

# LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE ET LE TRAVAIL

Marie-Josée Legault, École des sciences de l'administration, Université TÉLUQ

## L'importance des problèmes de santé psychologique

### La portée et l'augmentation

Au Québec, les problèmes de santé psychologique au travail sont à la hausse. En effet, les trois enquêtes générales sur la santé et le bien-être de la population québécoise effectuées par Santé-Québec entre 1987 et 1998 (l'Enquête Santé-Québec (1987) et l'Enquête sociale et de santé qui lui succède (1992-1993, 1998) démontrent que l'incapacité de travail due à des problèmes de santé psychologique a presque doublé. Si ces problèmes expliquaient les absences pour maladie de 7,2 % des personnes de 15 ans et plus en emploi en 1987, ils en expliquaient 13,2 % en 1998. Le nombre moyen de journées d'incapacité de travail par personne pour ces problèmes augmente lentement entre 1987 et 1992 (de 7 à 7,4 jours par 100 personnes au travail) puis triple de 1992 à 1998, passant de 7,4 à 24,6 par 100 personnes, soit une hausse de plus de 200 % (Direction générale de la santé publique, 2001, p. 69).

Par comparaison, en 1998, les problèmes ostéo-articulaires expliquent 11,2 % des absences des personnes de 15 ans et plus en emploi (23,2 jours d'absence par 100 personnes au travail) et les problèmes cardiovasculaires, 2,5 % (un seul jour d'absence par 100 personnes au travail) (Vézina et Bourbonnais, 2001, p. 281-283). Jean-Pierre Brun, titulaire de la *Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations* de l'Université Laval compte six millions de jours perdus au Québec chaque année en raison de problèmes de santé psychologique au travail (Vinet, Bourbonnais et Brisson, 2003, p. 13). Mesuré cette fois en nombre d'individus, c'est près de 500 000 Canadiens qui s'absentent de leur travail chaque semaine pour des problèmes de santé psychologique au travail (CPQ, 1998). Ce petit nombre, comparé au grand nombre de jours perdus, permet d'apprécier la durée des absences en cause.

Plus préoccupant encore, en effet, on observe des durées moyennes d'indemnisation plus longues pour ces types de lésions et une nette tendance à ce qu'elles se prolongent. Au Québec, en 1998, 30 à 50 % des causes d'absence de longue durée indemnisées par les assureurs privés sont attribuables à des problèmes de santé psychologique, alors que ceux-ci ne représentaient que 18 % des causes d'absence de longue durée en 1990 et que 40 % des absences de courte durée sont causés par des problèmes de santé psychologique (Direction générale de la santé publique, 2001, p. 69; Groupe-conseil AON, 2001, p. 486; CPQ, 1998, p. 10). L'absentéisme peut en effet être de courte durée, pour des malaises passagers, ou de longue durée, notamment à la suite de troubles psychiatriques; les deux types sont à la hausse depuis le début des années 90 (Vézina et Bourbonnais, 2001, p. 280).

Dans l'ensemble du Canada, les demandes d'indemnisation pour invalidité soumises aux assureurs privés avec un diagnostic d'anxiété ne représentaient que 11 % des demandes en 1985 mais en 1998, elles représentaient 29 % de toutes les demandes (SunLife, 1999). L'indice de niveau de stress élevé au travail a doublé en dix ans (Ordre des psychologues du Québec, 2002, p. 7).

Le phénomène de l'augmentation de l'incapacité au travail pour des raisons de santé psychologique touche davantage les femmes (augmentation de 9,2 à 16,4 % des personnes absentes du travail) que les hommes (augmentation de 5,4 à 9,5 %) au cours de la même période (Vézina et Bourbonnais, 2001, p. 282). L'écart entre hommes et femmes s'agrandit, et il demande explication; l'hypothèse souvent spontanément proposée est celle des obligations familiales, mais on ne peut rigoureusement affirmer que c'est là la seule ni la principale explication.

Le marché du travail est notablement divisé selon le sexe et plusieurs secteurs d'emploi présentent une concentration féminine (comme le secteur de la santé) ou masculine (le secteur manufacturier, la construction). Pour approfondir la question, il faudrait étudier en profondeur un secteur à prédominance féminine, comme le secteur de la santé, et comparer la fréquence et les motifs des absences pour les hommes et les femmes, par emploi occupé, etc. Il faudrait comparer les risques professionnels des secteurs d'emploi sexués de façon à tester différentes hypothèses et à départager le poids relatif de divers facteurs. Entre autres, l'organisation du travail tant que les conditions de travail dans les secteurs d'emploi à concentration féminine et masculine peuvent différer sur plus d'un aspect.

Aux États-Unis, de la même façon, la durée moyenne des absences associées au stress est quatre fois plus élevée que celles qui découlent des accidents du travail et des autres maladies professionnelles (Cox, Griffiths et Rial-Gonzalez, 2000).

À la seule Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), les débours pour indemniser les lésions professionnelles liées aux problèmes de santé psychologique ont connu une notable augmentation dans la dernière décennie. Cela s'explique tant par l'augmentation du nombre que par celle de

la durée des périodes d'invalidité pour les problèmes de santé psychologique. Entre 1990 et 2001, le nombre de réclamations acceptées par la CSST comme des lésions professionnelles liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique a plus que doublé, passant de 530 à 1 082, et entraîné des déboursés à la hausse, soit de 1,5 à 6,9 millions \$ par an (CSST, 2003). Le nombre total de lésions indemnisées diminuait sensiblement durant la même période. Soit, on reste dans un ordre de grandeur assez limité par rapport au nombre total de réclamations adressées à la CSST (161 349 en 2001, 207 127 en 1990). Mais les débours pour ces réclamations ont de ce fait augmenté de 260 %!

En outre, on peut se demander si la situation n'est pas sous-estimée, car la mesure de ces problèmes est rendue difficile par le stigmate associé à la maladie mentale; de ce fait, les victimes elles-mêmes peuvent contribuer à cacher leurs malaises ou encore les véritables motifs de leurs absences. Cela conduit à sous-estimer ces problèmes dans les organisations et influe sur la qualité des données disponibles pour les estimer et pour intervenir.

## Les coûts individuels, organisationnels et sociaux

En 1992, une étude d'un groupe d'experts du comité de la santé psychologique du Québec (Vézina, Cousineau, Mergler, Vinet, Laurendeau, 1992) évaluait à quatre milliards de dollars les coûts au Québec pour diverses instances au chapitre des problèmes reliés au stress au travail, soit presque l'équivalent des budgets de la Commission de la santé et de la sécurité du travail et de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) réunis. La CSST ne défraie que la petite part de ces coûts; ils sont en général assumés par les personnes, par les entreprises, par la RAMQ, par les régimes d'assurance-salaire privés, par les régimes d'aide sociale et d'assurance-emploi, par les régimes de rentes d'invalidité, ainsi de suite (Des Roberts, 1989, p. 24; Vinet, Bourbonnais et Brisson, 2003, p. 7).

Au Canada, les coûts des problèmes de santé psychologique au travail peuvent être estimés entre 13 et 14 milliards de dollars, dont 8 à 10 milliards sont des coûts liés aux absences (Ranno, 2000; Stephens et Joubert, 2001). D'autres estiment que ces coûts pourraient aller jusqu'à 20 milliards de dollars par année, dont quatre au Québec seulement (Vinet, Bourbonnais et Brisson, 2003, p. 10).

Selon les résultats de l'enquête du printemps 2000 menée par la firme Watson Wyatt Worldwide (2001) auprès de 281 organisations canadiennes (700 000 employés), la majorité des organisations canadiennes (privées et publiques) se disent très préoccupées par la hausse des réclamations d'indemnisation à cause de difficultés d'ordre psychologique. Cette inquiétude vient surtout du fait que les coûts directs occasionnés par l'absentéisme au travail et les cas d'invalidité représentaient 5,6 % de la masse salariale en 1997 et s'élevaient déjà à 7,1 % en 2000. Si l'on ajoute les coûts indirects (heures

supplémentaires, remplacements, diminution de productivité), ces coûts représentaient alors 17 % de la masse salariale (Direction générale de la santé publique, 2001, p. 70). En plus d'avoir des effets considérables sur les individus concernés, les problèmes de santé psychologique au travail seraient les principaux responsables de l'augmentation du taux d'absentéisme (Stansfeld, Feeney, Head, Canner, North et Marmot, 1995. La CSST évalue cependant cette même proportion à seulement 2 % (CSST, 2001).

Au Québec, le Conseil du patronat du Québec (CPQ, 1998) évalue les coûts directs et indirects de l'absentéisme et de l'invalidité à environ 20 % de la masse salariale. Toutes les absences ne sont pas liées à la santé psychologique; on doit alors croiser cette information avec d'autres pour compléter le portrait. Par exemple, on l'a vu, les problèmes de santé psychologique causent souvent des absences de longue durée, dont les coûts sont bien sûr plus élevés. Or on évalue entre 75 et 89 % la part des problèmes de santé dans les absences (le reste étant attribué à des « obligations personnelles ») (Labrèche, 2000; Asselin, 2001, p. 237, tableau 9.8).

Comme l'avait déjà prédit l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression majeure coûte plus cher aux employeurs que les maladies cardiovasculaires ou toutes autres maladies causant une invalidité de longue durée, incluant le cancer (Vinet, Bourbonnais et Brisson, 2003, p. 13).

On doit aussi prendre en compte l'ensemble des effets des problèmes de santé psychologique au travail sur les régimes d'assurance collective. Car en plus de l'assurance salaire, les assureurs défraient les coûts des médicaments et des traitements. Or, de tous les médicaments payés par un assureur en 1995, entre 5 et 10 % des coûts étaient reliés à la santé psychologique, soit environ 50 millions \$ par année. Quant aux sommes déboursées pour assumer les coûts des honoraires des psychologues, ceux-ci étaient estimés à environ 25 millions \$ par année (Convergence, 1999).

Cette augmentation des absences occasionnelles, des invalidités de courte et de longue durée n'a pas que des coûts économiques; elle entraîne une réduction importante de la qualité de vie des personnes, des coûts humains considérables qui se manifestent dans les rapports interpersonnels, familiaux et dans tout le tissu social. Elle a aussi des coûts économiques indirects : une réduction du moral des troupes et, par le fait même, de la productivité et de la qualité du travail.

Une telle augmentation n'est pas sans affecter la CSST, bien que la plupart des coûts soient pris en charge par les régimes privés d'assurance. Nous allons maintenant traiter de l'indemnisation de telles lésions par le régime public québécois de santé et de sécurité au travail géré par la CSST, à la section suivante; puis nous en traiterons à la lumière de la problématique de ce cours, soit les problèmes propres à l'indemnisation des maladies professionnelles devant le régime québécois d'indemnisation des lésions professionnelles.

## **Le taux de succès des réclamations pour lésions psychologiques**

Bien que l'absentéisme occasionné par les problèmes de santé psychologique au travail soit généralement pris en charge par les régimes d'assurance collective auxquels adhèrent les employeurs, un nombre croissant de cas sont indemnisés par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Entre 1998 et 2002, soit dans les quatre premières années de l'existence de la Commission des lésions professionnelles (CLP), Katherine Lippel (2004) a analysé les 359 décisions rendues en appel en matière de lésions psychiques attribuées à des événements stressants vécus au travail (100 % des décisions rendues en appel). Dans ces décisions, 30 % portent sur le harcèlement psychologique, 6 % sur le harcèlement discriminatoire (sexiste, racial, homophobe, etc.) et 63 % sur les autres formes de stress.

De ces réclamations, 45 % sont acceptées en appel par la CLP, et ce taux est le même pour les hommes et pour les femmes. Des réclamations acceptées (environ 160), 20 % portent sur le harcèlement psychologique. Lorsque les réclamations portent sur le harcèlement psychologique (109 réclamations ou 30 %), 29 % de ces 109 réclamations sont acceptées par la CLP, soit 20 % des réclamations des hommes et 37 % de celles des femmes. À la différence d'une autre étude publiée en 1999, Lippel considère donc qu'il serait prématuré de conclure que les écarts de succès selon le sexe de la victime reflètent un comportement discriminatoire.

La plupart des réclamations (83 %) désignent les supérieurs (immédiats ou employeurs) comme les auteurs du harcèlement, seuls (63 %) ou avec d'autres auteurs.

Si l'on prend cette fois l'ensemble des 359 réclamations soumises, celles qui portent sur le harcèlement discriminatoire et sur les autres formes de stress (250 réclamations) sont acceptées à 52 %.

À la première étape de révision administrative par la CSST, seules 7 % avaient été acceptées.

Comme le montre le tableau 1, entre 1990 et 2001, le nombre de réclamations acceptées par la CSST comme des lésions professionnelles liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique a entraîné des déboursés à la hausse, soit de 1,5 à 6,9 millions \$ par an (CSST, 2003). Pendant la même année 2001, cependant, la CSST a déboursé plus de 488,3 millions \$ au total pour indemniser des lésions professionnelles, ce qui ne fait que 1,4 % des IRR versées pour les lésions psychologiques.

**Tableau 1**  
**Indemnités versées par la CSST pour des problèmes de santé psychologique**

Année	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Lésions professionnelles indemnisées liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique	530	905	995	990	938	995	1 059	1 082
Déboursés en indemnités de remplacement du revenu (IRR) (en millions \$) pour ces lésions	1,5	4,4	5	5	5	5,3	5,3	6,9
Déboursés totaux en IRR (en millions \$)	-	-	-	-	-	-	-	488,3

Source : <https://www4.fsa.ulaval.ca/la-recherche/chaires-de-recherche/chaire-en-gestion-de-la-sante-et-de-la-securite-du-travail-dans-les-organisations-cgsst/>

Malgré leur augmentation au chapitre des maladies déclarées, les lésions psychologiques occupent une toute petite part dans l'ensemble des lésions professionnelles indemnisées par le régime québécois de santé et de sécurité au travail. Il faut en chercher la cause dans de multiples problèmes de preuve qu'expose la section suivante.

Une première difficulté quant à ces réclamations réside dans la définition de la lésion professionnelle selon les termes de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP); devant chacune d'elles, en effet, il faut se demander si l'on en demande l'indemnisation à titre d'accident du travail ou de maladie professionnelle.

À première vue, comme la lésion prend plus souvent la forme d'une maladie, au sens médical, que d'un accident, on serait porté à emprunter cette voie. Elle se révèle cependant pavée d'embûches.

## L'indemnisation à titre de maladie professionnelle

### La preuve en vertu de l'art. 30 LATMP

On pourrait logiquement croire que dans les cas où les conditions stressantes responsables d'une incapacité psychologique sont reliées au travail et qu'elles ont mis un certain temps à engendrer la lésion, causant un tort sournois et invisible, l'incapacité n'est pas indemnisable comme accident du travail. En effet, selon le sens commun, on ne peut a priori désigner un événement imprévu et soudain à sa source. Elle devrait alors être indemnisable à titre de maladie professionnelle. En effet, comme on l'a vu dans le texte 1, les exigences de preuve au chapitre des maladies professionnelles sont inverses de celles des accidents du travail; lorsque la source se trouve dans des conditions considérées comme caractéristiques du milieu de travail et donc « normales » ou « usuelles », on serait en présence d'une maladie professionnelle.

Or, en 1992, on pouvait affirmer que depuis l'existence de la *Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles* (LATMP), seulement huit réclamations pour incapacité psychologique reliée au stress chronique au travail avaient été acceptées à titre de maladies professionnelles, tandis que les autres l'ont été à titre d'accidents du travail. Quatre d'entre elles portent sur le travail de gardien de prison, deux autres sur le travail de permanent syndical, une sur la réclamation d'une secrétaire travaillant sur écran cathodique pendant de longues périodes et la dernière portait sur les rapports conflictuels et les conflits de rôles dans un centre d'accueil (Lippel, 1992, p. 85). En 2002, la situation était la même et la plupart des réclamations pour maladies psychiques sont présentées à titre d'accident de travail. Entre 1989 et 2001, Katherine Lippel ne dénombre que huit réclamations présentées à titre de maladie professionnelle, parmi lesquelles deux ont été refusées et six ont été indemnisées (Lippel, 2002). La tendance demeure stable.

Selon l'art. 30 LATMP, le travailleur atteint d'une maladie non prévue à l'annexe 1 doit démontrer à la CSST que sa maladie est caractéristique d'un travail qu'il a exercé ou qu'elle est reliée directement aux risques particuliers de ce travail, comme on l'a vu au chapitre précédent. Qu'en est-il pour les problèmes de santé psychologique?

#### *La maladie est caractéristique du travail*

La démonstration en vertu de l'art. 30 et selon laquelle la maladie est caractéristique du travail requiert en fait que des résultats de recherches appuient la prétention de la personne qui réclame une indemnité. Comme on l'a vu au texte 1, une maladie est caractéristique d'un travail si son incidence dans la population des personnes qui font le même travail ou un travail comparable est plus élevée que dans la population générale ou dans un groupe témoin.

Dans une décision rendue il y a plusieurs années par le BRP<sup>1</sup>, on définit ainsi le fardeau de la preuve de la travailleuse réclamant l'indemnité :

Pour [démontrer qu'il s'agit d'une maladie caractéristique du travail] il aurait fallu établir que ce type de travail en lui-même provoquait ce type de maladie, cette démonstration exigeant des données statistiques touchant d'autres travailleurs ayant vécu des situations de travail identiques (*Tadros et Service d'alimentation universel* [1985-86] BRP 123).

D'abord, il est difficile de démontrer une telle chose, compte tenu du caractère non spécifique des problèmes de santé psychologique. En effet, un trouble anxieux résultant d'un conflit avec un collègue de bureau ne se manifeste pas différemment de celui qui résulte d'un conflit avec un voisin à la ville.

En outre, l'exigence d'une maladie caractéristique du travail de la personne qui adresse la réclamation est interprétée par les tribunaux québécois d'une façon plutôt restrictive en ce sens que la maladie, pour être particulière, doit souvent être exclusive au secteur de la personne qui réclame l'indemnité. Lorsqu'on souhaite démontrer un lien entre les conditions de travail et les incapacités dont on réclame l'indemnisation, les tribunaux exigent en général, comme on l'a vu au texte 1, que les conditions de travail à la source de la maladie puissent être désignées de façon précise. Or, en matière de problèmes de santé psychologique, on pointe souvent un ensemble de conditions de travail qui forment ce qu'on appellera une *situation de travail à risque* :

Les problèmes de santé mentale au travail trouvent leur origine dans un ensemble de facteurs qui peuvent être liés à l'organisation et au milieu de travail. Plusieurs de ces facteurs sont difficiles à mesurer objectivement d'une façon isolée. Dans ce contexte, il est plus juste de parler de situations de travail à risque ou pathogènes (Vézina, Cousineau, Mergler, Vinet et Laurendeau, 1992, p. 5).

Certaines études démontrent la concentration plus grande de certains symptômes dans certains milieux que dans d'autres. Comme on le verra dans les textes colligés dans cette section, plusieurs études scientifiques ont repéré des facteurs contributifs au stress au travail, notamment le manque de soutien social, la surcharge de travail, l'absence de contrôle sur les conditions de travail, le manque de reconnaissance du travail, etc. Par exemple, Vézina et Gingras (1996), dans un texte inclus dans cet ouvrage, dressent un inventaire par secteurs d'emploi. D'autres études ont par ailleurs démontré que les professions qui comprennent essentiellement de la relation d'aide sont plus à risque d'entraîner l'épuisement professionnel (Pines, Aronson et Kafry, 1982;

---

<sup>1</sup> Instance décisionnelle disparue au profit de la CLP en 1998 mais dont la jurisprudence peut encore, selon les cas, être valide.



Cordes et Dougherty, 1993; Messing, Seifert et Escalona, 1997, dans cet ouvrage).

Or, pour autant que les tribunaux prennent en compte de telles études dans le cas des problèmes de santé psychologique, les travailleurs qui ne sont pas représentés par des organisations syndicales puissantes n'en ont souvent pas les moyens, car on doit en payer les frais. Des chercheurs indépendants peuvent s'intéresser aux risques présents dans les secteurs où les travailleurs sont nombreux et y mener des études, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST) peut commander des études sur des secteurs prioritaires, mais dans les secteurs non prioritaires, bien moins de recherches sont entreprises (Lippel, 1992, p. 84).

Les tribunaux compétents peuvent prendre l'initiative d'examiner les exigences du travail et de vérifier si des exigences semblables ont été reconnues à titre de risques dans les études épidémiologiques, comme le démontre la décision *Leclair et Pavillons Bois-Joly inc.*, [1991] CALP 1250, dont nous ferons état plus bas. Par exemple, le Tribunal d'appel en Ontario se sert souvent des pouvoirs qui lui sont impartis pour repérer des études, et pour commander des études indépendantes, qu'il soumet ensuite aux parties. Cette manière d'agir peut pallier l'absence de ressources des parties et diminuer le fardeau de la preuve (Lippel, 1992, p. 88).

Dans les autres provinces, il appartient au travailleur de démontrer qu'il a un problème, mais il ne lui appartient pas de prouver le bien-fondé de sa réclamation; c'est à la commission de lui fournir les outils nécessaires pour établir son droit à l'indemnisation, en assumant les coûts si nécessaire. Cette approche découle d'ailleurs du caractère social de la législation (Lippel, 1992, p. 88). En effet, comme on l'a vu au texte 1, les lois à caractère social commandent une interprétation large et favorable aux droits des travailleurs, étant donné leur objectif, plutôt qu'une interprétation étroite et restrictive.

Néanmoins, on l'a vu plus haut, les tribunaux qui entendaient les appels des décisions administratives rendues en première instance avant 1998 (CAS, BR et CALP), et la CLP depuis, n'ont rendu que huit décisions quant à des réclamations pour maladie professionnelle entre 1989 et 2001. De ces huit décisions, seules six acceptent la réclamation et toutes, sans exception, invoquent les risques particuliers (ces six décisions sont présentées dans Lippel, 2002, p. 315-317). Alors affirmer qu'il est difficile de satisfaire aux exigences de la preuve de maladie caractéristique du travail est peu dire.

### *Le risque est particulier au travail*

On peut aussi demander l'indemnisation à titre de maladie professionnelle parce que la lésion est liée directement aux risques particuliers du poste de travail occupé, sans forcément être caractéristique du secteur d'emploi en général. Notons, ici encore, que si la lésion est physique, le critère du risque particulier à un travail donné est interprété de façon moins exigeante; dans le cas d'un

fonctionnaire municipal appelé à voyager, dans le cadre de ses fonctions, dans un pays tropical, des affections allergiques développées en réaction aux vaccins exigés ont été indemnisées à titre de maladie professionnelle et les vaccins ont été reconnus au chapitre des risques particuliers. C'était la voie de preuve à emprunter, car puisque aucun autre fonctionnaire municipal n'est soumis au même risque, la maladie n'est certes pas caractéristique du travail (Lippel, 1992, p. 87). De même, c'est la voie à emprunter lorsque la maladie, sans connaître une incidence plus élevée que la normale dans un emploi donné, est due, par exemple :

- à une surcharge de travail;
- à un travail sous pression excessive;
- à des demandes non prévues lors de l'embauche ou dans le contrat de travail et qui requièrent une formation que n'a pas le travailleur;
- à des demandes non assortis du soutien nécessaire ou, encore, à des demandes qui le placent dans une situation hors de contrôle.

Il existe plusieurs études scientifiques qui ont repéré des facteurs contribuant au stress au travail et qui peuvent servir à démontrer que la maladie est caractéristique du travail. Cependant, on retrouve ces facteurs dans divers secteurs d'activité et ils ne sont pas particuliers à un secteur donné comme peut l'être l'amiante pour l'amiantose, notamment. Par conséquent, en présence d'un facteur comme la surcharge de travail, par exemple, il est plus aisé pour un tribunal administratif d'associer une maladie, comme l'épuisement professionnel, aux risques particuliers d'un emploi que de la déclarer caractéristique d'un milieu de travail, comme le démontre la décision *Leclair et Pavillons Bois-Joly* [1991] CALP 1250<sup>2</sup> où l'organisation du travail et son effet sur la travailleuse ont été analysés en détail afin de déterminer si l'épuisement professionnel de la personne réclamante était en relation avec son travail, et ensuite afin de savoir si des risques particuliers du travail ont contribué à la lésion.

L'affaire *Leclair* présente le cas d'une éducatrice de 34 ans, travaillant en centre d'accueil pour adolescents présentant des problèmes de mésadaptation socio-affective, donc un emploi comportant une grande part de relation d'aide auprès de personnes affectées par de graves problèmes. La « clientèle » change constamment et le personnel doit continuellement s'adapter aux particularités de nouveaux adolescents. La situation s'est dégradée à la faveur d'une réorganisation du travail. Entre 1981 et 1986, en effet, la travailleuse trouve son emploi gratifiant, jouit de son autonomie professionnelle et du soutien de ses supérieurs. Elle se sent appréciée tant des adolescents, de ses collègues que

---

<sup>2</sup> Lire à ce sujet *Leclair et Pavillons Bois-Joly inc.*, [1991] CALP 1250, ainsi que l'analyse de Lippel (1992), *op. cit.*, p.86-87.

de ses supérieurs et s'investit dans son travail. L'équipe de travail, stable, fonctionne bien et les relations y sont harmonieuses.

À compter de l'automne 1986, cependant, la direction modifie le mode de suivi et d'évaluation des cas; on demande à la travailleuse de modifier ses interventions, on lui dicte des façons de faire qui lui donnent le sentiment de perdre un part importante de son autonomie. En outre, on modifie les horaires et les équipes ne sont plus stables mais changeantes. La travailleuse perd ainsi le soutien des collègues avec lesquels elle avait de bonnes relations. Pire, l'information et la communication sur les adolescents ne circule plus aussi bien avec les changements fréquents d'affectation et cela favorise la manipulation propre à ce type de milieu d'intervention. Au cours de cette période, deux travailleurs démissionnent et deux autres obtiennent des congés de maladie prolongés pour des symptômes semblables aux siens. De nouvelles responsabilités de formation des nouveaux intervenants s'ajoutent alors à sa tâche, dans un climat déjà détérioré. En outre, le chef d'unité est de plus en plus absent au cours de la même période. La travailleuse commence à occuper des fonctions syndicales pour lesquelles elle bénéficie d'une libération pendant ses heures de travail; mais les responsabilités qui en résultent aggravent des symptômes d'insomnie déjà présents.

En 1987, un nouveau chef prend la direction de l'unité et les relations de travail se détériorent en même temps que les symptômes de la travailleuse : insomnie, irritabilité, agressivité, inappétence, problèmes de concentration, tendance à pleurer facilement, recherche de l'isolement. Tous ces symptômes permettent à la CALP de conclure qu'il y a maladie (trouble d'adaptation) et que cette maladie est professionnelle, car attribuable à de mauvaises conditions de travail à ce moment et à cet endroit.

Ainsi, selon le tribunal, la lésion n'est pas inhérente à la profession mais bien contextuelle, liée à l'environnement de travail propre à cette travailleuse et à la période. Bien que de telles situations puissent être fréquentes pendant une période donnée, cela n'est pas propre à la profession dans ses caractéristiques générales mais bien à une conjoncture économique et politique donnée.

En l'occurrence, la décision de la CALP dans l'affaire *Leclair* soutient qu'il est démontré que l'épuisement professionnel de la personne réclamante était en relation avec son travail et que des risques particuliers à son travail ont contribué à la lésion; des relations conflictuelles au travail, l'absence de soutien professionnel et une charge accrue de responsabilités sont à la source de la maladie et le fait que d'autres métiers ou d'autres lieux peuvent présenter les mêmes risques n'empêche nullement de conclure que les risques sont particuliers à ce travail (et non caractéristiques de son emploi).

Toutefois, il suffit de parcourir la jurisprudence pour constater la grande variation des décisions en matière d'indemnisation des maladies professionnelles (Tardif, 1997, p. 86-95); en fait, les critères sont tels qu'ils permettent des interprétations éminemment variables.

On l'a vu, les six décisions favorables à des réclamations pour maladie professionnelle rendues en appel entre 1989 et 2001 invoquent le risque particulier à un travail donné plutôt que la maladie caractéristique d'un emploi. Même dans le cas d'un gardien de prison découvrant un prisonnier pendu dans sa cellule et souffrant d'une angoisse situationnelle, la lésion résultant du traumatisme n'est pas reconnue à titre de maladie caractéristique du travail, sans doute parce qu'on ne peut invoquer une proportion significativement supérieure de telles réactions dans ce milieu de travail. On reconnaîtra donc qu'il s'agit d'un risque particulier au travail effectué (*Service correctionnel du Canada et Michel Crack* [1990] CALP 37).

Lorsqu'un travailleur par ailleurs sans histoires fait subitement l'objet de harcèlement par un nouveau contremaître et subit une réaction anxio-dépressive, le même raisonnement propre aux risques particuliers s'applique, bien que le tribunal soutienne qu'il aurait tout aussi bien pu indemniser la lésion à titre d'accident de travail (*Roulier et Ministère de la Défense nationale*, CALP, n°13366-62-8906, 31 mars 1992). Un autre travailleur a été victime d'une dépression réactionnelle sévère à la suite d'un refus concerté de tous ses collègues de travailler avec lui et de diverses pressions qui le mènent à une mutation. Le tribunal décide dans ce cas que le travailleur est à la fois victime d'une maladie professionnelle due aux risques particuliers de son travail et d'un accident de travail en vertu de la thèse des microtraumatismes (*Langevin et ministère du Loisir, de la Chasse et de la Pêche* [1993] CALP 453). Il en va de même d'une éducatrice qui souffre d'une dépression réactionnelle liée au fait d'avoir subi des mesures discriminatoires et des représailles de la part de la direction de l'école (*Cloutier et Commission scolaire Portneuf* [1993] CALP 679) et d'un travailleur qui souffre de dépression majeure à la suite de pression et de surcharge au travail (*Boisjoly et Chrysler de Lachute inc.*, CALP, n°69280-64-9505, 9 juillet 1997).

Rappelons toutefois que nous n'évoquons ici que les réclamations indemnisées à titre de maladies professionnelles; pendant la même période, plusieurs réclamations semblables ont été indemnisées, mais cette fois à titre d'accident de travail (Lippel, 2002, p. 104-118). Par exemple, la décision *Nancy Linch et Ministère du Solliciteur général du Canada* ([1987] CALP 590) reconnaît que la gardienne de prison, qui a découvert un détenu pendu dans sa cellule, subit un choc émotif que diagnostique son médecin. Le tribunal d'appel a accepté d'indemniser la lésion psychologique à titre d'accident de travail, bien que la découverte d'un détenu suicidé fasse partie des possibilités dans cette profession. Le cas était relativement semblable à celui de Michel Crack (plus haut) et cela illustre bien le caractère imprévisible, encore de nos jours, des décisions en matière d'indemnisation des lésions psychologiques (lire à ce sujet l'analyse de Lafond, 1997).

## **La présomption en vertu de l'art. 28 ou 29 LATMP**

On l'a vu au texte 1, lorsqu'un travailleur démontre qu'il est atteint d'une maladie prévue à l'annexe 1 de la LATMP et qu'il a exercé un travail correspondant à cette maladie d'après l'annexe (Cliche et Gravel, 1997, p. 235-238), il bénéficie en principe de la présomption de l'article 29 LATMP, ce qui le dispense de démontrer le lien de causalité entre son travail et sa maladie. On doit constater qu'il est plus facile de faire reconnaître une maladie professionnelle lorsqu'elle est prévue en annexe de la LATMP.

Or aucun problème psychologique n'y figure pour l'instant. Il est donc exclu de recourir à cette présomption dans le cas des lésions psychologiques. On doit forcément recourir à la preuve en vertu de l'art. 30 LATMP.

De même, la jurisprudence est constante quant au fait qu'au sens de l'art. 28 LATMP, une lésion psychologique ne constitue pas une blessure, car on définit une blessure comme une lésion faite aux tissus vivants par une cause extérieure, un agent dit « vulnérant » (voir le texte 1 à ce propos). Il est donc quasi impossible de bénéficier d'une telle présomption pour une lésion psychologique.

## **L'indemnisation à titre d'accident de travail**

À la lecture du texte 1, vous avez été sensibilisés à l'existence de certaines difficultés dans la reconnaissance des maladies professionnelles au chapitre de l'indemnisation et à l'existence de difficultés encore plus grandes au chapitre des maladies d'ordre psychologique. Pour ces raisons, il arrive bien plus souvent que les lésions psychologiques soient indemnisées à titre d'accident de travail que de maladie professionnelle (Lippel, 2002, p. 315). On ne peut s'étonner de cette tendance, car les enjeux sont tout à fait différents dans l'un et l'autre cas. Reconnaître une lésion à titre d'accident lui donne un statut fortuit, exceptionnel, alors que la reconnaître à titre de maladie caractéristique du secteur d'emploi ouvre la possibilité, pour les autres travailleurs du secteur, de se pourvoir du même recours.

À ce titre, les conséquences de la reconnaissance à titre de maladie professionnelle sont susceptibles de coûter beaucoup plus cher à la CSST que les conséquences de la reconnaissance à titre d'accident du travail.

Pourtant, il importe de ne pas perdre de vue que si l'ensemble des coûts reliés à ces lésions ne sont pas assumés par la CSST, ils le sont, tôt ou tard, par l'un ou l'autre des organismes de santé. En tant que payeurs d'impôt, consommateurs d'assurances et cotisants à des régimes privés d'assurance, nous les payons donc en définitive sous une forme ou sous une autre.

## Le critère de l'événement inusité

Pour qu'on l'indemnise à titre d'accident de travail, on doit démontrer que la lésion psychologique résulte d'un « événement imprévu et soudain » (LATMP, art. 2). Les réclamations pour incapacité psychologique doivent en outre satisfaire à un critère d'interprétation supplémentaire, selon lequel la lésion a été causée par un événement qui n'est ni « usuel » ni « normal » mais « inusité » pour que les tribunaux acceptent de considérer la réclamation :

Ainsi, les maladies mentales qui sont la conséquence d'une lésion professionnelle de nature physique, comme la dépression liée à une douleur chronique ou à une atteinte permanente à l'intégrité physique résultant d'un accident de travail, sont considérées comme une conséquence (ou une aggravation) de l'accident de travail et, de ce fait, sont incluses au chapitre des lésions professionnelles. De plus, la CSST considère comme faisant aussi partie de cette catégorie les maladies mentales qui sont consécutives à un événement objectivement menaçant et dangereux qui survient d'une façon imprévue et soudaine par le fait ou à l'occasion du travail. On peut citer à titre d'exemple l'état de stress post-traumatique consécutif au braquage d'une banque ou à une agression. À la CSST, on classe souvent ces lésions dans la catégorie « choc nerveux » (Vézina, 1998, p. 113).

On le devine, les instances décisionnelles en santé et en sécurité au travail doivent interpréter largement les termes « événement imprévu et soudain » dans les cas d'une lésion résultant du harcèlement, par exemple, par rapport à une autre résultant du braquage d'une banque. L'une des réponses marquantes à ces problèmes d'interprétation est le critère de l'événement inusité.

En effet, parmi les réclamations pour incapacité psychologique rejetées par la CSST (en première instance), le BR ou la CALP (en deuxième et troisième instance, dans le précédent régime) ou la CLP (qui remplace ces deux dernières instances et rend des décisions finales en deuxième et dernière instance depuis avril 1998), plusieurs se voient rejetées parce qu'elles ne sont pas fondées sur des événements inusités : l'augmentation de la tâche, le harcèlement sexuel, le congédiement ou la rétrogradation, six transferts non sollicités à l'intérieur d'une même année, de nouvelles descriptions de tâches, le harcèlement administratif par les supérieurs, les coupures de postes, la découverte du cadavre d'un prisonnier (Lippel 1992, p. 78; Lippel, 2002, p. 118-124).

On ne peut pourtant retracer la source de ce critère de l'événement inusité, qui n'apparaît pas dans la loi québécoise ni dans la loi américaine ou canadienne, et qui n'en constitue qu'une interprétation. Le droit américain retient la même définition d'un accident de travail que celle de la LATMP, soit celle de l'événement imprévu et soudain, mais retient pour critère que les conséquences de l'accident, en l'occurrence la réaction psychologique ou la maladie, soient

imprévues, et non l'événement à la source de la lésion (Lippel, 1992, p. 79). Une telle interprétation n'est pas retenue au Québec, dont les juristes ne sont pas liés par la jurisprudence américaine.

L'une des hypothèses permises est l'emprunt à l'art. 13 LSST sur le droit de refus, qui énonce notamment :

#### Droit de refus

##### Refus d'exécuter un travail.

12. Un travailleur a le droit de refuser d'exécuter un travail s'il a des motifs raisonnables de croire que l'exécution de ce travail l'expose à un danger pour sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique ou peut avoir l'effet d'exposer une autre personne à un semblable danger.

##### Exception.

13. Le travailleur ne peut cependant exercer le droit que lui reconnaît l'article 12 si le refus d'exécuter ce travail met en péril immédiat la vie, la santé, la sécurité ou l'intégrité physique d'une autre personne ou *si les conditions d'exécution de ce travail sont normales dans le genre de travail qu'il exerce.*

Certains commissaires usent de termes si semblables qu'on croirait qu'ils s'inspirent de la jurisprudence de cet article ou de son libellé pour définir l'accident de travail (*Centre Le Gouvernail et Jacques Rancourt*, CLP, 144195-32-0008, 12 décembre 2001, p. 21).

Or, loin d'encourager une telle importation, la doctrine enseigne plutôt que si le Législateur avait voulu limiter la portée de la définition de l'accident de travail dans l'art. 2 LATMP, il l'aurait énoncé aussi clairement qu'à l'art. 13 LSST ; or tel n'est pas le cas (Laprise, 2003, p. 213-214).

En revanche, ils sont liés par la jurisprudence québécoise pertinente et, à cet égard, il faut noter que les requêtes pour lésion physique ne retiennent pas le critère de l'événement inusité. En effet, les faux mouvements, les positions inconfortables et les gestes répétitifs sont reconnus comme des accidents du travail indemnisables en vertu de la législation depuis plusieurs années, sans que se pose la question du caractère inusité de l'événement qui en est la source (Lippel, 1992, p. 79). Rien n'entraîne qu'il doive en aller différemment des lésions psychologiques.

L'interprétation retenue de la notion « d'événement imprévu et soudain » par les instances décisionnelles en santé et en sécurité au travail restreint donc la définition de l'accident dans le cas des incapacités psychologiques, par rapport aux cas d'incapacités physiques.

Qui plus est, exiger que l'événement soit anormal dans le milieu de travail a des effets pervers car, ironiquement, des individus qui travaillent dans un milieu

moins dangereux seront indemnisés à la suite d'un événement « anormal », alors que d'autres, œuvrant dans un milieu dangereux, se verront refuser l'indemnité parce que l'événement est « normal » dans leur milieu :

Exiger que les conditions alléguées soient plus stressantes que celles vécues habituellement par ce travailleur, ou par un travailleurs du même métier, mène à un régime qui facilite les réclamations des personnes œuvrant dans un milieu peu stressant et rend plus difficile la reconnaissance des réclamations provenant d'un milieu habituellement stressant [...] ou d'une personne plus vulnérable (Lippel, 1992, p. 77-78).

La situation n'avait pas changé dix ans plus tard (Lippel, 2002, p. 101). Par exemple, on a déjà indemnisé une travailleuse d'un centre d'accueil, victime de harcèlement sexuel de la part de ses collègues. On a en effet jugé que l'événement était inusité (Lippel, 1992, p. 70). En revanche, une demande d'indemnisation pour harcèlement sexuel par les prisonniers, présentée par une gardienne de prison, fut refusée parce que l'événement faisait partie des caractéristiques normales du milieu de travail et, par conséquent, n'était pas un événement imprévu et soudain (Lippel, 1992, p. 72<sup>3</sup>).

On constate à cet égard que certains événements sont considérés comme normaux; par exemple, l'évaluation négative d'un employé, l'acharnement d'un contremaître, une surcharge sur une chaîne de montage ou dans un hôpital. Ces événements feraient partie du cours normal des relations de travail.

En revanche lorsque, dans la situation inverse, des employés subalternes détestent leur supérieur, l'insultent et font preuve d'insubordination, ou encore qu'un fonctionnaire ou un cadre se voit attribuer un surcroît de travail, les tribunaux administratifs ont souvent jugé qu'il s'agissait d'une situation anormale (Lippel, 1992, p. 74<sup>4</sup>). Une telle situation défavorise nettement les femmes, comme on l'a vu à la section 6.

Cependant, l'interprétation du concept d'accident du travail, et particulièrement du caractère imprévu et soudain de l'événement, est « élastique »; entre autres, la durée des événements à la source de la lésion varie infiniment<sup>5</sup>. C'est ce qui fait que, néanmoins, la grande majorité des lésions psychologiques indemnisées le sont à titre d'accident de travail et non de maladie professionnelle.

---

<sup>3</sup> L'auteure donne plusieurs exemples opposant des événements considérés comme inusités et d'autres comme usuels.

<sup>4</sup> L'auteure cite plusieurs décisions opposant des situations considérées comme anormales et d'autres comme normales. Son analyse fine met bien en évidence la variation et le caractère imprévisible des décisions en matière d'indemnisation d'un problème psychologique, même à titre d'accident de travail (Lippel, 1992, p. 68-82).

<sup>5</sup> Cette question a été traitée au chapitre 1.



Malgré ces problèmes d'interprétation, comment a-t-on alors pu assister à l'instauration d'une tendance dominante à indemniser des lésions psychologiques à titre d'accident de travail?

## L'application de la thèse des microtraumatismes aux lésions psychologiques

On l'a vu, lorsque les réclamations visent la reconnaissance à titre de maladie professionnelle, la preuve est difficile à faire. Les tribunaux administratifs ont été les premiers à le constater après la mise en œuvre de la LATMP. Ils ont décidé d'indemniser des infarctus et des lésions psychologiques qui résultent d'une série de chocs étalés dans le temps à titre d'accident de travail parce que, dans les cas de dépression situationnelle et d'épuisement professionnel (*burn-out*), il est trop difficile d'affirmer qu'elles sont *caractéristiques du travail* en cause ou *reliées directement aux risques particuliers de ce travail*. Elles peuvent en effet se présenter dans tous les secteurs d'emploi (et ne sont donc pas à proprement parler caractéristiques du travail) et le lien entre des symptômes bien démontrés et des facteurs présents dans le milieu de travail, qui sont prépondérants dans l'explication de la maladie, n'est pas toujours facile à établir (il sera donc malaisé d'établir que le risque est particulier au travail). Il n'est pas non plus aisé d'établir que les dommages subis font partie des conditions habituelles de travail.

Ces deux types de lésions sont intéressantes du fait que leur traitement requiert une interprétation très large et souple de la définition juridique de l'accident de travail. Au début, ces décisions de tribunaux administratifs ont souvent été renversées par les tribunaux supérieurs (Corriveau, 1991, p. 65-66). En effet, comme la lésion qu'on attribue à un accident de travail doit résulter d'un événement imprévu et soudain, c'est bien l'événement à la source qui doit avoir ces caractéristiques et non la lésion; cette dernière peut apparaître de façon prévisible et étalée dans le temps, comme on a vu au texte 1, mais pas l'événement qui en est la source.

Néanmoins, à la fin des années 80, la tendance jurisprudentielle a changé pour ce qui est des lésions psychologiques attribuables au travail. Les tribunaux ont commencé à emprunter une voie selon laquelle le stress vécu par un travailleur pendant plus de vingt ans est constitué d'une série de microtraumatismes, lesquels peuvent tous individuellement être considérés comme un événement imprévu et soudain; par conséquent, l'ensemble conserve ce caractère imprévu et soudain<sup>6</sup>.

Cependant, comme nous l'avons vu au texte 1, la preuve d'un accident de travail se déploie avec un raisonnement inverse de celle de la maladie professionnelle.

---

<sup>6</sup> *Service correctionnel du Canada et Maurice St-Laurent* [1989] CALP 840; *Roger Dumas et Québec (Ministère du Solliciteur général)* [1990] BRP 329; [1989] CAS, 416, 421.

Pour établir cette preuve, il faut démontrer, à la différence de la preuve de maladie professionnelle, que le stress subi n'est pas inhérent aux conditions habituelles ou normales de travail.

Certains des événements qui causent des maladies professionnelles sont de fait imprévus et soudains : faire l'objet d'une poursuite civile pour brutalité policière, d'une plainte criminelle à l'endroit d'un policier pour avoir abattu un suspect, un traumatisme à la suite d'un vol à main armée pour une caissière, le harcèlement sexuel, le harcèlement d'un ancien cadre devenu salarié, etc. (Cliche et Gravel, 1997, p. 315). À titre d'exemple, une victime s'était retrouvée coéquipier de collègues qu'il avait déjà sanctionnés auparavant. Sa lésion a été indemnisée après une longue lutte (*Desmarais et Ville de Joliette*, CALP, 1990, 07750-63-8805 FO), en vertu de l'application de la thèse des microtraumatismes. Le caractère inusité des événements a ici été établi à la satisfaction du tribunal. Dans ces derniers cas, on peut remarquer que la reconnaissance à titre de maladie professionnelle aurait été difficile, car le travailleur aurait eu à démontrer que ces lésions sont fréquentes dans son milieu de travail ou propres à celui-ci. Dans les deux cas, le raisonnement reste difficile à soutenir.

Le raisonnement qui appuie l'indemnisation par la CSST des lésions dues à des microtraumatismes repose sur une définition large de l'événement imprévu et soudain, définition selon laquelle les stressseurs chroniques représentent :

[...] des microtraumatismes assimilables à des événements imprévus et soudains pouvant constituer un accident du travail (Lippel, 1992, p. 68).

Il faut remarquer la variation dans la durée des événements à la source de la lésion, car cette variation met en évidence « l'élasticité » du concept d'accident du travail. En conséquence, la jurisprudence tend à démontrer qu'il est plus facile d'établir la relation de causalité entre une maladie et les conditions de travail lorsque celle-ci est imputable à un accident du travail (Lippel, 1992, p. 68). La CSST peut par exemple reconnaître aux fins d'indemnisation une maladie psychiatrique (troubles anxieux, trouble d'adaptation, dépression grave) qui résulte d'une série d'événements stressants imprévus et soudains bien qu'ils soient plus ou moins « objectivables » en milieu de travail (comme l'exige la preuve de maladie professionnelle). De ce fait, le lien entre la maladie et le travail est plus facile à établir.

Cela ne signifie toutefois pas que la preuve est simple; par exemple, le harcèlement, le conflit avec un supérieur, un collègue ou encore la clientèle peut être reconnu comme un accident de travail, s'il est démontré qu'il s'agit d'une série d'événements imprévus et soudains qui, pris un à un, peuvent être bénins mais, lorsqu'ils se répètent sur une période plus ou moins longue, viennent à bout des résistances de la personne et l'entraînent dans la maladie. Dans cette veine, un ensemble de changements inattendus aux conditions de travail qui échappent au contrôle du travailleur et qui ont pour effet d'augmenter

considérablement sa charge de travail peuvent causer une lésion qui sera indemnisée à titre de lésion professionnelle (*Gagnon et CARRA et CSST, CALP, 1989, n°0094203-8609-(03-00063-8609)*).

Dans le cas du pompier vu plus haut (*Desmarais et Ville de Joliette, CALP, 1990, 07750-63-8805 FO*), les faits cités sont accablants; le travailleur est harcelé sans relâche, on détruit son repas, on souille sa case, on en obstrue ensuite la serrure, on lui donne un coup qui par mégarde est reçu par un autre travailleur et entraîne ce dernier dans une chute à l'étage inférieur, on l'arrose à la figure avec le boyau d'incendie, la porte se referme derrière lui dans un immeuble en feu, un coéquipier lui laisse entendre que, si jamais « il était mal pris », on ne ferait rien pour le sauver, etc. Ses symptômes de fatigue physique et morale s'accompagnaient de craintes objectives pour sa sécurité. L'anxiété se manifestait sous forme somatique par des maladies de peau et des troubles de sommeil. Néanmoins, il a dû essuyer le refus des deux premières instances du régime de l'époque (la CSST et le BR) avant de voir sa réclamation acceptée par la CALP.

En vertu de cette tendance, la jurisprudence des différents organismes décisionnels encourage les travailleurs à réclamer l'indemnisation de lésions psychologiques à titre d'accident de travail. Il est souvent plus approprié d'emprunter la voie de la preuve d'accident de travail, selon la cause de la lésion psychologique. Certaines lésions psychologiques sont en effet indemnisées à titre d'accident de travail sans être la conséquence d'un accident ou d'un événement fortuit, comme le braquage d'une banque. Par exemple, le harcèlement suivi, constant et très menaçant d'un pompier par son équipe de travail, allant jusqu'à des menaces à sa sécurité, a causé au travailleur des lésions psychologiques qui ont été indemnisées en vertu de la thèse des microtraumatismes.

## Les types de lésions

On peut définir trois types de lésions d'ordre psychologique reliées au travail, selon que des éléments d'ordre physique interviennent ou non à la source ou en conséquence de la maladie (classification issue de Lippel, 1992).

Le premier type peut être qualifié de « physique-mental » en ce qu'il regroupe des situations :

[...] où des dommages physiques, consécutifs à un accident de travail, laissent des séquelles néfastes sur le plan psychologique. L'hystérie de conversion, la dépression post-traumatique, le suicide relié au syndrome de douleurs chroniques et même certains états psychotiques ont ainsi pu être indemnisés en vertu des différents régimes nord-américains [de santé et de sécurité au travail] (Lippel, 1992, p. 11).

Les lésions psychologiques de ce type restent les plus faciles à faire reconnaître à des fins d'indemnisation par les tribunaux appropriés. Ces lésions sont en général indemnisées à titre de récurrence, de rechute ou d'aggravation d'un accident de travail (RRA). Elles peuvent avoir à leur origine soit une lésion organique, soit une lésion elle-même psychologique. Dans ce contexte, conformément à la LATMP, l'événement initial doit lui-même avoir été reconnu par la CSST comme constituant une lésion professionnelle (Lippel, 2002, p. 100).

Dans ce genre de réclamation, le rôle de la CSST consiste à établir s'il existe bien une relation entre la lésion initiale et la RRA, c'est-à-dire si cette lésion psychologique est une conséquence de l'accident de travail vécu par l'employé. Les tribunaux ne prennent pas seulement en considération la période qui s'est écoulée depuis la lésion initiale, mais aussi la gravité de la lésion d'origine, la présence de séquelles permanentes, le suivi médical depuis la consolidation de la lésion, la présence d'une condition personnelle, etc. Certaines RRA indemnisées s'étaient développées plusieurs années après la survenance de la lésion initiale.

Le deuxième type peut être qualifié de « mental-physique » en ce qu'il regroupe des situations où...

[...] des stimuli psychologiques provoquent des dommages physiques, que ce soit sous forme d'ulcères, d'artériosclérose, d'infarctus du myocarde, d'accidents cérébro-vasculaires et même de sclérose en plaques (Lippel, 1992, p. 11).

Selon l'étude exhaustive de la jurisprudence effectuée par Lippel, la plupart des tribunaux nord-américains acceptent de telles réclamations, même s'ils appliquent parfois des règles particulières lorsque vient le temps d'examiner la relation entre la lésion et les conditions de travail. S'il est plus fréquent de voir accepter les réclamations des deux premiers types, c'est entre autres parce qu'elles :

[...] invoquent la présence d'un élément physique qui constitue en lui-même une garantie contre la simulation pure et simple de la part d'un accidenté. Bien qu'il soit presque impossible de démontrer de façon tangible l'étiologie d'un infarctus du myocarde, l'existence même de la lésion cardiaque peut habituellement être prouvée par des signes objectifs. De la même manière, une dépression consécutive à une amputation des deux jambes [...] est compréhensible par un non-scientifique, même si ce type de réaction n'est pas nécessairement mesurable (Lippel, 1992, p. 12).

Le troisième type peut enfin être qualifié de « mental-mental » en ce qu'il regroupe des situations où :

[...] le stimulus et la réaction sont tous deux de nature psychologique. On pense, par exemple, à la réaction de stress post-traumatique d'un travailleur témoin d'un accident fatal, à la dépression consécutive à une longue période de surcharge de travail chez une travailleuse sociale, ou encore à la réaction d'anxiété aiguë d'une secrétaire qui subit les pressions et critiques constantes de son supérieur (Lippel, 1992, p. 12).

Toujours selon l'étude exhaustive de la jurisprudence effectuée par Lippel, il n'est pas impossible de voir indemniser l'incapacité de travailler résultant de lésions de ce troisième type dans la majorité des tribunaux nord-américains. Toutefois :

[...] l'appareil judiciaire et les tribunaux administratifs responsables de l'application de la législation en matière d'accidents du travail ont défini les critères applicables aux réclamations [de ce type] avec beaucoup de circonspection (Lippel, 1992, p. 12).

Autrement dit, malgré la possibilité de faire reconnaître dans certains cas des lésions de ce troisième type à titre d'accident de travail, la preuve à fournir est plus considérable, les exigences restreignent le champ des réclamations recevables et, en résultante, les chances de voir indemniser ces lésions sont moins grandes. Pour ce troisième type de réclamation, il est plus difficile de mesurer objectivement la source (le facteur délétère présent dans le milieu de travail) ou la réponse (la maladie, les symptômes) que dans les deux premiers types et l'indemnisation en souffre.

Il est notamment plus aisé de faire reconnaître une lésion psychologique lorsqu'elle résulte d'un stress aigu, comme nous le verrons dans la section suivante, parce qu'un événement bien repérable peut être pointé comme source de l'incapacité. Cependant, les cas d'incapacité psychologique résultant d'un stress aigu font parfois face à des obstacles considérables.

## Incapacité psychologique résultant d'un stress aigu

L'une des situations de ce troisième type qui permet généralement, en Amérique du Nord, de se voir reconnaître le droit à l'indemnisation est celle où une incapacité psychologique résulte de la peur, d'un choc ou d'autres formes de stress aigu, comme lorsqu'une personne est témoin d'événements ayant menacé la vie d'êtres humains, que ce soit dans le cadre d'un accident, d'une émeute ou d'un suicide. Il en va de même des réclamations où la vie de la victime a été mise en péril ou du moins a été perçue comme l'étant, même si cette personne n'a pas été physiquement touchée à l'occasion de l'événement

(Lippel, 1992, p. 13-14<sup>7</sup>). Par exemple, en 1954, en Ontario, la réclamation d'un conducteur de métro, mêlé malgré lui au suicide de deux personnes en une même semaine et souffrant de dépression, fut honorée.

Il est important de souligner que ces réclamations pour incapacité psychologique résultant d'un stress aigu sont toutefois adressées à titre d'accident de travail plutôt qu'à titre de maladie professionnelle; il en résulte que les règles de la preuve qui mènent à la reconnaissance sont celles des accidents du travail. La difficulté de faire reconnaître les maladies professionnelles reste entière.

Néanmoins, même à titre d'accident de travail, la reconnaissance de l'origine professionnelle des incapacités psychologiques se heurte à des obstacles. L'exemple suivant, tiré de la jurisprudence québécoise, illustre à quel point il peut être difficile de faire reconnaître son droit à l'indemnisation pour des dommages reliés au stress aigu :

Une gardienne de prison découvre, en faisant sa ronde, le hublot d'une cellule masqué de l'intérieur. Conformément au protocole, elle demande le secours de ses collègues pour découvrir avec eux, une fois la porte déverrouillée, que le détenu s'est pendu. Cet événement déclenche chez elle une réaction d'anxiété situationnelle et son médecin lui recommande seize jours de repos. La réclamation est acceptée en première instance. Toutefois, après la contestation de l'employeur, le bureau de révision paritaire de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) renverse cette décision, en déclarant que les pendaisons dans les prisons sont des événements habituels et qu'à ce titre, elles ne peuvent constituer un événement imprévu et soudain. Certains des représentants de la CSST que nous avons rencontrés ont réaffirmé le bien-fondé de cette décision parce que, selon eux, il est inexplicable que la travailleuse ait réagi ainsi, ses collègues n'ayant pas été affectés pour leur part (Lippel, 1992, p. 19).

Pourtant, on l'a vu, de telles réclamations ne passent pas le test de la preuve de maladie professionnelle, car on ne peut pour autant convaincre les tribunaux qu'il s'agit d'une maladie caractéristique du milieu de travail. On invoquera par exemple que les cas de suicide ne se présentent pas tous les jours. Bien sûr, mais alors en vertu de quoi démontrer le lien entre la lésion et le travail? Dans l'état actuel de la jurisprudence, une telle lésion peut ne satisfaire à aucune des séries de critères et être réputée causée par des facteurs personnels.

Lippel souligne aussi que selon son enquête auprès des intervenants des tribunaux administratifs en matière de santé et de sécurité au travail, plusieurs commissions « exigent que les réclamations pour stress aigu soient acceptées

---

<sup>7</sup> L'auteure cite les décisions des tribunaux sur lesquelles s'appuient ses propos.

uniquement par les instances d'appel et non par les agents d'indemnisation » (Lippel, 1992, p. 18; Lippel, 2002, p. 100-101). On peut s'étonner qu'il y ait ainsi deux logiques différentes selon l'instance devant laquelle est portée la réclamation, mais l'auteure rapporte que les intervenants disent espérer que « seules les réclamations les plus sérieuses seront portées en appel ». Or non seulement de telles pratiques ne sont-elles justifiées par aucune exigence législative, mais aussi ont-elles des effets anti-thérapeutiques sur les bénéficiaires (Lippel, 1992, p. 19).

## Incapacité psychologique résultant d'un stress chronique

Les lésions du troisième type, soit les lésions « mentales-mentales » ou encore les incapacités psychologiques résultant d'un stress chronique sont encore plus difficiles à relier aux conditions de travail, selon les règles de preuve en vigueur. On peut distinguer ce type de lésions des précédentes en ce que les dommages psychologiques dont les travailleurs demandent l'indemnisation résultent de la présence d'agents stresseurs de nature psychologique auxquels on a été exposé de manière graduelle ou chronique. On peut ranger à cette enseigne les dommages résultant d'une augmentation de la tâche ou des heures de travail, de conflits avec des supérieurs, avec des collègues, avec des subalternes ou avec le public, de harcèlement sexuel, racial ou administratif au travail, de la modification de la tâche, de changements technologiques, d'une promotion ou d'une rétrogradation ou enfin d'un congédiement (Lippel, 1992, p. 21-22). Le syndrome de l'épuisement professionnel n'est que l'une des incapacités résultant d'un stress chronique.

Cependant, bien des obstacles se dressent devant ces réclamations, par rapport à celles qui résultent d'un stress aigu :

- malgré une preuve de harcèlement, le tribunal peut considérer que la condition personnelle préalable de la victime joue un rôle prépondérant dans ses problèmes de santé psychologique;
- le harcèlement invoqué doit être objectivable et il doit dépasser le cours normal des choses dans le cadre des rapports du travail; par exemple, il est normal dans le cours des relations de travail qu'il y ait des plaintes à l'endroit de salariés, des griefs et des sanctions qui en résultent; pour qu'il y ait harcèlement, il faut démontrer le dépassement de la norme habituelle;
- dans la même veine, lorsque les événements stressants allégués ont trait aux relations de travail, en général (sanction disciplinaire, congédiement, évaluation négative, suspension pour enquête en cas de délit commis dans le milieu de travail), les tribunaux hésitent à conclure à un accident de travail selon la thèse des microtraumatismes, car les relations de travail font partie du cours normal de la gestion des employés. Seul le dépassement d'une norme, en cette matière, justifie l'indemnisation;

- il faut aussi savoir distinguer les effets normaux d'une réorganisation du travail d'une situation de pression induite ou d'une ampleur telle qu'elle explique une lésion psychologique due à une série de microtraumatismes;
- le lien entre les événements et la lésion reste plus difficile à établir, car les événements sont étalés dans le temps et constituent une série (pour une analyse fine des réclamations refusées à ce titre, lire Lippel, 2002, p. 118-124).

À ce chapitre, selon Lippel, l'Ontario, le Québec et la Saskatchewan occupent une place particulière dans l'ensemble des provinces du Canada. Plusieurs réclamations pour les dommages psychologiques consécutifs à un stress chronique ont été acceptées au Québec (Lippel, 1992, p. 48). Pourtant, au Québec, aucune politique administrative n'encadre ces décisions et chaque réclamation est examinée à son mérite.

## Les conditions personnelles préalables des travailleurs atteints

Diverses conditions personnelles peuvent influencer sur la santé psychologique comme physique des individus et la relation de causalité entre le milieu de travail et les lésions n'en demeure que plus difficile à établir; ainsi l'âge, l'état de santé, la personnalité, les stratégies personnelles d'adaptation, les ressources intellectuelles, le soutien social, les habitudes de vie et, de façon plus controversée, le sexe représentent des caractéristiques individuelles qui ont été désignées comme pouvant influencer sur la nature et l'importance des manifestations psychologiques reliées à certaines situations de travail (Vézina, Cousineau, Mergler, Vinet et Laurendeau, 1992, p. 64-68; Lippel, 2002, p. 100).

Qu'advient-il par exemple de la réclamation d'un travailleur pour incapacité psychologique lorsqu'il a déjà souffert de troubles psychiatriques, lorsqu'il souffre de problèmes personnels, lorsque, en un mot, sa vulnérabilité à ce chapitre semble plus grande que celle de son voisin? De telles réclamations doivent-elles être traitées différemment des autres ou de la même façon? Et comment les traite-t-on dans les faits?

L'histoire jurisprudentielle québécoise à ce chapitre est changeante; en effet, après une période de traitement différencié et de refus des demandes provenant de personnes dites fragiles ou vulnérables, la jurisprudence contemporaine semble clairement indiquer que l'incapacité psychologique est indemnisable, quel que soit l'état de la victime, si les conditions de travail ont aggravé ou déclenché cette incapacité. Il existe dans la doctrine une règle qui consiste à « prendre le travailleur dans l'état où il se trouve » (*thin skull rule*), en vertu de laquelle :



[...] l'employeur ne peut invoquer la vulnérabilité préalable du travailleur pour se soustraire à l'indemnisation lorsque le travail déclenche ou aggrave une condition personnelle préexistante. Par contre, lorsque la lésion est attribuable uniquement à l'évolution de la pathologie personnelle du travailleur, ou lorsqu'elle est déclenchée par la fausse perception du travailleur, causée elle-même par sa condition personnelle, la contribution du travail ne sera pas considérée déterminante (Lippel, 1992, p. 95).

Dans le passé, des lésions issues d'événements tels qu'une prise d'otages ou un vol à main armée, lésions pour lesquelles une victime est normalement indemnisée, ont pu être jugées irrecevables si la victime de l'incapacité qui en découle était jugée vulnérable au préalable. Ainsi, la personne exempte de tout antécédent en matière de problèmes psychologiques était indemnisée, tandis que celle jugée plus fragile l'était difficilement, puisque le tribunal trouvait plus difficile de relier le problème de santé à l'événement stressant.

Or en matière d'incapacité *physique*, et non psychologique, découlant d'une lésion professionnelle, la jurisprudence québécoise est claire : la prédisposition à une telle incapacité ne constitue aucunement un obstacle à l'indemnisation pleine et entière pour l'ensemble des dommages déclenchés par un accident du travail ou une maladie professionnelle<sup>8</sup> :

Les décisions québécoises antérieures ont toujours maintenu que des personnes souffrant d'une condition physique préexistante les rendant plus vulnérables devraient être indemnisées, même si dans les mêmes conditions, une personne sans incapacité préexistante n'aurait jamais eu de lésion (Lippel, 1992, p. 96).

Il faut donc constater ici, une fois de plus, l'importante différence existant entre la reconnaissance des lésions physiques et celle des lésions psychologiques.

## **Les problèmes de preuve en cas de lésion psychologique**

On peut invoquer plusieurs raisons à l'appui d'une telle situation, mais les problèmes de preuve liés à la définition de la maladie professionnelle, qui font l'objet de ce cours, peuvent se résumer de la façon suivante, selon les travaux existants.

---

<sup>8</sup> Voir *Chaput c. Société de transport de la Communauté urbaine de Montréal et al.* [1992] RJQ 1774 (CA), p. 1786, cité par Lippel (1992), p. 96.

## Des facteurs de risque *non spécifiques*

Les facteurs de risque désignés de façon notoire dans les travaux sont en grande majorité de ce type, soit non spécifiques, comme vous le constaterez en lisant le texte 16. Quoi de moins précis en effet que l'absence d'emprise sur l'environnement de travail, par opposition à la présence d'une substance chimique donnée dans l'environnement? D'autres facteurs aussi peu spécifiques sont associés à des problèmes de santé psychologique, notamment la perturbation des rapports hiérarchiques lors de réorganisations administratives, surtout lorsqu'elle s'accompagne d'une surcharge cognitive de travail, d'absence d'autonomie décisionnelle et de manque de soutien social au travail.

Même au chapitre des lésions de type « physique-mental », on l'a vu, le travail en situation de danger, en plus des risques évidents qu'il représente pour la santé physique, attaque aussi la santé psychologique. Or, bien que plus « objectif », c'est là un facteur assez difficile à démontrer dans certains cas.

Bien souvent, en l'absence d'éléments tangibles à la fois dans les facteurs de risque en cause et dans les symptômes invoqués, le témoignage du médecin joue un rôle majeur dans la preuve. En l'absence de toute autre cause possible, comme des événements survenus dans la vie privée, son opinion professionnelle peut tenir lieu de preuve médicale prépondérante en faveur du lien entre le problème de santé psychologique et le travail (Vézina, 1998), si difficile par ailleurs à établir. Il importe aussi beaucoup de noter précisément les faits invoqués comme à la source du problème de santé psychologique : changements survenus dans l'organisation du travail, relations difficiles avec des clients, un collègue ou un supérieur, etc. On doit noter la nature des faits, les moments et les lieux d'occurrence, faire appel à des exemples concrets que d'autres peuvent corroborer. La présence d'autres cas semblables dans le même milieu ou d'un avis de correction de la CSST peuvent certes favoriser la preuve du risque particulier au travail, par exemple.

## Des problèmes de santé *non spécifiques*

Les réactions psychologiques à des conditions de travail néfastes donnent souvent lieu à des symptômes cliniques diffus : manifestations de dépression, d'anxiété, d'irritabilité (réactions agressives envers les enfants), d'insomnie, de maux de tête, de troubles digestifs et de tension. On comprend mieux les obstacles qui se dressent devant la reconnaissance de leur relation avec le travail à la lecture de ces manifestations, car on remarque que bien des facteurs, tant d'ordre personnel que professionnel, peuvent les expliquer.

D'autres problèmes aussi peu caractérisés peuvent être associés à des situations de travail : le bouleversement de la vie familiale par des attitudes qui en menacent le fonctionnement (Cooper et Marshall, 1976; Dejours, 2000); la consommation abusive d'alcool (Dejours, 2000; Hingston, Maugione et Barrell,

1981; Morissette, 1989); des problèmes cardiovasculaires (Karasek, Baker, Marxer, Ahlborn et Theorell, 1981), de l'épuisement professionnel. À la limite, les problèmes iront jusqu'au suicide, particulièrement lorsque les personnes ont beaucoup misé sur leur travail et font face à de cruelles déceptions (Vézina, Cousineau, Mergler, Vinet et Laurendeau, 1992, p. 28-29).

Bref, lorsqu'on tente de faire reconnaître une lésion non prévue en annexe de la loi à titre de maladie professionnelle, les critères diffèrent beaucoup de ceux qui s'appliquent en cas d'accident du travail. En effet, le travailleur, qui a le fardeau de la preuve pour toute réclamation, accident de travail ou maladie professionnelle, doit non seulement démontrer que la lésion dont il souffre est reliée à son travail mais aussi prouver, à l'aide d'études épidémiologiques notamment, que la lésion, loin d'être liée à un événement imprévu et soudain, est caractéristique du milieu de travail de la personne ou reliée aux risques particuliers de son travail. La présence fréquente de la maladie dans le milieu de travail - ou plus grande dans ce milieu que dans les autres - sert de témoignage de sa relation avec celui-ci. Par exemple, si la maladie n'est pas propre au secteur d'emploi, il est courant de voir l'instance décisionnelle refuser de reconnaître le problème de santé, alléguant que la cause première est la condition personnelle du travailleur.

D'abord, la jurisprudence a établi une condition pour reconnaître une maladie professionnelle, soit celle d'avoir des contours repérables, condition idéalement remplie quand la maladie professionnelle correspond à un diagnostic formellement énoncé :

[...] une altération organique ou fonctionnelle considérée dans son évolution comme une entité définissable (Cliche et Gravel, 1997, p. 310-312).

En conséquence, le problème de la reconnaissance se complique lorsque les effets des conditions de travail propres à un milieu ne prennent pas la forme de symptômes bien définis, mais au contraire qu'ils constituent des problèmes pouvant avoir d'autres causes, comme les maux de tête, l'insomnie, la dépression, notamment. On parlera alors de *problèmes* ou de *symptômes non spécifiques*. À ce titre, les incapacités psychologiques posent un défi supplémentaire car elles se caractérisent souvent par des symptômes non spécifiques ou qui ne satisfont pas aux critères de définition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR) (*American Psychiatric Association*, 1995).

Pour illustrer cette difficulté, parcourons la *Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, neuvième révision* (CIM-9) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au chapitre des problèmes de santé psychologique (qui joue le même rôle que le DSM-IV, mentionné plus haut). Certains problèmes sont plus aisés à circonscrire que d'autres, mais les troubles de l'adaptation (n° 309), les troubles dépressifs non classés ailleurs (n° 311), les troubles de la conduite non classés ailleurs

(n° 312), la migraine (n°346), les troubles du sommeil (n°780.5) et « malaise et fatigue » (n°780.7) présentent des cas difficiles de par leurs multiples causes potentielles.

En effet, selon une recherche québécoise récente menée auprès de psychologues du Québec traitant des travailleurs bénéficiant d'un programme d'aide aux employés (Poirier et Lafrenière, 2003), 52 % des clients des psychologues interrogés éprouvent des difficultés sans problème discernable de santé psychologique. En revanche, 40 % ont un problème identifiable (correspondant à un diagnostic) de santé psychologique. Ces données concordent globalement avec les données de prévalence provenant des travaux en épidémiologie de la santé psychologique en Amérique du Nord. En conséquence, une majorité des gens (52 %) qui éprouvent des problèmes de santé psychologique et qui sont en emploi auront du mal à satisfaire au critère du problème ou du symptôme dit spécifique (pour une analyse plus approfondie de cette question, lire Villaggi, 2002).

## Non spécificité et problèmes de mesure

En acceptant d'indemniser une réclamation manifestement légitime sur la base d'éléments non mesurables selon les mêmes critères que les lésions physiques, les instances responsables de l'administration du régime de santé et de sécurité au travail craignent entre autres d'ouvrir la voie à des réclamations susceptibles d'être moins légitimes.

Pour reconnaître une lésion à titre de maladie professionnelle, il faut donc démontrer le lien entre les conditions de travail et la maladie; ce lien s'établit principalement par des recherches et les chercheurs doivent alors se doter d'instruments de mesure aussi efficaces que possible devant le caractère non spécifique des facteurs de risque et des problèmes de santé.

Afin d'y parvenir, on peut combiner deux sources de mesure : l'autoévaluation et des mesures extérieures (Frese, 1985). Par exemple, des travailleurs et des observateurs d'expérience devaient évaluer un indice composite de la présence d'agents stressants dans le milieu de travail, en l'occurrence l'industrie du métal. L'indice comprenait notamment les délais de production, l'incertitude au sujet des attentes des supérieurs, les risques d'endommager le matériel, les risques d'accident, le bruit dans l'environnement, la saleté et les odeurs, la discontinuité du rythme de production. Les deux mesures s'avéraient consistantes avec une troisième mesure : celle de l'occurrence de problèmes d'ordre psychosomatique, manifestés par la consommation de médicaments et les consultations médicales (conséquence des phénomènes mesurés par les deux premiers indices). Afin d'éviter les biais, les chercheurs vérifiaient si la présence de certains facteurs pouvait réduire l'effet des agents stressants tels que le niveau de revenu, l'âge, la possibilité de changer d'emploi, le soutien de l'épouse; or ces facteurs ne jouaient aucun rôle réducteur ou multiplicateur des symptômes.

L'indicateur des consultations médicales peut cependant être entaché d'un biais : il peut par exemple exister des facteurs qui prédisposent certains groupes à rechercher de l'aide, et d'autres à ne pas en rechercher. Une autre étude, suédoise (Theorell et Floderus-Myrhed, 1977), ne présente pas ce biais. Dans cette étude, qui portait cette fois sur le secteur du bâtiment, les chercheurs ont procédé de façon prospective et longitudinale. Ils ont d'abord interrogé 5 187 travailleurs au sujet de leurs conditions de travail. Plus particulièrement, ils ont composé un indice de la charge de travail fondé sur une revue des travaux établissant une relation entre la charge de travail et l'infarctus du myocarde prématuré. L'indice comprenait non seulement la quantité de travail mais aussi le niveau des responsabilités, les problèmes avec les camarades de travail et les supérieurs, les changements de tâches et d'horaires. Puis, les chercheurs ont inventorié les cas d'infarctus dans les deux années subséquentes et ont pu établir des relations entre les accidents cardiaques et l'évaluation préalable de la charge de travail.

Vous verrez des exemples de l'usage de telles mesures dans les textes à lire dans cette section.

Mais la difficulté de faire reconnaître ces maladies d'ordre psychologique pose au moins trois importantes questions qui sont bien résumées par Lippel :

Le travailleur psychologiquement incapable doit-il personnellement faire les frais de l'absence d'instruments scientifiques capables de mesurer l'étiologie et la gravité de sa lésion psychologique, lésion qui peut être aussi invalidante qu'une paralysie physique?

Si de telles réclamations sont évacuées par les [tribunaux administratifs, comme la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST)], les tribunaux de droit commun ne risquent-ils pas d'être inondés de poursuites civiles réclamant des dommages-intérêts pour des incapacités psychologiques reliées au travail?

Si, par contre, les commissions acceptent d'indemniser ce type de réclamations, quelles répercussions cette politique aura-t-elle sur l'industrie? (Lippel, 1992, p. 13).

L'avenir nous montrera si la jurisprudence empruntera une direction univoque ou si elle continuera d'emprunter plus d'un chemin selon les cas.

## Les textes proposés pour la préparation des travaux notés

Comme vous le remarquerez, aucune des courtes études sectorielles proposées ne porte sur la santé psychologique dans les emplois du secteur manufacturier; les études choisies portent sur le travail dans le secteur des services. Une première raison se trouve dans la simple abondance de ces études dans le secteur des services par rapport à leur remarquable rareté dans le secteur manufacturier. Ces études sont fréquemment commandées par les syndicats ou conjointement par l'employeur et le syndicat (les organisations non syndiquées font moins souvent l'objet d'enquêtes mais si elles sont incluses dans l'un des secteurs prioritaires de la CSST<sup>9</sup>, les probabilités sont plus grandes). On peut formuler l'hypothèse que les acteurs du secteur manufacturier accordent la priorité aux facteurs d'accidents, de troubles musculosquelettiques et d'autres facteurs de risque plus visibles et coûteux dans leur environnement. On ne peut d'aucune façon conclure que les problèmes de santé psychologique sont moins présents dans le secteur manufacturier.

Mais une deuxième raison, plus importante, se trouve dans la récente transformation du marché du travail. Les emplois des services représentent maintenant entre 60 et 75 % des emplois des pays industrialisés, alors que le secteur manufacturier ne compte plus que 28 % des emplois. En outre, l'informatisation et l'automatisation du travail manufacturier amène de nouvelles exigences psychologiques au travail qui, parfois, dominent les contraintes physiques, sans forcément être aussi documentées (Marmot, Siegrist, Theorell et Feeney, 1999).

Toutefois, les facteurs de risque exposés dans ces textes et les principes en cause dans le développement de problèmes de santé psychologique sont puisés à travers le même bassin et les séquences exposées dans ces articles pourraient être retrouvées dans le secteur manufacturier.

---

<sup>9</sup> Le cours RIN 1015 *Gestion du dossier de santé et de sécurité au travail* de l'Université TÉLUQ détaille ces questions

## Bibliographie

American Psychiatric Association (1995) DSM-IV. *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris, Masson

Asselin, Suzanne (2001) « La population active », dans Institut de la statistique du Québec (dir.) *Portrait social du Québec, données et analyse, édition 2001*, p. 215-244, chap. 9

Bourbonnais, Renée, Monique Comeau, Chantal Viens, Chantal Brisson, Denis Laliberté, Romaine Malenfant et Michel Vézina (1999) « La vie professionnelle et la santé des infirmières depuis la transformation du réseau de la santé », *Santé mentale au Québec*, vol. 24 n°1, p. 136-153

Bourbonnais, Renée, Chantal Brisson, Jocelyne Moisan, Michel Vézina (1995) « Organisation du travail et santé mentale chez les cols blancs », dans Romaine Malenfant et Michel Vézina, *Plaisir et souffrance. Dualité de la santé mentale au travail*, Actes du colloque *Les aspects sociaux et psychologiques de l'organisation du travail*, Groupe de recherche sur les impacts sociaux et psychologiques du travail, Centre de santé publique de Québec, Les cahiers scientifiques de l'ACFAS 81, p. 141-158

Centre patronal de santé et de sécurité au travail du Québec (1999) « Les problèmes de santé mentale au travail. Une des principales causes d'absences prolongées au travail », *Convergence*, Revue du centre patronal de santé et de sécurité au travail du Québec, vol. 15, n°4, p. 3

Cliche, Bernard et Martine Gravel (1997) *Les accidents de travail et les maladies professionnelles. Indemnisation et financement*, Cowansville, Éditions Yvon Blais

Cooper, G. L. et J. Marshall (1976) « Occupational sources of stress. A review of the literature relating to coronary heart disease and mental health », *Journal of Occupational Psychology*, n°49, p. 11-28

Cordes Cynthia L. et Thomas W. Dougherty (1993) « A review and integration of research on job burnout », *The Academy of Management Review*, vol. 18, n°4, p. 621-656

Corriveau, Line (1991) *Les accidents du travail*, Cowansville, Éditions Yvon Blais

Cox, T., Griffiths, A.J. et E. Rial-Gonzalez (2000) *Research on Work-related Stress*, European Agency for Safety and Health at Work, Luxembourg

CPQ (1998) « L'absentéisme en milieu de travail, partie1 : état de la situation », *Bulletin des relations du travail*, vol. 29, p. 41-44

CSST (2001) *Rapport annuel 2000*, Québec, Éditeur officiel du Québec

CSST (2003) *Lésions professionnelles liées aux problèmes de santé psychologique*, Direction de la comptabilité et de la gestion de l'information, Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST), Québec

Dejours, Christophe (2000) *Travail : usure mentale. De la psychopathologie à la psychodynamique du travail*, Paris, Bayard, rééd. de 1980 et 1983, augmentée

Des Roberts, G. (1989) « Le stress, un problème de 20 milliards de dollars qui menace les entreprises », *Les affaires*, 27 mai

Direction générale de la santé publique (2001) *Garder notre monde en santé. Un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais*, 101 p. Rapport annuel 2001 sur la santé de la population, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-centre  
<https://santemontreal.qc.ca/professionnels/drsp/publications/publication-description/publication/rapport-annuel-2001-sur-la-sante-de-la-population-un-nouvel-eclairage-sur-la-sante-mentale-des-adul/>

Frese, M. (1985) « Stress at work and psychosomatic complaints: A causal interpretation », *Journal of Applied Psychology*, vol. 70, p. 314-328

Groupe-conseil AON (2001) « Chronique actuarielle », *Assurances*, vol. 69, n 3

Hingston, R., T. Maugione et J. Barrell (1981) « Job characteristics and drinking practices in the Boston metropolitan area », *Journal on Studies on Alcohol*, n°42, p. 725-738

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

Karasek, R. (1985) *Job Content Questionnaire and User's Guide*, Lowell, University of Massachusetts

Karasek, R., D. Baker, F. Marxer, A. Ahlborn, T. Theorell (1981) « Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of swedish men », *American Journal of Public Health*, vol. 71, n°7, p. 694-705

Labrèche, L. (2000) « L'absentéisme au Canada », *Assurances*, vol. 67, n°4, p. 663-668

Lafond, Reine (1997) « L'indemnisation des lésions psychologiques liées au travail. Dernières tendances », (1997), dans *Développements récents en droit de la santé et de la sécurité au travail 1997*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 245-295

Laprise, M<sup>e</sup> François (2003) « L'indemnisation du stress post-traumatique dans un milieu de travail prévisiblement violent », dans *Développements récents en santé et sécurité au travail 2003*, Service de formation permanente du Barreau du Québec, Cowansville, Éditions Yvon, n°183, p. 185-239



Lippel, Katherine (2004) « Lésions professionnelles à caractère psychique : portrait des réclamations acceptées et refusées par la Commission des lésions professionnelles », Conférence prononcée le 11 mai 2004, dans le cadre du colloque *La santé et la sécurité du travail au Québec, une collaboration multidisciplinaire*, organisé par le Réseau de recherche en santé et en sécurité du travail au Québec

Lippel, Katherine (2002) *La notion de lésion professionnelle*, Cowansville, Éditions Yvon Blais

Lippel, Katherine (1992) *Le stress au travail. L'indemnisation des atteintes à la santé en droit québécois, canadien et américain*. Cowansville, Éditions Yvon Blais

Marmot, M., J. Siegrist, T. Theorell et A. Feeney (1999) « Health and the psychosocial environment at work », dans M. Marmot et R. G. Wilkinson (dir.), *Social Determinants of Health*, Oxford Univ. Press, p. 105-131

Messing, Karen, Ana Maria Seifert et Evelin Escalona (1997) « Reine de la salle de classe. Les stratégies des enseignantes de niveau primaire », dans Soares, Angelo, *Stratégies de résistance et travail des femmes*, Montréal, L'Harmattan

Morissette, P. (1989) « Les aspects psychosociaux du processus d'alcoolisation à risque chez les femmes au travail », Thèse de doctorat, Département d'administration de la santé, Montréal, Université de Montréal

Ordre des psychologues du Québec (2002) *La vie au travail : un monde en transformation*, Montréal, Symposium Santé mentale au travail

Pines, Ayala M., Aronson Elliot et Ditsa Kafry (1982) *Burnout. Se vider dans la vie et dans le travail*, Québec, Le jour Éditeur

Poirier, Mario et Annie Lafrenière (2003) « La santé mentale des travailleurs québécois. La perception des psychologues travaillant dans des programmes d'aide aux employés (PAE) », *Psychologie Québec*, janvier, vol. 20, n°1, Janvier 2003, p. 14-16

Ranno, J. P. (2000) « Santé mentale et stress au travail », Rapport de la vice-présidence opérations vie et groupe invalidité, Montréal, Sun Life du Canada

Stansfeld S, Feeney A, Head J, Canner R, North F, Marmot MG. (1995) « Sickness absence for psychiatric illness: The Whitehall II study », *Social Science and Medicine*, vol. 40, p. 189-197

Stephens, T. et N. Joubert (2001) « Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 22, n°1, p. 18-23

SunLife (1999) *Calculer et gérer les coûts réels de la santé mentale. Prévention et gestion des problèmes de santé mentale et de stress au travail*, Montréal, SunLife du Canada

Tardif, Yves (1997) *Lexique, synthèse et jurisprudence sommaire. Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles (LATMP)*, Montréal, Wilson et Lafleur

Theorell, T. et B. Floderus-Myrhed (1977) « Workload and risk of myocardial infarction: A prospective psychosocial analysis », *International Journal of Epidemiology*, vol. 6, p. 17-21

Vanier, Carole et Daniel Fortin (1996) « Une étude exploratoire des sources de stress et de soutien social chez les intervenantes communautaires en santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 21, n 2, p. 200-223

Vézina, Michel et Renée Bourbonnais (2001) « Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale », dans Institut de la statistique du Québec (ISQ), *Portrait social du Québec. Données et analyses*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 279-287

Vézina, Michel (1998) « La santé mentale au travail. Peut-il y avoir une place à la lésion professionnelle? », *Le médecin du Québec*, vol. 33, n 4, p. 113-116

Vézina, Michel et Suzanne Gingras (1996) « Travail et santé mentale. Les groupes à risque », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 87, p. 135-140

Vézina, Michel, Michelle Cousineau, Donna Mergler, Alain Vinet et Marie-Claire Laurendeau (1992) *Pour donner un sens au travail : bilan et orientation du Québec en santé mentale au travail*, Rapport du comité d'experts sur le travail du comité de la santé mentale du Québec, Boucherville, Gaëtan Morin

Villaggi, Jean-Pierre (2002) « L'évaluation psychologique. Quelques éléments d'analyse et de compréhension », dans *Développements récents en droit du travail 2002*, Service de la formation permanente du Barreau du Québec, Cowansville, Éditions Yvon Blais, p. 191-243

Vinet, Alain, Renée Bourbonnais et Chantal Brisson (2003) « Travail et santé mentale. Une relation qui se détériore », dans Audet, Michel, *Santé mentale et travail. L'urgence de penser autrement l'organisation*, Ste-Foy, Presses de l'Université Laval, p. 5-40

Watson Wyatt Worldwide (2001) *Staying @ Work 2000/2001 – The dollars and sense of effective disability management*, catalogue W-377, Vancouver, Watson Wyatt Worldwide

## **Propositions de lectures complémentaires**

L'excellent site Internet de la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, de l'Université Laval, met à votre disposition une mine d'information et des liens vers d'autres sites importants en matière de santé et de sécurité au travail, à l'adresse suivante :

<https://www.crwdp.ca/fr/partners/chaire-gestion-sante-securite-du-travail-universite-laval>

## Corrigé des questions de compréhension

### Texte d'introduction de la section 7 (Marie-Josée Legault)

1. Au Québec, on constate une hausse des problèmes de santé psychologique au travail, tant en nombre qu'en proportion des absences et qu'en durée d'invalidité, de longue et de courte durée. Trois indicateurs importants sont donc à la hausse. Cependant, la part des réclamations et des indemnisations par la CSST n'augmente pas autant, quoi qu'elle ait augmenté de 260 %. Pour l'ensemble du Canada, on constate aussi une augmentation de l'indice du niveau de stress élevé au travail ainsi qu'une augmentation des demandes d'indemnisation chez les assureurs privés pour des diagnostics d'anxiété au travail. Aux États-Unis, les absences associées au stress au travail dépassent de beaucoup les absences dues aux accidents du travail ou aux autres maladies professionnelles.

De façon générale, les femmes sont davantage touchées que les hommes par des problèmes de santé psychologique au travail. Les raisons sont inconnues pour le moment. Certaines hypothèses méritent d'être vérifiées afin de trouver les causes réelles de cet état de fait : problèmes de conciliation entre l'emploi et la famille, secteurs d'emploi plus à risque pour la santé psychologique en sont un exemple. Il peut exister une sous-estimation de cette problématique puisque certaines personnes ne dévoilent pas leur situation réelle.

2. Augmentation des dépenses de l'État, de l'individu et de l'entreprise : CSST, entreprises, RAMQ, régimes d'assurance-salaire privés, régimes d'aide sociale et d'assurance-emploi, régimes de rentes d'invalidité, etc. Pour les entreprises, les coûts sont à la fois directs (part de la masse salariale) et indirects (heures supplémentaires, absentéisme, remplacements, diminution de productivité), à la suite de l'invalidité ou de l'absentéisme en raison de problèmes de santé psychologique. Augmentation de la part des coûts des médicaments pour problèmes de santé psychologique dans les régimes d'assurance collective. Détérioration de la qualité de vie de l'individu, de ses rapports avec son entourage et du tissu social. Diminution de la productivité et de la qualité du travail à cause du remplacement temporaire du travailleur, du moral des employés, etc.
3. À la première étape de révision administrative par la CSST, depuis l'instauration de la CLP (1998) jusqu'à 2002, seules 7 % des demandes étaient acceptées; lorsque les travailleurs portent leur cause en appel devant la CLP, le taux de succès monte à 45 %. Le taux de succès est meilleur pour le harcèlement discriminatoire et les autres formes de stress (52 %) que pour le harcèlement psychologique (29 %). De fait, les lésions psychologiques ne représentent que 1,4 % des IRR versées par la CSST.

4. Il faut appuyer la preuve sur des résultats de recherches démontrant que la maladie est caractéristique de ce travail, c'est-à-dire que son incidence dans la population des personnes qui font le même travail ou un travail comparable est plus élevée que dans la population générale ou dans un groupe témoin. Des données statistiques à l'appui doivent montrer que dans des situations de travail comparables, des travailleurs ont développé cette maladie en plus grand nombre que dans le monde du travail en général.

Or tant les symptômes des problèmes de santé psychologique au travail que les facteurs précis trouvés dans le secteur d'emploi donné ne sont pas précis. Dans le cas des symptômes, ils relèvent souvent d'un ensemble de manifestations communes à d'autres problèmes de santé ou à des problèmes de santé psychologique d'autres origines que le travail. Quant aux facteurs, ils relèvent souvent d'un ensemble de conditions de travail dont le lien avec la maladie ne peut être désigné de façon précise; il s'agit plutôt d'une situation de travail à risque. Ces facteurs seront en outre présents dans plusieurs environnements de travail variés; ils n'en sont pas moins liés au travail dans bien des cas, mais pas au métier ou au secteur d'activités à proprement parler.

Bien que certaines études aient pointé des facteurs contributifs au stress au travail, ce sont surtout les secteurs prioritaires qui bénéficient de ces résultats de recherches. Les travailleurs provenant des secteurs d'emploi non prioritaires doivent défrayer les coûts de telles études pour satisfaire la preuve, collectivement s'ils sont syndiqués, mais individuellement sinon.

5. Ce raisonnement convient aux maladies liées au travail mais non pas à un secteur d'emploi particulier; dans les cas appropriés, le travailleur croit en effet sa lésion liée directement aux risques particuliers du poste de travail occupé, sans forcément qu'elle soit caractéristique du secteur d'emploi en général. La situation peut notamment être commune à plusieurs secteurs d'emploi (travail répétitif, troubles musculosquelettiques, pression, surcharge, rationalisation du travail) ou encore n'être répandue nulle part mais propre à une donnée du travail (le fait de voyager souvent à l'étranger).
6. Le secteur de la santé et des services sociaux n'est pas le seul secteur à connaître des rationalisations du travail, des transformations de l'organisation du travail. On ne peut donc pas dire que la dépression réactionnelle que subit la travailleuse est liée à son secteur d'emploi. En revanche, sa maladie est bien liée à son travail et n'est pas à proprement parler un accident de travail. C'est ce genre de situation qui appelle le raisonnement du risque particulier au travail. La situation de travail évoque en fait des facteurs typiques des maladies professionnelles liées au risque particulier, soit :
  - elle est surchargée de travail parce que quelques collègues démissionnent, et qu'on doit en intégrer de nouveaux;

- elle travaille sous pression accrue, du fait de ses fonctions syndicales, du manque d'information sur les cas à traiter, du manque de soutien attribuable à la perte de son supérieur immédiat;
  - on lui confie des responsabilités non prévues (former de nouveaux intervenants) et qui requièrent une formation qu'elle n'a pas, dans un climat détérioré par le départ de son supérieur immédiat et son remplacement par un autre avec qui la relation est conflictuelle.
7. Non, car aucun problème psychologique ne figure à l'annexe 1 de la LATMP.
8. a) Par rapport aux accidents de travail engendrant des lésions physiques, le critère de l'événement inusité (événement ni usuel ni normal) requiert que le travailleur démontre que l'événement à la source de la lésion n'est ni usuel ni normal dans le milieu de travail, mais inusité. En conséquence, comme l'augmentation de la tâche, le harcèlement sexuel, le congédiement ou la rétrogradation et les transferts sont des événements prévus ou prévisibles, ils ne peuvent engendrer un accident de travail. Seuls des événements vraiment inusités, tel le braquage d'une banque, peut donner lieu à l'indemnisation à titre d'accident de travail d'une lésion psychologique.
- b) Ironiquement, le travailleur qui travaille dans un milieu dangereux aura plus de difficulté à faire accepter sa réclamation que celui dont le milieu de travail est moins dangereux, parce que la situation du premier travailleur semble plus normale que celle du second.
9. Voici le tableau complété :

**Critère d'interprétation de l'événement**

<b>Incapacité à indemniser</b>	<b>Imprévu et soudain</b>	<b>Inusité (ni usuel ni normal)</b>	<b>Milieu de travail dangereux/peu dangereux</b>
Physique	X	-	-
Psychologique	X	X	X

10. Une série d'événements peut être à la source de la lésion et chacun est imprévu et soudain, et la lésion psychologique résulte alors d'une série de chocs ou de facteurs stressants étalés dans le temps. Ces événements imprévus et soudains pris un à un semblent bénins, mais l'ensemble peut à la longue être considéré comme traumatisant par les tribunaux.

11. Lippel (1992) regroupe les lésions psychologiques dues au travail de la façon suivante :
- a) les lésions du type « physique-mental » qui surviennent à la suite d'un accident du travail;
  - b) les lésions du type « mental-physique » où des stimuli psychologiques entraînent des lésions physiques;
  - c) les lésions du type « mental-mental » où les stimuli psychologiques entraînent des lésions psychologiques.
12. Pour ce qui est de l'incapacité psychologique résultant d'un stress aigu, les critères de preuve de l'accident de travail favorisent ces réclamations, car l'événement à l'origine de la lésion est souvent inusité, ni usuel ni normal. Néanmoins, on l'a vu, si l'événement est plus typique du secteur d'emploi qu'ailleurs, notamment la découverte d'un suicide en milieu carcéral, la preuve peut être plus difficile à établir.

L'incapacité psychologique résultant d'un stress chronique est difficile à relier aux conditions de travail puisque l'exposition aux agents stressants est difficile à départager avec la condition personnelle préalable du travailleur, étant donné la durée. En outre, les facteurs de stress chronique sont souvent très proches des facteurs dits liés aux relations de travail : augmentation de la tâche ou des heures de travail, conflits avec des supérieurs, avec des collègues, avec des subalternes ou avec le public, modification de la tâche, changements technologiques, promotion ou rétrogradation ou congédiement. Les stressés nombreux sont plus difficiles à « objectiver », soit à isoler de l'ensemble du climat de travail, à nommer et à dater, et à estimer en termes de gravité.

Dans les cas d'incapacité psychologique résultant des conditions personnelles du réclamant, lorsqu'il y a des antécédents psychologiques chez le travailleur, cela vient augmenter la difficulté de prouver qu'il a subi une situation de travail stressante. Pourtant, dans le cas des lésions physiques, la règle du crâne fragile (*thin skull rule*), qui consiste à « prendre le travailleur dans l'état où il se trouve » pour estimer et indemniser sa lésion, s'applique sans difficulté.

13. Voici le tableau complété. De façon générale, il faut démontrer que la lésion est reliée au travail, est caractéristique du milieu de travail ou reliée aux risques particuliers de ce travail.

Exemples	Éléments de preuve
<p>1. Facteurs de risques non spécifiques :</p> <p>Perturbation des rapports hiérarchiques accompagnée d'une surcharge de travail, d'absence d'autonomie décisionnelle et de manque de soutien au travail.</p>	<p>On peut recourir à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Témoignage du médecin (preuve médicale)</li> <li>- Préciser les faits à la source du problème : nature des faits; moments; lieux d'occurrence; exemples concrets; témoins</li> <li>- Avis de correction de la CSST</li> </ul>
<p>2. Problèmes de santé non spécifiques :</p> <p>Symptômes cliniques diffus : manifestation de dépression, d'anxiété, d'irritabilité, d'insomnie, de maux de tête, de troubles digestifs et de tension</p> <p>Attitudes qui menacent le fonctionnement de la vie familiale : consommation abusive d'alcool; problèmes cardiovasculaires; épuisement professionnel; déception face au travail</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tenter de démontrer la plus grande fréquence de cette maladie dans ce milieu ou dans ce secteur d'emploi</li> <li>- Témoignage du médecin (preuve médicale)</li> <li>- Préciser les faits à la source du problème : nature des faits; moments; lieux d'occurrence; exemples concrets; témoins</li> </ul>

14. L'indice de consultation médicale peut représenter un biais puisque certains groupes sont plus enclins à rechercher de l'aide que d'autres.