santé et de l'assistance sociale, les données brutes de l'EQSP indiquent que c'est 26,7% qui mentionnent en avoir été victimes (Camirand et collab., 2016). Du côté de la violence physique, les résultats de l'EQCOTESST, publiés en 2011, précisent que 2% des répondants auraient subi de la violence physique. Ce serait le personnel syndiqué qui subirait le plus de violence dans leur emploi indépendamment du type de violence. La prévalence de la violence tant sous la forme de harcèlement que de violence physique serait plus grande dans les secteurs publics, notamment dans le secteur de la santé et des services sociaux (Pelletier et collab., 2018).

Toujours selon l'EQCOTESST, les conséquences de la violence au travail sont réelles. Les personnes qui subissent une forme ou l'autre de violence sont «plus nombreuses, en proportion, à avoir une perception négative de leur état de santé générale, des problèmes de santé mentale et des troubles musculo-squelettiques que les autres. Par ailleurs, les personnes exposées à plus d'une forme de violence sont proportionnellement plus nombreuses que les victimes d'une seule à connaître de la détresse psychologique élevée ou des symptômes dépressifs, à avoir subi un accident du travail ou à faire du présentisme pendant plus de dix jours» (Vézina et collab., 2011b). C'est aussi le constat de l'étude de 2013 de la Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (Eurofound, 2013).

2.2.1 > Définition

«La plupart des gens associent la violence à une agression physique. Toutefois, la violence en milieu de travail est un problème plus vaste. La violence désigne tout acte ou tout autre comportement faisant en sorte qu'une personne est abusée, menacée, intimidée, harcelée ou attaquée dans son travail» (CCHST, 2019a, en ligne).

La définition de «violence» retenue dans la politique-cadre en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail est inclusive, puisqu'elle comprend toutes les formes de violence (physique, psychologique et sexuelle).

2.2.2 > Causes de violence liée au travail

Plusieurs causes engendrent la violence dans les milieux de travail. Dans un établissement du RSSS, la violence la plus souvent signalée à l'employeur se rapporte aux comportements agressifs ou perturbateurs du patient, de l'usager ou du résident; dans une moindre mesure, ces comportements viennent des familles. La violence se manifeste aussi par de l'incivilité et par du harcèlement à l'intérieur de l'organisation (collègues, supérieurs, etc.).

Ce sont les services hospitaliers de soins aigus (les salles d'urgence) et psychiatriques, les établissements d'hébergement et de soins gériatriques et les services sociaux qui présentent le plus haut risque d'agression venant des usagers. Différents facteurs ont été décelés dans l'environnement de travail et dans l'organisation. En voici des exemples.

Facteurs de risque dans l'environnement de travail :

- Travail auprès de personnes ayant des antécédents de violence, de consommateurs de drogues ou d'alcool, de membres de gangs et de parents de patients ou de clients;
- Déplacement de patients ou de clients;
- Travail seul dans un établissement ou chez des patients;
- Fausse perception de l'environnement de travail pouvant bloquer la vue des employés ou interférer avec leur évacuation lors d'un incident violent;
- Pièces, zones, aires de stationnement ou couloirs mal éclairés;
- Lacunes dans les moyens de communiquer les urgences;
- Présence d'armes à feu, de couteaux ou d'autres armes sur les lieux de travail;
- Criminalité élevée dans l'environnement proche.



Facteurs de risque dans l'organisation :

- Absence de politiques de l'établissement et de formation du personnel pour savoir reconnaître les comportements hostiles ou agressifs et l'escalade chez les patients, les clients, les visiteurs ou le personnel;
- Effectif réduit, en particulier pendant les repas et les heures de visite;
- Taux de roulement élevé au sein des travailleurs;
- Nombre insuffisant d'agents de sécurité et de personnel spécialisé en santé mentale;
- Longues attentes à faire subir aux patients ou aux clients;
- Salles d'attente inconfortables ou surpeuplées;
- Mouvement sans restriction du public dans les cliniques et les hôpitaux;
- Fausse perception voulant que la violence soit tolérée et que les victimes soient incapables de signaler l'incident à la police ou de porter plainte (OSHA, 2016);
- Charge de travail excessive, entraînant des retards injustifiés;
- Mauvaise organisation du travail contribuant à élever le stress et suscitant des attitudes négatives chez les travailleurs qui peuvent entraîner des comportements agressifs des usagers (Di Martino, 2003);
- Absence de règles et de responsabilités clairement définies;
- Répartition inadaptée des tâches;
- Objectifs de production irréalistes;
- Communication défailante;
- Mauvaises relations de travail;
- Pratiques discriminatoires (BIT, 2018).

Enfin, il est important de mentionner que tout comme le stress lié au travail, la violence au travail peut entraîner une perte de motivation, de confiance et d'estime de soi (caractéristique importante du stress) et ultimement une maladie physique, psychologique ou la dépendance à des substances (Di Martino, 2003).

2.3 > OBJECTIF 6 RÉDUIRE LES CHUTES DE MÊME NIVEAU

Objectif spécifique 6.1 > Avoir produit et implanté une stratégie d'intervention pour réduire les chutes de même niveau dans l'ensemble des installations de l'établissement.

De 2014 et 2018, 11,6% des lésions professionnelles dans le RSSS sont liées à des chutes¹⁶. Les établissements devront miser sur la réduction des chutes, à la fois chez les usagers et le personnel puisqu'elles peuvent avoir un impact l'une sur l'autre. Sans forcément avoir un plan d'action commun, il est souhaitable que les gestionnaires de risques se consultent et participent au comité de travail sur les chutes chez le personnel. À cet égard, il semble important que le processus d'identification des phénomènes dangereux et d'évaluation des risques de chutes soit complémentaire et réponde au même objectif de réduction des chutes.

2.3.1 > Définition

«L'Institut national de recherche et de sécurité définit les accidents de plain-pied ainsi : Accidents au cours desquels la victime a été déséquilibrée, à l'occasion d'un travail qui n'est pas un travail exécuté en hauteur. La victime a récupéré son équilibre ou a chuté en subissant, dans les deux cas, des lésions. Sont prises en considération les surfaces ne présentant aucune rupture de niveau ou avec des ruptures de niveau telles que trottoir, marche ou plan incliné» (ASSTSAS, 2014, p. 6).

16. Rappel : les chutes représentées ici comprennent des chutes à des niveaux inférieurs. Nous les incluons, car il y a une certaine incertitude sur le codage de la description des lésions dans les données transmises par la CNESST. Nous estimons qu'au moins 80% de ces lésions sont au même niveau, soit la définition retenue par la CNESST.

2.3.2 > Causes des chutes de même niveau

Le guide de prévention sur *Les chutes et les glissades, ça tombe toujours mal!* (ASSTSAS, 2014) présente les dix grandes causes à l'origine des chutes et glissades :

- Les planchers souillés : d'eau, de graisse, d'huile, de liquide et d'aliments ;
- Les problèmes de drainage : conduites d'eau et drains ;
- Les caractéristiques du plancher intérieur ;
- Les inégalités du terrain extérieur ;
- Les conditions météorologiques : glace et neige ;
- L'éclairage inadéquat et la vision obstruée ;
- Les escaliers et les mains courantes ;
- Les marchepieds, les tabourets et les petits escabeaux ;
- L'encombrement et les risques de trébucher : câbles, tuyaux, fils et tubulures non fixés ;
- Les conditions environnementales intérieures.

AXE 3 : CONFORMITÉ LÉGALE

De façon générale, chaque individu qui travaille au Québec a droit au respect de sa santé, de sa sécurité et de son intégrité physique et psychologique. Ce droit est inscrit dans la majorité des textes législatifs relatifs au droit de la personne et à la santé et sécurité du travail tels que la *Charte des droits et libertés de la personne* (RLRQ, chapitre C-12), le *Code civil du Québec* (CCQ-1991), la *Loi sur les normes du travail* (RLRQ, chapitre N-1.1) et la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (RLRQ, c. S-2.1).

L'employeur a, quant à lui, l'obligation et le devoir d'organiser la santé et la sécurité du travail et de protéger le personnel embauché ou lié par contrat. Ces exigences se trouvent notamment dans la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, à l'article 51.

L'employeur doit aussi s'assurer que les activités sous sa responsabilité sont effectuées dans le respect des normes en vigueur et des standards reconnus. En matière de santé et de sécurité du travail, nous retrouvons ces exigences d'abord dans le *Règlement sur la santé et la sécurité du travail* (RLRQ, chapitre S-2.1, r. 13), puis dans une multitude de textes de lois, de règlements et de normes tant provinciales que fédérales.

En 2004, des modifications au *Code criminel* (L.R.C. (1985), c. C-46) ont précisé les responsabilités et les obligations de l'employeur à l'égard de la sécurité d'autrui. Depuis, un employeur ou son représentant (gestionnaire ou directeur) doit faire preuve de « diligence raisonnable » en matière de prévention des risques d'accidents en milieu de travail, et pourrait faire l'objet de poursuite criminelle dans l'éventualité où il est démontré qu'il a manqué à ses obligations.

Pour faire preuve de diligence raisonnable, l'employeur doit répondre aux critères suivants :

- « L'employeur doit disposer de politiques, de pratiques et de procédures écrites en matière de [santé et de sécurité du travail]. Celles-ci pourraient prouver que l'employeur a effectué des vérifications sécuritaires du lieu de travail, qu'il a déterminé les pratiques et les situations dangereuses, qu'il a effectué les changements nécessaires pour y remédier, et qu'il a fourni aux employés de l'information pour leur permettre de travailler en toute sécurité.
- L'employeur doit fournir aux employés la formation et l'instruction pertinentes de façon à ce qu'ils (sic) comprennent et effectuent leur travail conformément aux politiques, aux pratiques et aux procédures établies.
- L'employeur doit former les superviseurs afin (sic) d'en faire des personnes compétentes, au sens de la législation. [...].
- L'employeur doit surveiller le lieu de travail et s'assurer que les employés suivent les politiques, les pratiques et les procédures. Une consignation par écrit des sanctions progressives prises pour tout manquement aux règles de sécurité est considérée comme un acte de diligence raisonnable.
- De toute évidence, l'employeur a de nombreuses obligations, mais les employés ont aussi des responsabilités. Ils ont le devoir de prendre des précautions raisonnables pour assurer leur propre sécurité et celle de leurs collègues, c'est-à-dire d'adopter des pratiques de travail sécuritaires et conformes aux règlements.
- L'employeur doit posséder un système d'enquête et de rapports sur les accidents [...]. Les employés doivent être encouragés à signaler les "quasi-accidents", qui doivent aussi faire l'objet d'une enquête. Le fait d'intégrer l'information tirée de ces enquêtes dans des politiques, [des] pratiques et [des] procédures révisées et améliorées permettra aussi d'établir que l'employeur fait preuve de diligence raisonnable.
- L'employeur doit documenter par écrit toutes les étapes précédentes – cela comprend suivre les pratiques de travail sécuritaires et se conformer à la réglementation » (CCHST, 2019, en ligne). Ainsi, il conserve un historique de la façon dont a progressé le programme d'hygiène et de sécurité.

Outre les exigences des lois et des règlements en matière de santé et de sécurité du travail, l'établissement du RSSS doit se conformer aux exigences de l'article 107.1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipulant que tout établissement doit solliciter auprès d'organismes d'accréditation reconnus l'agrément des services de santé et des services sociaux qu'il offre tous les trois ans. Plusieurs critères de cette exigence visent la maîtrise et la prévention des risques tant pour la protection de l'utilisateur que du personnel.

Dans le plan d'action local, les établissements doivent assurer de la conformité aux nouvelles dispositions en matière de santé et de sécurité du travail en vigueur depuis 2015 [cadenassage (Québec, 2018a), SIMDUT-SGH (Québec, 2018b)] et aux plans d'action « tolérance zéro » (CNESST, 2017c) de la CNESST (sécurité des machines et travail en hauteur). Ils doivent aussi se conformer à la gestion sécuritaire de l'amiante (dispositions en vigueur depuis le 6 juin 2013) (Québec, 2016), puisque la CNESST en a fait une priorité dans ses suivis auprès des employeurs depuis 2017 (CNESST, 2017c).

3.1 > OBJECTIF 7

RENDRE CONFORME LA SÉCURITÉ DES MACHINES

Objectif spécifique 7.1 > Assurer la sécurité des machines conformément au plan d'action «tolérance zéro» de la CNESST.

Le plan d'action de la CNESST concernant la sécurité des machines existe depuis 2005. La «tolérance zéro» vise particulièrement les machines où les pièces en mouvement sont accessibles (zone dangereuse de la machine) et peuvent causer des blessures graves aux travailleurs telles que des amputations ou des décès. Les établissements sont invités à réviser les zones dangereuses sur les machines en milieu de travail auxquelles les travailleurs ont accès et à corriger les écarts le cas échéant.

3.2 > OBJECTIF 8

RENDRE CONFORME LE TRAVAIL EN HAUTEUR

Objectif spécifique 8.1 > Assurer que le travail en hauteur est conforme au plan d'action «tolérance zéro» de la CNESST.

Cet objectif constitue le second plan d'action «tolérance zéro» de la CNESST. Bien qu'il s'attaque plus particulièrement aux risques de chutes en hauteur dans le secteur de la construction, parce que les établissements du RSSS font souvent exécuter des travaux par leurs propres employés de maintenance ou par des sous-traitants, la responsabilité revient aux établissements de s'assurer que ces travaux sont effectués de façon sécuritaire, que les règles en vigueur sont connues et suivies, que les travailleurs ont reçu une formation adéquate et que les moyens de protection sont disponibles et utilisés.

3.3 > OBJECTIF 9

RENDRE CONFORMES LES MÉTHODES DE CADENASSAGE

Objectif spécifique 9.1 > Assurer la conformité des méthodes de cadenassage en vigueur depuis le 14 janvier 2016.

Le cadenassage est le mot couramment utilisé lorsqu'il est question du contrôle des énergies dangereuses. Il fait partie de la section XXI de la sécurité des machines du *Règlement sur la santé et la sécurité du travail*. Il y est question de la responsabilité de l'employeur, des autres méthodes de contrôle de l'énergie que le cadenassage, des procédures à mettre en œuvre, de la formation des travailleurs et de la coordination avec les sous-traitants. Tous les employeurs sont visés par ces nouvelles dispositions qui s'appliquent à tout travail exécuté dans la zone dangereuse d'une machine ainsi qu'à tout travail sur une installation électrique (CNESST, 2016). Ces nouvelles dispositions doivent être appliquées dans toutes les installations des établissements du RSSS.

3.4 > OBJECTIF 10

RENDRE CONFORMES LES NOUVELLES DISPOSITIONS DU SIMDUT-SGH

Objectif spécifique 10.1 > Assurer la conformité aux nouvelles dispositions du SIMDUT-SGH en vigueur depuis le 5 juin 2015 en tenant compte des dispositions transitoires en vigueur le 1^{er} janvier 2018.

La *Loi favorisant l'information sur la dangerosité des produits présents en milieu de travail et modifiant la Loi sur la santé et la sécurité du travail* (Lois du Québec, 2015, c. 13), en vigueur depuis juin 2015, a modifié plusieurs éléments du système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail, communément appelé le SIMDUT. Les modifications portent sur le concept de produits dangereux, sur l'identification des produits dangereux, et sur les exigences de formation et d'information auprès des travailleurs. Un nouveau règlement sur l'information à l'égard des produits dangereux est aussi en vigueur et encadre notamment l'étiquetage, les fiches de données de sécurité et l'affichage de ces données ainsi que le contenu de la formation des travailleurs.



3.5 > OBJECTIF 11 RENDRE CONFORME LA GESTION SÉCURITAIRE DE L'AMIANTE

Objectif spécifique 11.1 > Assurer la conformité aux dispositions sur la gestion sécuritaire de l'amiante en vigueur depuis 2013.

Les nouvelles dispositions sur la gestion sécuritaire de l'amiante sont en vigueur depuis le 6 juin 2013. L'objectif est de réduire l'exposition des travailleurs aux poussières d'amiante qui peuvent causer des maladies professionnelles, notamment l'amiantose et certains cancers. Selon les données de la CNESST, sept décès ont été enregistrés dans les établissements du RSSS en 2015, et sont majoritairement attribuables à ce type de maladies professionnelles.

CONCLUSION

Le Plan d'action national visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale 2019-2023 répond à la volonté du MSSS et du RSSS d'améliorer les pratiques de gestion, l'environnement de travail et la qualité de vie au travail du personnel du RSSS.

Pour une première fois, la promotion de la santé en milieu de travail et la prévention durable des risques professionnels sont intégrées dans un système unique et commun à l'ensemble des établissements du RSSS. Le Plan d'action national donne une vision commune au RSSS et uniformise les pratiques en matière de promotion et de prévention.

Pour une première fois aussi, la prévention en matière de santé psychologique au travail et la réduction des RPS sont priorisées et intégrées dans un plan d'action global. L'identification et l'évaluation de ces risques, étant soutenues par la formation de l'INSPQ, l'amélioration de l'organisation du travail et du climat de travail favorisera la présence au travail et la mobilisation du personnel.

Ce plan d'action national nécessite que les établissements repensent et réorganisent la promotion de la santé en milieu de travail ainsi que la prévention des risques professionnels et cessent de gérer uniquement les absences. L'engagement de chaque direction à préserver la santé et la sécurité du personnel est primordial si l'on veut optimiser la disponibilité de la main-d'œuvre et la performance organisationnelle, pour ainsi contribuer à la qualité des soins et des services offerts des usagers. De plus, la participation des employés et de leurs représentants à la planification, à la mise en œuvre, à la surveillance et la mesure des activités ainsi qu'à leur revue est un facteur important qui favorisera la mobilisation des acteurs clés vers un objectif commun de prévention durable des risques professionnels au travail.

ANNEXE 1

CONTINUUM DANS LES INTERVENTIONS EN PROMOTION DE LA SANTÉ EN MILIEU DE TRAVAIL ET EN PRÉVENTION DURABLE DES RISQUES PROFESSIONNELS DURABLES

Promotion de la santé en milieu de travail	Prévention primaire	Prévention secondaire	Prévention tertiaire
Interventions proactives pour accroître la santé physique et psychologique du personnel.	<p>1</p> <p>Interventions proactives. Élimination à la source du problème.</p> <p>Agir sur les facteurs de risques.</p> <p>Interventions les moins utilisées, mais les plus efficaces et les plus durables.</p>	<p>2</p> <p>Interventions visant à modifier la réponse de l'individu à des facteurs de risques nocifs connus de l'environnement de travail.</p> <p>Agir sur les facteurs personnels pour limiter les conséquences.</p> <p>Interventions les plus utilisées, mais les moins efficaces à long terme.</p>	<p>3</p> <p>Interventions curatives, réactives et centrées sur l'individu.</p> <p>Réhabilitation.</p> <p>Traitement des conséquences ou des dommages.</p>

Sources :

Chaire en santé et sécurité du travail dans les organisations, *Faire cesser le problème, la prévention du stress au travail* Série la santé psychologique au travail... de la définition du problème aux solutions, Fascicule 3, Université Laval, 2003.

www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100025/n/a-sante-psychologique-au-travail-de-la-definition-du-probleme-aux-solutions-faire-cesser-le-probleme-la-prevention-du-stress-au-travail-r-362-3

Eurofound et EU-OSHA, *Psychosocial risks in Europe : Prevalence and strategies for prevention*, Luxembourg, Office of the European Union, 2014. osha.europa.eu/fr/tools-and-publications/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention

S. Harvey et collab., *Interventions organisationnelles et santé psychologique au travail : une synthèse des approches au niveau international*, R-474, IRSST, 2006. www.irsst.qc.ca/media/documents/PublIRSST/R-474.pdf

J.-P. Brun et collab., *Évaluation de la santé mentale au travail : une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*, R-342, IRSST, 2003. www.irsst.qc.ca/media/documents/pubirsst/r-342.pdf

Service public fédéral emploi, travail et concertation sociale, *Guide pour la prévention des risques psychosociaux au travail*, Direction générale Humanisation du travail, Bruxelles, 2013. www.emploi.belgique.be/publicationDefault.aspx?id=39970

ANNEXE 2

LIVRABLES DU PLAN D'ACTION NATIONAL

Cibles	Livrables	Pages
1	Avoir rédigé et faire entériner par le conseil d'administration la Politique réseau de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail.	19
2	Avoir intégré des indicateurs liés à la santé et la sécurité dans 75% des salles de pilotage stratégiques, tactiques et opérationnelles actives.	20
3	Établir et faire entériner par le comité de direction un plan d'allocation des ressources humaines et financières en vue de la réalisation du plan d'action local.	20
4	Établir la structure et les modalités de participation des employés et de leurs représentants aux activités en santé, en sécurité et en qualité de vie au travail. La participation doit prévoir à la fois les modalités de contribution directe des employés ainsi que la structure de participation de leurs représentants (comité paritaire).	21
5	Avoir rédigé, entériné et diffusé le plan d'action local visant la prévention des risques en milieu de travail et la promotion de la santé globale et le réviser annuellement.	22
6	Avoir actualisé un processus d'identification des phénomènes dangereux et d'évaluation des risques prioritaires (TMS, chutes et violence).	23
7	Avoir mis en place un processus d'identification et d'évaluation des risques psychosociaux du travail de l'INSPQ.	23
8	Avoir déterminé un processus interne qui assure la connaissance des nouvelles dispositions légale en matière de santé et de sécurité du travail y compris la détermination d'une personne responsable du suivi de la conformité légale et es autres exigences.	24
9	Avoir rédigé ou révisé et diffusé une procédure d'achat ou de location de produits, de fournitures et d'équipements sécuritaires.	24
10	Avoir rédigé ou révisé et diffusé une procédure de gestion des entrepreneurs y compris les exigences en matière de santé et de sécurité du travail pour les sous-traitants et le prêt de main-d'œuvre ou de service.	25
11	Avoir rédigé ou révisé et diffusé une procédure unique de déclaration d'enquête et d'analyse à la suite d'un accident, d'une maladie ou d'un incident attribuable au travail.	28
12	Intégrer au plan d'action local des moyens de surveillance et de mesure afin d'évaluer l'atteinte des objectifs des activités de promotion de la santé et des programmes de réduction des risques de TMS, de chute, de violence, des RPS et de conformité légale.	28
13	Avoir rédigé ou révisé et diffusé une procédure de déclaration, d'analyse et de maîtrise d'une situation dangereuse au travail.	29
14	Avoir rédigé ou révisé et diffusé une procédure d'inspection en santé et en sécurité du travail.	29
15	Avoir établi un processus pour le suivi de l'avancement du SGSST et du plan d'action local par le comité de direction et le conseil d'administration.	29



Objectifs spécifiques	Livrables	Pages
1.1	Trois personnes par établissement sont formées par l'INSPQ pour évaluer les risques psychosociaux du travail.	33
1.2	Avoir produit et implanté une stratégie d'intervention pour réduire les risques psychosociaux du travail dans l'ensemble des installations de l'établissement.	33
2.1	Pratique de gestion analysée, revue et améliorée annuellement.	37
2.2	Huit orientations du Cadre de référence sur le soutien et la réintégration au travail : vers une approche axée sur la collaboration sont mises en œuvre.	37
2.3	Politique-cadre en matière de promotion de la civilité et de prévention du harcèlement et de la violence en milieu de travail diffusée à l'ensemble du personnel.	38
2.4	Programme de sensibilisation et de formation en santé, en sécurité et en qualité de vie au travail offert aux gestionnaires et au personnel cadre et hors cadre.	38
2.5	Programme de sensibilisation et de formation en santé, en sécurité et en qualité de vie au travail adapté aux risques inhérents du travail inclus dans les processus d'accueil, d'intégration et d'orientation des nouveaux employés.	39
3.1	Promotion de la santé psychologique au travail et les saines habitudes de vie par l'entremise de trois activités récurrentes dont au minimum un programme d'activités physiques et une activité de promotion de la santé psychologique.	40
4.1	Avoir produit et implanté une stratégie d'intervention pour réduire les TMS dans l'ensemble des installations de l'établissement.	43
5.1	Avoir produit et implanté une stratégie d'intervention pour réduire la violence en milieu de travail dans l'ensemble des installations de l'établissement.	47
6.1	Avoir produit et implanté une stratégie d'intervention pour réduire les chutes de même niveau dans l'ensemble des installations de l'établissement.	50
7.1	Assurer la sécurité des machines conformément au plan d'action «tolérance zéro» de la CNESST.	53
8.1	Assurer que le travail en hauteur est conforme au plan d'action «tolérance zéro» de la CNESST.	53
9.1	Assurer la conformité des méthodes de cadenassage en vigueur depuis le 14 janvier 2016.	54
10.1	Assurer la conformité aux nouvelles dispositions du SIMDUT-SGH en vigueur depuis le 5 juin 2015 en tenant compte des dispositions transitoires en vigueur le 1 ^{er} janvier 2018.	54
11.1	Assurer la conformité aux dispositions sur la gestion sécuritaire de l'amiante en vigueur depuis 2013.	55

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada (2015). *Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques: les maladies mentales au Canada*, Canada, mai, 39 p.

www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/rapport-systeme-canadien-surveillance-maladies-chroniques-maladies-mentales-canada-2015.html

Agrément Canada (2017). *Normes: leadership*, Ottawa, Accreditation Canada, 104 p.

Aptel, M. et N. Vézina (2008). *Quels modèles pour comprendre et prévenir les TMS? Pour une approche holistique et dynamique*, Actes du 2^e Congrès francophone sur les TMS, Montréal, IRSST, 27 p.

www.irsst.qc.ca/media/documents/PublRSST/Plen-Aptel-Vezina-11h20.pdf

Association canadienne de normalisation (2015). *Gestion de la santé et de la sécurité au travail*, Mississauga, CSA, vii, 68 p. (CSA-Z1000-14).

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (2014). *Les chutes et les glissades, ça tombe toujours mal!*, Montréal, ASSTSAS, 47 p.

asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Guides_Broch_Depl/GP69_Chutes_et_glissades.pdf

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (2011). *Programme de prévention des troubles musculosquelettiques (TMS) chez le personnel soignant: maux de dos*, Montréal, ASSTSAS, 45 p. et annexes.

asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Guides_Broch_Depl/programme_tms.pdf

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (2013). *L'approche globale en prévention: pour mieux y voir, Objectif prévention*, Montréal, ASSTSAS, Vol. 36, n° 3, 2 p.

asstsas.qc.ca/publication/lapproche-globale-en-prevention-pour-mieux-y-voir

Association pour la santé publique du Québec (2017). *Un projet visionnaire en faveur de la prévention en santé*, mémoire déposé dans le cadre des consultations budgétaires 2017-2018 du ministre des Finances du Québec, 16 p.

accesss.net/wp-content/uploads/2018/03/ASPQ-58c02d4cc39102017-02-21_ASPQ-aspq_memoire_consultations_prebudgetaires_qc_2017-2018_z.pdf

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2015). *Surveillance et mesure de la performance en santé et sécurité du travail*, 3^e édition, 45 p.

Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (2012). *Mise en œuvre du processus d'achat ou de location de produits, de fournitures ou d'équipements sécuritaires*, 2^e édition, 12 p.

Baril, P. et collab. (2012). *Le développement d'une culture de santé et sécurité au travail*, maîtrise en gestion de la formation, Université de Sherbrooke, 30 p.

www.usherbrooke.ca/gef/fileadmin/sites/gef/documents/programmes/2012_-_Sante_et_securite_au_travail-rapport.pdf

Beaudoin, D. (2016). «Le développement d'un esprit sécuritaire: la courbe Bradley et les savoirs requis», *Convergence SST*, Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec, vol. 32, n° 2, août, p. 4-6.
www.centrepatronalsst.qc.ca/media/1380/p-4-6_conv_aout_16.pdf

Biron, C. et collab. (2016). *Conditions facilitant l'appropriation de démarches préventives en santé psychologique au travail par les gestionnaires*, R-921, Montréal, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 91 p.
www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100867/n/demarches-preventives-sante-psychologique-au-travail

Boulé, J. (2016). «*La vision SST du dirigeant et ses impacts sur la culture*», *Convergence SST*, Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec, vol. 32, n° 2, p. 9-10.
www.centrepatronalsst.qc.ca/media/1382/p-9-10_conv_aout_16.pdf

Bounajm, F., T. Dinh et L. Theriault (2014). *Améliorer les habitudes de vie: des retombées importantes pour la santé et l'économie du Québec*, Ottawa, Conference Board of Canada, 81 p.

Bräunig, D. et T. Kohstall (2011). *Rendement de la prévention: calcul du ratio coût-bénéfices de l'investissement dans la sécurité et la santé en entreprise*, Genève, AISS, 7 p.
www.jlo-conseil.com/wp-content/uploads/rapport-AISS-Return-on-prevention_fr-2011.pdf

Brun, J.-P. et collab. (2003). *Évaluation de la santé mentale au travail: une analyse des pratiques de gestion des ressources humaines*, R-342, IRSST, 89 p.
www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100003/n/evaluation-de-la-sante-mentale-au-travail-une-analyse-des-pratiques-de-gestion-des-ressources-humaines-r-342

Bureau international du Travail (2018). *Mettre fin à la violence et au harcèlement contre les femmes et les hommes dans le monde du travail*, Rapport V (1) en vue de la Conférence internationale du Travail, 107^e session, 2018, Genève, 154 p.
www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_norm/---relconf/documents/meetingdocument/wcms_553578.pdf

Bureau international du Travail (2010). *Risques émergents et nouvelles formes de prévention dans un monde du travail en mutation*, Journée mondiale de la sécurité et de la santé au travail, 28 avril, Genève, 17 p.
www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@safework/documents/publication/wcms_124340.pdf

Camirand, H., I. Traoré et J. Baulne (2016). *L'enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015: pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Résultats de la deuxième édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 208 p.
www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/sante-quebecois-2014-2015.pdf

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (2019). *Santé et mieux-être en milieu de travail*, Programme exhaustif de santé et de sécurité au travail.
www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/mentalhealth_work.html

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (2019). *Législation canadienne en matière de SST: Diligence raisonnable*.
www.cchst.ca/reponsesst/legisl/diligence.html

Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail (2019a). Violence en milieu de travail.
www.cchst.ca/oshanswers/psychosocial/violence.html

Centre pour la santé mentale en milieu de travail (2019). *Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail*, La Great-West.
www.strategiesdesantementale.com/

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (2017a). *Calcul du taux personnalisé 2017*, Guide de l'employeur, CNESST, 50 p.
www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/200/Documents/DC200-1451-25web.pdf

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (2017b). *Parlons assurance 2017*, Santé et sécurité du travail, Dépliant explicatif, 8 p.
www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/100/Documents/DC100-313-23web.pdf

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (2017c). *Planification pluriannuelle en prévention-inspection 2017-2019*, Santé et sécurité du travail, Québec, CNESST, 26 p.
www.cnesst.gouv.qc.ca/acces-information/diffusion-de-l-information/Documents/GuidePlanifPrevention_VF.pdf

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (2016). *Cadenassage et autres méthodes de contrôle des énergies*, Guide d'information sur les dispositions réglementaires, 42 p.
www.cnesst.gouv.qc.ca/publications/200/Documents/DC200-1579web.pdf

Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (2015). *La prévention des troubles musculo-squelettiques*, Secteur de l'agriculture, Québec, CNESST, 24 p.
www.cnesst.gouv.qc.ca/Publications/300/Documents/DC300_1002web.pdf

Côté, J. N. et collab. (2013). «Quebec Research on Work-related Musculoskeletal Disorders. Deeper Understanding for Better Prevention», *Industrial Relations*, Québec, Université Laval, vol. 68, n° 4, p. 643-660.
www.erudit.org/fr/revues/ri/2013-v68-n4-ri01202/1023009ar/

Côté, A. (2010). *L'implantation des processus prescrits par le programme de prévention prévu à la Loi sur la santé et la sécurité du travail du Québec et les systèmes de gestion de la santé et de la sécurité du travail (SGSST): une étude de cas dans un établissement du secteur manufacturier québécois*, mémoire de maîtrise, Québec, Université Laval, Faculté des sciences sociales, Département des relations industrielles, 228 p.
corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/21698

Dagenais-Desmarais, V. (2013). «De l'épuisement professionnel au bien-être au travail: nouveaux paradigmes pour favoriser la santé psychologique optimale des employés», *Effectif*, vol. 10, n° 4.
ordrecrha.org/ressources/sante-securite/2013/09/de-l-epuisement-professionnel-au-bienetre-au-travail-nouveaux-paradigmes-pour-favoriser-la-sante-ps

Dewa, C. S., N. Chau et S. Dermer (2009). «Factors associated with short-term disability episodes», *Journal of Occupational Environmental Medicine*, vol. 51, n° 12, p. 1394-1402.
journals.lww.com/joem/Abstract/2009/12000/Factors_Associated_With_Short_Term_Disability.9.aspx%22

Di Martino, V. (2003). *Workplace violence in the health sector. Relationship between work stress and workplace violence in the health sector*, Genève, ILO/ICN/WHO/PSI, 33 p.

www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/

Elovainio, M., Kivimäki, M. et Vathera, J. (2002). *Organizational justice: evidence of a new psychosocial predictor of health*. *American Journal of Public Health*, Vol. 92, n° 1, p. 105–108.

Eurofound et EU-OSHA (2014). *Psychosocial risks in Europe. Prevalence and strategies for prevention*, Luxembourg, Office of the European Union, 102 p.

osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/psychosocial-risks-eu-prevalence-strategies-prevention/view

Eurofound (2013). *Violence physique et psychologique sur le lieu de travail*, Luxembourg, Office des publications de l'Union européenne, 23 p.

edz.bib.uni-mannheim.de/daten/edz-j/esl/14/EF1381FR.pdf

European Agency for Safety and Health at Work (2010). *Mainstreaming OSH into business management*, Luxembourg, Working environment information, 189 p.

https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/reports/mainstreaming_osh_business

European Agency for Safety and Health at Work (2007). *Risk assessment in health care*, E-facts 18, 8 p.

<https://osha.europa.eu/en/tools-and-publications/publications/e-facts/efact18>

European Commission (2011). *Occupational health and safety risks in the healthcare sector. Guide to prevention and good practice*, Luxembourg, 275 p.

publications.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/b29abb0a-f41e-4cb4-b787-4538ac5f0238

Forest, J. et collab. (2010). «Le lien entre la santé mentale et la satisfaction des besoins d'autonomie, de compétence et d'affiliation sociale», *Gestion*, vol. 35, n° 3, p. 20-26.

www.academia.edu/13992034/Le_lien_entre_la_sant%C3%A9_mentale_et_la_satisfaction_des_besoins_dautonomie_de_comp%C3%A9tence_et_daffiliation_sociale

Gallagher, C., E. Underhill et M. Rimmer (2001). *Occupational Health and Safety Management Systems: A Review of their Effectiveness in Securing Healthy and Safe Workplaces*, Sydney, National Occupational Health and Safety Commission, 71 p.

Gauvin, F. (2016). «Le partage des responsabilités, un atout pour une culture positive en SST», *Convergence SST*, Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec, vol. 32, n° 2, p. 11-12.

www.centrepatronalsst.qc.ca/publications/revue-convergence-sst/

Gilbert, M. et D. Bilsker (2012). *Santé et sécurité psychologiques*, Guide de l'employeur, Ottawa, Commission de la santé mentale du Canada, 60 p.

www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Workforce_Employers_Guide_FRE_1.pdf

Hudson, P. (2001). « Safety Management and Safety Culture. The Long, Hard and Winding Road », *Occupational Health & Safety Management Systems Proceedings of the First National Conference*, Edited by Warwick Pearse, Clare Gallagher and Liz Bluff, 24 p.

<http://www.caa.lv/upload/userfiles/files/SMS/Read%20first%20quick%20overview/Hudson%20Long%20Hard%20Winding%20Road.pdf>

Institut de Cardiologie de Montréal (2019). Les saines habitudes de vie.

www.icm-mhi.org/fr/prevention/adopter-de-saines-habitudes-de-vie/activite-physique

Institut national de la santé et de la recherche médicale (dir.) (2008). *Activité physique: contextes et effets sur la santé*, Rapport XII, Paris, Éditions Inserm, 811 p.

www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/97/expcol_2008_activite.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Institut national de santé publique du Québec (2019). *Troubles musculo-squelettiques liés au travail*.

www.inspq.qc.ca/expertises/sante-au-travail/troubles-musculo-squelettiques-lies-au-travail

Institut national de santé publique du Québec (2016). *Risques psychosociaux au travail: de l'identification à la prévention* [Présentation PowerPoint narrée], Environnement Campus Virtuel de l'INSPQ.

Institut national de santé publique du Québec (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 150 p.

www.inspq.qc.ca/publications/789

Journoud, S. et S. Pezé (2012). « La formation des managers à la prévention des risques psychosociaux est-elle sur la bonne voie? », *La revue des sciences de gestion*, n° 253, p. 51-59.

www.cairn.info/revue-des-sciences-de-gestion-2012-1.htm

Kieselback, T. et collab. (2009). *La santé dans les restructurations: approches innovantes et recommandations de principe*, Rapport HIREs 2007-2009, 80 p.

firps.org/wp-content/uploads/2016/04/rapHIREs.pdf

Laberge, M. (2014). « Améliorer son degré de culture », *Travail et santé*, vol. 12, n° 1, p. 4-6.

travailsante.net/articles/ameliore-son-degre-de-culture/

Leka, S. et collab. (2014). *Evaluation of policy and practice to promote mental health in the workplace in Europe*, Final Report, European Commission, 181 p.

<http://ec.europa.eu/social/BlobServlet?docId=13871&langId=en>

Mardon, C., W. Buchmann et S. Volkoff (2013). « Une approche diachronique des TMS: usage de données quantitatives dans une grande entreprise », *Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*.

pistes.revues.org/3530

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017a). *Plan d'action en santé mentale 2015-2020*, Québec, Gouvernement du Québec, 78 p.

publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001319/



Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017b). *Plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux 2015-2020*, mis à jour en 2017, Québec, Gouvernement du Québec, 23 p.

publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001550/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2017c). *Politique réseau de gestion intégrée de la prévention, de la présence et de la qualité de vie au travail*, Document de travail, 15 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2016). *Politique gouvernementale de prévention en santé*, Québec, Gouvernement du Québec, 98 p.

publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-002035/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Gestion de la présence au travail. Assurance salaire*, Québec, Gouvernement du Québec, 115 p.

numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/2098603

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2019). *Processus d'identification des phénomènes dangereux et d'évaluation des risques*, Québec, Gouvernement du Québec, Document de travail, 36 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2014). *Améliorer la prévention des chutes et des erreurs liées à la médication: de la stratégie à l'action*, Volet: Chutes. Québec, Gouvernement du Québec, 191 p.

publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001092/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012a). *Le travail: un déterminant important de la santé*, Québec, Gouvernement du Québec, coll. « Des données à l'action », 25 p.

publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000552/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012b). *Pour une vision commune des environnements favorables à la saine alimentation, à un mode de vie physiquement actif et à la prévention des problèmes reliés au poids*, Québec, Gouvernement du Québec, 24 p.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000481/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010a). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants: résultats d'une réflexion commune*, Québec, Gouvernement du Québec, 35 p.

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000761/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2010b). *Suivi des indicateurs de gestion et constats relatifs aux absences liées à l'assurance salaire (2004-2008)*, Rapport stratégique, Québec, Gouvernement du Québec, 9 p.

Morin, E. M. (2004). *The meaning of work in modern times*, Conference, 10th World Congress on Human Resources Management, Rio de Janeiro, Brazil, 12 p.

<https://uiamaketa.files.wordpress.com/2015/03/estelle-2004-the-meaning-of-work-in-modern-times-pdf.pdf>

Occupational Safety and Health Administration (2016). *Guidelines for preventing workplace violence for healthcare and Social Service workers*, É.-U., OSHA, 52 p.

www.osha.gov/Publications/osha3148.pdf



Organisation de coopération et de développement économiques (2015). *Le cadre d'action de l'OCDE en matière de santé mentale et d'emploi*, Forum politique de l'OCDE à haut niveau sur la santé mentale et l'emploi, La Haye, 4 mars, 18 p.

www.oecd.org/fr/forum-sante-mentale-et-emploi/documents/

Organisation de coopération et de développement économiques (2012), *Mal-être au travail?: Mythes et réalités sur la santé mentale et l'emploi*, Santé mentale et emploi, OECD Publishing, Paris,

doi.org/10.1787/9789264124561-fr

Organisation mondiale de la Santé (2010). *Cinq clés pour des lieux de travail sains: une entreprise ne peut prospérer sans travailleurs en bonne santé*, 2 p.

who.int/occupational_health/5keys_healthy_workplaces_french.pdf?ua=1

Ouellet, M. et P. Gratton (2005). *La santé psychologique au travail*, révisé en 2013 par A. Drouin et J.-P. Lamonde, APSSAP, 34 p.

apssap.qc.ca/wp-content/uploads/2017/02/Guide_sante_psychologique-1.pdf

Pelletier, M., K. Lippel et M. Vézina (2018). «La violence en milieu de travail», *Rapport québécois sur la violence et la santé*, INSPQ, p. 255-280.

www.inspq.qc.ca/rapport-quebecois-sur-la-violence-et-la-sante

Pérusse, Michel (2017). «Pour une culture en SST : la responsabilisation», *Travail et santé*, vol. 34 n° 2.

travailetsante.net/articles/pour-une-culture-en-sst-la-responsabilisation/

Québec (2018a). *Règlement sur la santé et la sécurité du travail*, RLRQ, chapitre S-2.1, r. 13, Section XXI Machines, 11 Cadenassage et autres méthodes de contrôle des énergies, articles 188.1 à 188.13.

legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-2.1,%20r.%2013

Québec (2018b). *Règlement sur l'information concernant les produits dangereux*, RLRQ, chapitre S-2.1, r. 8.1.

legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cr/S-2.1,%20r.%208.1/

Québec (2016). *Règlement sur la santé et la sécurité du travail*, RLRQ, chapitre S-2.1, r. 13, Section IX Dispositions sur la gestion sécuritaire de l'amiante, articles 69.1 à 69.17.

legisquebec.gouv.qc.ca/fr/showdoc/cr/S-2.1,%20r.%2013

Karasek, R. et Theorell, T. (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life*, New York, Basic Books, 381 p.

Rosan, M. (2008). «Pour changer les comportements, il n'y a pas mille et une solutions efficaces», *Objectif prévention*, ASSTSAS, vol. 31, n° 4, p. 18-19.

Siegrist, J. (1996). «Adverse health effects of high effort low-reward conditions», *Journal of Occupational Health Psychology*, vol.1, n° 1, p. 27-41.

Simard, M. (2004). *Les comportements des travailleurs en SST: des outils pour comprendre et agir*, Présentation au Colloque régional Montérégie de la CSST, Longueuil, mars.

Smetanin, P. et collab. (2011). *The Life and Economic Impact of Major Mental Illnesses in Canada: 2011 to 2041*, Toronto, RiskAnalytica, au nom de la Commission de la santé mentale du Canada, 199 p.

www.mentalhealthcommission.ca/English/media/3182

Stock, S. et L. Lazreg (2014). *Conditions de travail contribuant au TMS*, Faits saillants de l'Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST), 4 p.

www.inspq.qc.ca/publications/1813

Sutherland, G. et C. Stonebridge (2016). *Healthy Brains at Work: Estimating the Impact of Workplace Mental Health Benefits and Programs*, Ottawa, Conference Board of Canada, 52 p.

www.conferenceboard.ca/e-library/abstract.aspx?did=8242

Szeto, A. et K. S. Dobson (2013). « Mental disorders and their association with perceived work stress: An investigation of the 2010 Canadian Community Health Survey », *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 18, n° 2, p. 191-197.

psycnet.apa.org/record/2013-06791-001

Vézina, M. et collab. (2011a). *Enquête québécoise sur les conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Rapport R-691, Québec, Gouvernement du Québec, 270 p.

www.irsst.qc.ca/publications-et-outils/publication/i/100592/n/enquete-quebecoise-conditions-travail-emploi-sst-eqcotesst-r-691

Vézina, M. et collab. (2011b). *Rapport sommaire. Enquête québécoise sur des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail (EQCOTESST)*, Québec, Gouvernement du Québec, 40 p.

www.inspq.qc.ca/publications/1337

Vézina, M. et collab. (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Institut de la statistique du Québec, 51 p.

http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/stress-travail_an.html

