

## COMMISSION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES

Laval : 6 juillet 2007

Régions : Montréal, Montérégie

Dossiers : 214540-71-0308 280739-62-0601

Dossiers CSST : 124220583 128291556

Commissaires : M<sup>e</sup> Santina Di Pasquale  
M<sup>e</sup> Lucie Landriault  
M<sup>e</sup> Gilles Robichaud

Membres : Michel Gauthier, associations d'employeurs  
Andrea Tait, associations syndicales

Assesseur : Docteur Serge Bélanger

---

214540-71-0308

280739-62-0601

**Centre hospitalier de St. Mary**  
Partie requérante

**Nathalie Séguin**  
Partie requérante

et

et

**Giovanna Iracani**  
Partie intéressée

**Centre hospitalier de St. Mary**  
Partie intéressée

---

### DÉCISION

---

Dossier 214540-71-0308

[1] Le 20 août 2003, le Centre hospitalier de St. Mary (l'employeur) dépose une requête à la Commission des lésions professionnelles par laquelle il conteste une décision rendue par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (la CSST), le 6 août 2003, à la suite d'une révision administrative.

[2] Par cette décision, la CSST infirme celle qu'elle a initialement rendue, le 26 juin 2003, qui reconsidérerait une autre décision rendue le 20 juin 2003. Elle rétablit cette

dernière décision et déclare que l'affectation de madame Giovanna Iracani (la travailleuse) au poste de triage comporte des dangers physiques pour elle, à cause de son état de grossesse, et pour l'enfant à naître.

Dossier 280739-62-0601

[3] Le 27 janvier 2006, madame Nathalie Séguin (la travailleuse) dépose une requête à la Commission des lésions professionnelles par laquelle elle conteste une décision rendue par la CSST, le 13 janvier 2006, à la suite d'une révision administrative.

[4] Par cette décision, la CSST confirme celle qu'elle a initialement rendue, le 9 septembre 2005 et déclare que les tâches auxquelles la travailleuse a été réaffectée par l'employeur, le 10 août 2005, sont conformes au *Certificat visant le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (certificat)*, eu égard aux risques biologiques (virus et bactéries) et aux risques d'agression, et que la travailleuse sera retirée de son travail à compter de la 24<sup>e</sup> semaine de sa grossesse.

[5] Le 18 mai 2006, la présidente de la Commission des lésions professionnelles, M<sup>e</sup> Micheline Bélanger, ordonne la jonction de ces deux dossiers et désigne une formation de trois commissaires pour instruire et décider de ces contestations.

[6] Une audience s'est tenue à Montréal les 20 et 30 octobre 2006, les 7, 10 et 13 novembre 2006 et le 13 décembre 2006. Les travailleuses étaient présentes et représentées. L'employeur était représenté. Un délai supplémentaire a été accordé au représentant des travailleuses pour produire des notes et autorités et au procureur de l'employeur pour des commentaires additionnels. Les deux dossiers ont été mis en délibéré le 30 janvier 2007.

## L'OBJET DES CONTESTATIONS

[7] L'employeur demande au tribunal de déclarer que l'affectation des infirmières enceintes aux postes de travail aménagés au triage, à la section ambulatoire et comme formatrice à la section des lits 1 à 7 du service de l'urgence du Centre hospitalier de St. Mary, est conforme à la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*<sup>1</sup>, (la LSST) et ne comporte pas de «danger» pour les travailleuses et leur enfant à naître.

[8] Les travailleuses demandent, au contraire, de déclarer que les affectations aux postes de triage, à la section ambulatoire et comme formatrice à la section des lits 1 à 7 comportent des dangers physiques pour elles-mêmes ou pour leur enfant à naître. Elles soutiennent que les dangers identifiés aux *Certificats visant le retrait préventif de la*

---

<sup>1</sup> L.R.Q., c. S-2.1

*travailleuse enceinte ou qui allaite (certificats)* n'ont pas été éliminés du fait de ces réaffectations.

## **L'AVIS DES MEMBRES**

[9] Les membres, l'une issue des associations syndicales et l'autre des associations d'employeurs, sont d'avis d'accueillir la requête de l'employeur dans le premier dossier et de rejeter la requête de la travailleuse dans le deuxième dossier.

[10] Ils sont d'avis qu'il y a une distinction à faire entre les notions de « risque » et de « danger ». Le législateur a choisi le mot « danger » à l'article 40 de la loi. Le tribunal doit donc évaluer les « risques » pour décider si ces risques peuvent constituer un « danger » pour les travailleuses. Ils estiment que la loi n'exige pas l'élimination de tous les risques puisqu'en réalité, il est impossible de les éliminer complètement. Par ailleurs, ils sont d'avis que l'esprit de la loi, une loi de prévention, doit être respecté lorsqu'on évalue les risques pour déterminer s'ils peuvent constituer un danger. Ainsi, pour constituer un « danger », le risque doit être réel et présenter une probabilité de concrétisation qui est non négligeable.

[11] Ils sont également d'avis que, selon la preuve prépondérante, la probabilité de concrétisation des risques identifiés aux *certificats* est négligeable aux trois postes de travail offerts aux travailleuses en réaffectation. De plus, les mesures de prévention mises en place sont efficaces. Il n'y a donc pas de « danger » pour les travailleuses et leur enfant à naître.

[12] Dans ces circonstances, il y a lieu de conclure que la réaffectation des travailleuses est conforme à la loi et que les conditions de travail ne présentent pas de danger pour les travailleuses ou pour leur enfant à naître.

## **LES FAITS ET LES MOTIFS**

[13] La Commission des lésions professionnelles doit déterminer si l'affectation de mesdames Iracani et Séguin, aux postes de travail aménagés à la salle de triage, à la section ambulatoire et comme formatrice à la section des lits 1 à 7 du service de l'urgence du Centre hospitalier de St. Mary, est conforme à la LSST.

[14] Conformément à l'ordonnance émise par la présidente du tribunal, une preuve commune a été administrée dans les dossiers des travailleuses.

[15] Mesdames Iracani et Séguin ont témoigné à l'audience. Le docteur Richard Lalonde, spécialiste en médecine interne et infectiologue, a témoigné à la demande des travailleuses ainsi que monsieur Armando Mendez, préposé aux bénéficiaires.

[16] Le docteur Raymond Sorge, chef de service de l'urgence, madame Margaret Kerr, infirmière-chef de ce service, madame Leila Haddad, responsable de la prévention des maladies infectieuses et monsieur Jean-François Harbec, superviseur de la sécurité, tous à l'emploi du Centre hospitalier de St. Mary, ont témoigné à la demande de l'employeur. Monsieur Jean-Pierre Gauvin, hygiéniste industriel, madame Julie Caissy, inspectrice à la CSST et monsieur Alain Perreault, inspecteur à la CSST, ont également été entendus à la demande de l'employeur.

[17] Une admission concernant une agression physique survenue en 2001 impliquant une autre infirmière a été consignée au procès verbal de l'audience du 13 décembre 2006.

[18] Bien que les questions en litige dans les deux dossiers soient en substance les mêmes, les faits ayant donné naissance aux deux contestations ne sont pas identiques. Il y a donc lieu, dans chaque cas, de préciser les faits ayant conduit aux contestations devant la Commission des lésions professionnelles.

#### **DOSSIER DE MADAME IRACANI**

[19] Madame Iracani occupe le poste d'infirmière au Centre hospitalier de St. Mary depuis 1996. Elle travaille à l'urgence depuis 2001.

[20] Le 1<sup>er</sup> mai 2003, alors qu'elle est enceinte, son médecin, le docteur C. Sylvestre, délivre un *certificat*. Il appert de ce *certificat* que le docteur Sylvestre a consulté le docteur Yves Langlois, médecin désigné par la *Direction de la santé publique Côte-des-Neiges*, et entériné ses recommandations.

[21] Le docteur Langlois, dans son rapport de consultation médico-environnemental daté du 1<sup>er</sup> mai 2003, recommande la réaffectation immédiate en raison des contraintes ergonomiques et agresseurs biologiques et physiques suivants:

- 1.1 Organisation du travail;
- 1.6 Soulèvement ou transport de charges;
- 3.1 Virus (sang, liquides biologiques et maladies virales);
- 3.2 Bactéries (tuberculose active);
- 4.5 Radiations ionisantes.

[22] Par ailleurs, la réaffectation ou le retrait préventif est différé pour d'autres contraintes ergonomiques et pour des risques à la sécurité :

- À 24 semaines pour :
  - 1.3 Position debout prolongée;
  - 1.4 Torsion, flexion et extension du tronc.

- À 16 semaines pour :
  - 1.7 Dépenses énergétiques élevées.
- À 12 semaines pour :
  - 5.2 Agression.

[23] Les tâches de madame Iracani sont modifiées suite au dépôt du *certificat* mais elle est réaffectée au même service de l'urgence. Elle est assignée à la salle de triage et à la section ambulatoire. Elle n'a pas à manipuler d'objets tranchants ni d'aiguilles souillées. Ses heures de travail sont également modifiées.

[24] Dans les faits, elle a travaillé 15 quarts de travail après sa réaffectation, dont 14 à la section ambulatoire et 1 à la section des lits 1 à 7 où elle a agi comme formatrice auprès d'une étudiante de 3<sup>e</sup> année.

[25] La CSST avise madame Iracani, par décision datée du 23 mai 2003, qu'elle a droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte mais, puisqu'elle a été affectée à d'autres tâches, elle n'a pas droit à l'indemnité de remplacement du revenu. Madame Iracani conteste cette décision, et le 20 juin 2003, la CSST rend une autre décision déclarant sa contestation justifiée, en regard des risques d'agression.

[26] L'employeur demande une reconsidération de cette décision, le 26 juin 2003. La CSST, dans une lettre portant la même date, reconsidère en partie sa décision et conclut qu'il n'y a pas de risques au local G-354, la salle de triage. Ainsi, l'employeur avise la travailleuse, dans une lettre datée du 27 juin 2003, qu'elle est affectée à temps plein au local G-354 et, qu'elle doit se présenter au travail, à compter du 27 juin 2003. Or, la travailleuse a quitté son travail de façon définitive le 1<sup>er</sup> juin 2003 et ne s'est pas présentée le 27 juin 2003. Elle n'a pas travaillé depuis.

[27] Madame Iracani conteste la décision du 26 juin 2003, et la CSST, à la suite d'une révision administrative, lui donne raison le 6 août 2003. Elle déclare que l'affectation de la travailleuse au poste de triage comporte des dangers d'agression physique pour l'enfant à naître ou pour elle-même, à cause de son état de grossesse. C'est cette décision que conteste l'employeur.

[28] Une étude des tâches auxquelles la travailleuse a été assignée en réaffectation, au poste de triage, est effectuée par la *Direction de la santé publique Côte-des-Neiges*, le 29 juillet 2003. Le médecin responsable, le docteur Yves Langlois conclut, dans son 2<sup>e</sup> rapport de consultation médico-environnemental, daté du 31 juillet 2003, que l'affectation ou le retrait préventif est recommandé immédiatement pour les contraintes ergonomiques et pour les agresseurs biologiques suivants :

- 1.7 Dépenses énergétiques élevées;
- 3.1 Virus;
- 3.2 Bactéries.

[29] L'affectation ou le retrait préventif est différé pour d'autres contraintes ergonomiques:

- À 24 semaines pour :
  - 1.3 Position debout prolongée;
  - 1.4 Torsion, flexion et extension du tronc;
  - 1.6 Soulèvement ou transport de charges.
- Mais n'est pas recommandée pour :
  - 2.1 Utilisation des bronchodilatateurs.

[30] La docteure Lucie Morin délivre un nouveau *certificat*, le 31 juillet 2003, après consultation avec le docteur Langlois. La travailleuse était à sa 20<sup>e</sup> semaine de grossesse à la date de la délivrance de ce deuxième *certificat*. La preuve révèle qu'elle avait cessé de travailler à compter de sa 15<sup>e</sup> semaine de grossesse. Aucune suite ne semble avoir été donnée à ce deuxième *certificat* et le tribunal n'est saisi d'aucune contestation à cet effet.

## DOSSIER DE MADAME SÉGUIN

[31] Madame Séguin est infirmière bachelière. Elle travaille à l'urgence du Centre hospitalier de St. Mary depuis 1997. Au fil des ans, elle a travaillé dans toutes les sections du service de l'urgence.

[32] Le 1<sup>er</sup> août 2005, son médecin, la docteure Angéline Mallozzi, délivre un *certificat*. Il appert du *certificat* que le docteur Yves Langlois, médecin désigné par la *Direction de la santé publique Côte-des-Neiges*, a été consulté avant la délivrance du *certificat* et que la docteure Mallozzi était d'accord avec les recommandations de ce médecin.

[33] Le docteur Langlois, dans son rapport médico-environnemental du 28 juillet 2005, recommande la réaffectation immédiate en raison des contraintes ergonomiques et des agresseurs chimiques, biologiques et physiques suivants :

- 1.1 Organisation du travail;
- 1.6 Soulèvement ou transport de charges;
- 2.5 Administration de médicaments antinéoplasiques;
- 3.1 Exposition aux virus (manipulation d'aiguilles);
- 3.2 Bactéries (tuberculose);
- 4.5 Radiations ionisantes.

[34] À son avis, l'affectation ou le retrait préventif peut être différé :

- À 24 semaines pour :
  - 1.3 Position debout prolongée;
  - 1.4 Torsion, flexion, extension du tronc;
  - 5.1 Chutes : risques à la sécurité.
- À 16 semaines pour :
  - 1.7 Dépenses énergétiques élevées.
- À 12 semaines pour :
  - 5.2 Agression.

[35] La travailleuse est, à compter du 10 août 2005, réaffectée à l'urgence dans des tâches modifiées. Elle est réaffectée comme infirmière au poste de triage, comme infirmière à la section ambulatoire et comme formatrice à la section des lits 1 à 7. Elle n'a pas à utiliser d'objets tranchants ni d'aiguilles souillées et ses heures de travail sont modifiées. Par lettre datée du 21 août 2005, elle conteste cette réaffectation. Elle prétend que les risques identifiés au *certificat* n'ont pas été éliminés.

[36] Le 9 septembre 2005, la CSST rend une décision et avise la travailleuse qu'elle considère que les tâches auxquelles elle a été affectée par l'employeur, le 10 août 2005, sont conformes au *certificat*, en ce qui concerne les risques biologiques et les risques d'agression. La CSST l'informe qu'elle sera cependant retirée du travail à compter de la 24<sup>e</sup> semaine de grossesse. La travailleuse conteste cette décision mais elle est confirmée par la CSST, le 13 janvier 2006, à la suite d'une révision administrative. La Commission des lésions professionnelles est également saisie de la contestation de cette décision par madame Séguin.

[37] La preuve révèle que madame Séguin a travaillé jusqu'à la 24<sup>e</sup> semaine de sa grossesse. Elle a travaillé 21 quarts de travail en réaffectation, dont 6 à la salle de triage, 2 à la section ambulatoire et 13 comme formatrice à la section des lits 1 à 7 où elle a travaillé avec deux infirmières, l'une venant du service de psychiatrie et l'autre du service des soins intensifs. Ces deux infirmières avaient besoin de formation pour apprendre le fonctionnement de l'urgence bien qu'elles étaient des infirmières d'expérience. Madame Séguin a travaillé en réaffectation du 10 août au 3 novembre 2005, date à laquelle elle a cessé de travailler.

## **PRÉTENTIONS DES PARTIES**

[38] Les travailleuses prétendent que les risques identifiés aux *certificats* n'ont pas été éliminés par leur réaffectation à l'urgence. Les tâches confiées comportent toujours des dangers. Elles considèrent que l'utilisation des mesures de protection universelles ne modifie pas l'obligation de l'employeur de leur assurer un environnement de travail « exempt de danger ». Elles estiment qu'il n'est pas nécessaire de faire la preuve d'un

« danger réel » pour que l'affectation soit déclarée non conforme, l'intention du législateur n'étant pas de réduire ou de minimiser le risque, mais d'éliminer le danger à la source.

[39] L'employeur prétend que l'assignation de mesdames Iracani et Séguin aux postes de travail aménagés au service de l'urgence, est conforme aux exigences prévues à l'article 40 de la LSST. L'employeur estime qu'il est essentiel de distinguer les notions de « danger » et de « risque ». Le législateur a sciemment choisi le mot « danger » à l'article 40 de la LSST et non le terme « risque » et les tâches effectuées par les travailleuses en affectation ne comportent pas de « danger » ni pour elles ni pour leur enfant à naître.

## **LES DISPOSITIONS LÉGISLATIVES**

[40] Les dispositions relatives au retrait préventif de la travailleuse enceinte se retrouvent dans la LSST. Ces articles, ainsi que d'autres dispositions pertinentes pour régler le présent litige, sont reproduits ci-dessous.

### *Le danger*

[41] Le but visé par la LSST est l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs. En effet, l'article 2 de la LSST se lit comme suit :

**2.** La présente loi a pour objet l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs.

Elle établit les mécanismes de participation des travailleurs et de leurs associations, ainsi que des employeurs et de leurs associations à la réalisation de cet objet.

---

1979, c. 63, a. 2.

[42] L'article 3 de la LSST précise que la mise à la disposition des travailleurs des moyens de protection individuels ou collectifs ne doit pas diminuer les efforts requis pour éliminer à la source même les dangers.

**3.** La mise à la disposition des travailleurs de moyens et d'équipements de protection individuels ou collectifs, lorsque cela s'avère nécessaire pour répondre à leurs besoins particuliers, ne doit diminuer en rien les efforts requis pour éliminer à la source même les dangers pour leur santé, leur sécurité et leur intégrité physique.

---

1979, c. 63, a. 3.

[43] Le chapitre III de la LSST est consacré aux droits et obligations des travailleurs et des employeurs. Les droits des travailleurs sont énoncés à la section 1, et, à l'article 9 le législateur précise que le travailleur a droit à des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique.

**9.** Le travailleur a droit à des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique.

---

1979, c. 63, a. 9.

[44] Notamment, il 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.

**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.

---

1979, c. 63, a. 12.

[45] Si un travailleur est exposé à un contaminant comportant pour lui des dangers et que sa santé présente des signes d'altération, il peut demander d'être affecté à des tâches ne comportant pas une telle exposition.

**32.** Un travailleur qui fournit à l'employeur un certificat attestant que son exposition à un contaminant comporte pour lui des dangers, eu égard au fait que sa santé présente des signes d'altération, peut demander d'être affecté à des tâches ne comportant pas une telle exposition et qu'il est raisonnablement en mesure d'accomplir, jusqu'à ce que son état de santé lui permette de réintégrer ses fonctions antérieures et que les conditions de son travail soient conformes aux normes établies par règlement pour ce contaminant.

---

1979, c. 63, a. 32.

[46] Enfin, la travailleuse enceinte peut demander d'être affectée à des tâches ne comportant pas de dangers physiques pour l'enfant à naître ou pour elle-même, à cause de son état de grossesse. Ce sont les articles 40 et 41 de la LSST qui traitent spécifiquement de la travailleuse enceinte :

**40.** Une travailleuse enceinte qui fournit à l'employeur un certificat attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour l'enfant à naître ou, à cause de son état de grossesse, pour elle-même, peut demander d'être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir.

La forme et la teneur de ce certificat sont déterminées par règlement et l'article 33 s'applique à sa délivrance.

---

1979, c. 63, a. 40.

**41.** Si l'affectation demandée n'est pas effectuée immédiatement, la travailleuse peut cesser de travailler jusqu'à ce que l'affectation soit faite ou jusqu'à la date de son accouchement.

On entend par «accouchement», la fin d'une grossesse par la mise au monde d'un enfant viable ou non, naturellement ou par provocation médicale légale.

---

1979, c. 63, a. 41.

[47] À la sous-section traitant du retrait préventif de la travailleuse enceinte, s'ajoute le droit de la travailleuse qui allaite de demander d'être affectée à des tâches ne comportant pas de dangers pour l'enfant :

**46.** Une travailleuse qui fournit à l'employeur un certificat attestant que les conditions de son travail comportent des dangers pour l'enfant qu'elle allaite peut demander d'être affectée à des tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir.

[...]

---

1979, c. 63, a. 46.

### *Les risques*

[48] Par ailleurs, la loi prévoit que le travailleur a également des obligations, notamment de prendre les mesures nécessaires pour protéger sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique. Il doit également participer à l'identification des risques.

**49.** Le travailleur doit:

[...]

2° prendre les mesures nécessaires pour protéger sa santé, sa sécurité ou son intégrité physique;

[...]

5° participer à l'identification et à l'élimination des risques d'accidents du travail et de maladies professionnelles sur le lieu de travail;

[...]

---

1979, c. 63, a. 49.

[49] Quant à l'employeur, il doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique du travailleur.

**51.** L'employeur doit prendre les mesures nécessaires pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique du travailleur. Il doit notamment:

5° utiliser les méthodes et techniques visant à identifier, contrôler et éliminer les risques pouvant affecter la santé et la sécurité du travailleur;

[...]

9° informer adéquatement le travailleur sur les risques reliés à son travail et lui assurer la formation, l'entraînement et la supervision appropriés afin de faire en sorte que le travailleur ait l'habileté et les connaissances requises pour accomplir de façon sécuritaire le travail qui lui est confié;

---

1979, c. 63, a. 51; 1992, c. 21, a. 303; 2001, c. 60, a. 167; 2005, c. 32, a. 308.

[50] Enfin, lorsqu'il y a un comité de santé et de sécurité chez l'employeur, il doit aussi, notamment, « *participer à l'identification et à l'évaluation des risques reliés aux postes de travail... de même qu'à l'identification des contaminants et des matières dangereuses...* ».

**78.** Les fonctions du comité de santé et de sécurité sont:

[...]

6° de participer à l'identification et à l'évaluation des risques reliés aux postes de travail et au travail exécuté par les travailleurs de même qu'à l'identification des contaminants et des matières dangereuses présents dans les postes de travail aux fins de l'article 52;

[...]

---

1979, c. 63, a. 78; 1992, c. 21, a. 304; 2005, c. 32, a. 308.

[51] La LSST vise donc à protéger la travailleuse enceinte des dangers que comporte son travail pour elle ou l'enfant à naître, de la même façon qu'elle vise à protéger la travailleuse qui allaite, le travailleur exposé à un contaminant et, de façon plus générale, le travailleur qui est exposé dans l'exécution de son travail à un danger pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique. Ces droits des travailleurs et des travailleuses sont énoncés dans une loi de prévention qui doit être interprétée de façon à permettre la réalisation de l'objet de la LSST.

[52] C'est dans ce contexte qu'une travailleuse enceinte qui fournit à son employeur un *certificat* attestant que les conditions de son travail comportent des dangers physiques pour elle ou pour l'enfant à naître, peut demander d'être affectée à des

tâches ne comportant pas de tels dangers et qu'elle est raisonnablement en mesure d'accomplir.

[53] Par ailleurs, il a été réitéré, à maintes reprises par la jurisprudence, que le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte n'équivaut pas au droit de cesser de travailler mais plutôt à celui de demander d'être affecté à des tâches ne comportant pas de dangers pour la travailleuse ou pour l'enfant à naître et que celle-ci est raisonnablement en mesure d'accomplir. Ce n'est que si une telle affectation ne peut être effectuée que la travailleuse pourra cesser de travailler et recevoir une indemnité de remplacement du revenu.

### **NOTIONS DE DANGER ET DE RISQUE : SENS USUEL ET COURANT**

[54] Bien que le législateur utilise le mot « danger » à l'article 40 de la LSST et le terme « risque » ailleurs dans la loi, c'est l'existence d'un « danger » qui donne ouverture au droit prévu à l'article 40. Les notions de « danger » et de « risque » n'étant pas définies dans la LSST, on réfère habituellement au sens usuel et courant qu'on retrouve dans les dictionnaires d'usage, à moins que le contexte ne s'y oppose.

[55] La représentante de l'employeur cite quelques définitions des notions de « danger » et de « risque » que l'on retrouve dans les dictionnaires reconnus. Il y a lieu de reproduire ci-après ces définitions :

ROBERT, Paul, sous la direction de REY-DEBOVE, Josette et REY, Alain, Le Nouveau Petit Robert, Nouvelle édition du Petit Robert, Paris, Dictionnaires Le Robert, 2005, 2949 p. ISBN 2850369764

*Danger* : Ce qui menace ou compromet la sûreté, l'existence de quelqu'un ou de quelque chose.

*Risque* : Danger éventuel plus ou moins prévisible.

MERLET, Philippe, Le petit Larousse grand format, en couleurs, 100<sup>e</sup> édition, Paris, Larousse, 2004, 1927 p.

*Danger* : Ce qui constitue une menace, un risque, qui compromet l'existence de quelqu'un, de quelque chose.

*Risque* : Danger, inconvénient plus ou moins probable auquel on est exposé.

DE VILLIERS, Marie-Éva, Multi Dictionnaire de la langue française, 3<sup>e</sup> édition, Montréal, Éditions Québec-Amérique, 2001, 1532 p.

*Danger* : Ce qui représente une menace, ce qui expose à un accident.

*Risque* : Possibilité d'accident, de malheur.

BLUM, Claude et PRUVOST, Jean, Le Nouveau Littré, édition augmentée du Petit Littré, 2<sup>e</sup> édition, Paris, Éditions Garnier, Vuibert, 2004, 1639 p.

*Danger* : Situation, conjoncture, circonstance, qui compromettent la sûreté, l'existence d'une personne ou d'une chose.

*Risque* : Péril dans lequel entre l'idée de hasard.

Le Grand dictionnaire terminologique, Office québécois de la langue française (consulté le 11 septembre 2006), disponible sur Internet : [www.granddictionnaire.com](http://www.granddictionnaire.com)

*Danger* : Menace contre la sécurité ou la vie d'une personne ou d'une chose.

*Risque* : Événement éventuel, incertain, dont la réalisation ne dépend pas exclusivement de la volonté des parties et pouvant causer un dommage.

CORNU, Gérard, Vocabulaire juridique, 2<sup>e</sup> édition revue et augmentée, Paris, Presses universitaires de France, 1990, 859 p.

*Dangereux, euse* : Qui est de source de risque; potentiellement dommageable (produit dangereux); dont on peut redouter une action nuisible ou maléfique (comportement dangereux).

*Risque* : Événement dommageable dont la survenance est incertaine, quant à sa réalisation ou à la date de cette réalisation; se dit aussi bien de l'éventualité d'un tel événement spécifié dont la survenance est envisagée.

REID, Hubert, Dictionnaire de droit québécois et canadien,<sup>2</sup> 3<sup>e</sup> éd., Montréal, Éditions Wilson & Lafleur, 2004, 828 p.

*Risque* : Événement éventuel, prévisible mais incertain quant à sa survenance ou à la date de sa survenance, dont la réalisation ne dépend pas uniquement de la volonté de l'assuré et qui est susceptible de lui causer un préjudice ou un dommage.

[56] À la lecture de ces définitions, la Commission des lésions professionnelles constate qu'il y a une distinction à faire entre les deux notions de « danger » et de « risque », même si dans certains dictionnaires il y a renvoi d'une notion à l'autre.

[57] La Commission des lésions professionnelles retient que la notion de « danger » fait appel à une menace réelle alors que la notion de « risque » réfère à un événement dont la survenance, bien qu'elle soit possible, est incertaine.

[58] Toutefois, le tribunal estime que l'argument fondé sur l'interprétation découlant des dictionnaires n'est pas déterminant en soi pour décider si les conditions de travail

---

<sup>2</sup> La notion de « danger » n'est pas définie dans ce dictionnaire.

d'une travailleuse enceinte présentent des « dangers ». Afin de déterminer le sens à donner au terme « danger » prévu à l'article 40 de la LSST, la Commission des lésions professionnelles doit aussi rechercher les objectifs poursuivis par le législateur dans le contexte de la loi. Dans ces circonstances, et comme l'article 40 n'est pas une nouvelle disposition, une analyse de la jurisprudence en cette matière s'avère indispensable.

## LA JURISPRUDENCE

[59] La première décision de principe en matière de retrait préventif de la travailleuse enceinte est rendue en 1988 dans l'affaire *Cité de la santé de Laval et Houle*<sup>3</sup>. La Commission d'appel en matière de lésions professionnelles (la C.A.L.P.) énonce que :

(...) l'attestation du médecin fait preuve du fait que les conditions de travail comportent des dangers et que la Commission doit, en rendant sa décision sur la réclamation, tenir ce fait pour avéré à moins qu'elle ne détienne une preuve déterminante concluante au contraire.

[notre soulignement]

[60] De plus, dans cette décision, la C.A.L.P. énonce très clairement que l'affectation peut s'effectuer au poste habituel de travail en autant que les tâches ne comportent plus de danger :

Si l'article 40 n'exige pas une affectation à *d'autres* tâches et que, par conséquent il est possible qu'il y ait affectation même si la travailleuse demeure à son poste de travail, encore faut-il que les tâches ne comportent plus les dangers qui ont fait l'objet de l'attestation du médecin de la travailleuse.

[61] Finalement, la C.A.L.P. se prononce sur l'exigence de la preuve requise pour démontrer que les conditions de travail ne comportent pas de dangers physiques pour l'enfant à naître ou pour la travailleuse :

L'employeur a offert une preuve tendant à démontrer l'absence de danger. Cette preuve n'a pas réussi à convaincre la Commission d'appel, de l'inexistence de dangers pour l'enfant à naître. En effet, les docteurs Comtois et Laverdière n'ont pu affirmer qu'il n'existait aucun risque biologique ou possibilité de contact infectieux. Selon ces médecins, ce risque n'est pas suffisamment élevé pour justifier un retrait préventif bien qu'ils admettent que le travail effectué par la travailleuse présente des risques plus élevés que ceux auxquels doivent faire face l'ensemble des travailleuses.

La Commission d'appel constate que la preuve a confirmé les conditions de travail identifiées au certificat. De plus, elle considère que l'employeur n'a pas présenté une preuve déterminante de l'absence de dangers pour l'enfant à naître qui lui aurait permis d'écarter l'opinion du médecin de la travailleuse.

[nos soulignements]

<sup>3</sup>

[1988] C.A.L.P. 843, requête en évocation rejetée, [1989] C.A.L.P. 655, (C.S.)

[62] Concernant la force probante du *Certificat visant le retrait préventif*, cette décision est encore suivie<sup>4</sup>. Cependant, la jurisprudence s'est précisée au fil des ans. S'il y a divergence d'opinion entre son médecin et le médecin désigné par la *Direction de la santé publique*, la travailleuse ne pourra prétendre que le *certificat* a une valeur probante telle, qu'à lui seul, il ferait la preuve de l'existence d'un danger. Il appartiendra au tribunal de décider selon la prépondérance de la preuve<sup>5</sup>.

[63] Quant à la nature de la preuve requise pour démontrer l'absence de « danger », la C.A.L.P., dans l'affaire *Cité de la santé de Laval et Houle*<sup>6</sup> où il était question notamment de risques biologiques, exige la preuve de « l'inexistence de dangers pour l'enfant à naître » et la preuve qu'il n'y a « aucun risque biologique ou possibilité de contact infectieux ».

[64] Par contre, en 1990, dans l'affaire *Blais et Ministère Énergie et Ressources*<sup>7</sup>, la C.A.L.P. souligne qu'exiger la preuve de l'inexistence d'un danger conduit à l'absurde :

L'inexistence du danger dans ce domaine ne se prouve jamais, et une telle exigence ne peut conduire qu'à l'absurde. À cet égard, la Commission d'appel rappelle que lorsqu'il s'agit d'apprécier la notion de danger pour la travailleuse enceinte ou pour le nouveau-né qu'elle allaite, il ne suffit pas d'évoquer une vague inquiétude ou d'exprimer une crainte. Il faut démontrer par une preuve prépondérante que le danger dont il est question est un danger réel, et non seulement virtuel.

[65] Ainsi, un nouveau courant se développe au sein du tribunal en ce qui concerne la preuve requise pour rencontrer l'exigence prévue à l'article 40 de la LSST quant à l'existence de « dangers physiques » ou à leur absence.

[66] En 1993, la C.A.L.P. réitère qu'il n'est pas nécessaire de démontrer une absence totale de danger pour maintenir une travailleuse enceinte au travail. Elle considère « qu'il faut plutôt se demander s'il est probable, compte tenu des circonstances, que le danger appréhendé s'actualise »<sup>8</sup>. [notre soulignement]

---

<sup>4</sup> *Caisse populaire Desjardins de la Malbaie et Tremblay*, [2004] C.L.P. 1795, révision rejetée, 230786-32-0403, 26 janvier 2006, J.-M. Dubois

<sup>5</sup> *Trudel et C.H. Affilié universitaire du Québec*, C.L.P. 127684-32-9911, 16 mars 2000, M.A. Jobidon; *La Bar et Urgences Rive-Nord Basses Laurentides*, C.L.P. 201766-61-0303, 29 janvier 2004, L. Nadeau, (CLPE 2003, no 09)

<sup>6</sup> Précitée, note 3

<sup>7</sup> [1990] C.A.L.P. 940

<sup>8</sup> *Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et Legault*, C.A.L.P. 34006-62-9111, 21 mai 1992, É. Harvey, (J4-24-14), révision rejetée le 6 décembre 1993, G. Perreault

[67] Également en 1993, dans l'affaire *Bouffard et Les Salaisons Brochu inc.*<sup>9</sup>, la C.A.L.P. précise que le législateur utilise le mot « danger » plutôt que « risque » à l'article 40 de la LSST et, s'appuyant sur les définitions relevées dans plusieurs dictionnaires, conclut que les deux termes n'ont pas la même signification. L'extrait suivant a été cité dans plusieurs décisions ultérieures du tribunal qui soulèvent la difficulté d'établir, par prépondérance de preuve, l'absence de risque<sup>10</sup> :

La Commission d'appel est d'avis que si le législateur a employé le premier terme et non le second, c'est qu'il entendait que le danger susceptible d'être considéré représente une certaine probabilité quant à son existence et qu'il puisse être établi ou infirmé par une preuve prépondérante. En somme, la notion de danger représente plus qu'une simple possibilité, ce à quoi répond, par ailleurs, la définition de risque.

Le monde scientifique étant ce qu'il est, il serait impensable qu'il en soit autrement. En effet, il devient extrêmement difficile de soutenir que telle situation ne représente aucun risque. Cette dernière notion ne faisant appel qu'à une possibilité, une hypothèse, une appréhension, il serait évidemment difficile d'établir, par une prépondérance de preuve, que tel risque n'existe pas. La Commission d'appel ne croit pas que c'est cette dernière notion que visait le législateur et elle est d'avis que c'est à dessein que celui-ci a utilisé les mots « dangers physiques » à l'article 40 de la loi.

[68] Malgré ces décisions, le courant initié en 1988 par *Cité de la santé de Laval et Houle* demeure toujours présent.<sup>11</sup>

[69] Ainsi, dans l'affaire *Lachance et CLSC des Trois-Saumons*<sup>12</sup>, le commissaire énonce clairement que l'article 40 de la LSST vise l'élimination complète du danger et non pas la minimisation du risque :

[51] [...]

L'expression « ne comportant pas de tels dangers » doit être lue dans son ensemble. C'est pourquoi, il ne s'agit pas d'interpréter le mot danger par rapport au risque pour conclure si le législateur vise le risque ou plutôt une improbabilité que le danger se matérialise. L'expression « ne comporte pas » le ou les dangers visés par le certificat est

<sup>9</sup> C.A.L.P. 20630-03-9007, 26379-03-9102, 10 décembre 1993, J.-G. Roy

<sup>10</sup> *CSST et Piché*, [1995] C.A.L.P. 704; *Hôpital Jean-Talon et Pelletier*, C.A.L.P. 60962-61-9407, 14 mars 1995, J. L'Heureux, (J7-03-34); *Hôtel-Dieu de St-Jérôme et Chaput*, [1995] C.A.L.P. 967; *Hôpital Jean-Talon et Lauzon*, [1995] C.A.L.P. 1443; *Viel et Clinique dentaire*, C.L.P. 111675-62-9902, 20 mai 1999, P. Perron; *Centre hospitalier de Gaspé et Boulet*, C.L.P. 126283-01C-9911, 14 juillet 2000, C. Bérubé

<sup>11</sup> *Asselin et Garderie Trottimeurs inc.*, [1989] C.A.L.P. 484; *Hôpital Ste-Justine et Cossette*, [1992] C.A.L.P. 1129, révision rejetée, 27331-60-9103, 93-02-03, A. Suicco; *Lachance et CLSC des Trois-Saumons*, [1996] C.A.L.P. 970; *Amos et Hôpital Montréal pour enfants*, [2000] C.L.P. 1155; *Bagrianova et Centre hospitalier Fleury*, 167154-72-0108, 02-03-22, D. Taillon; *Ménard et C.H. Université de Montréal*, [2003] C.L.P. 1588; *Dumont et Commission scolaire Riverside*, 225846-71-0401, 04-03-01, L. Couture

<sup>12</sup> Précitée, note 11

claire et ne permet pas d'interpréter autrement que ce qu'elle signifie: si la tâche de réaffectation ne doit pas comporter le danger visé par le certificat, cela veut dire que le dit danger ne doit pas y être présent, que ce danger ne doit simplement pas exister dans cette nouvelle tâche. Il ne s'agit pas de diminuer le risque ou le danger que comporte une tâche par des moyens de protection individuels mais bien, en ce qui concerne le retrait préventif, de réaffecter la travailleuse enceinte à des tâches ne comportant pas les dangers visés par le certificat.

Les décisions de la Commission d'appel citées par l'employeur sont des décisions qui ont interprété le mot danger sous l'angle du risque en faisant abstraction du fait que l'article 40 indique sans équivoque que la travailleuse enceinte doit fournir un certificat attestant que ces conditions de travail comportent des dangers et qu'elle peut alors demander d'être affectée à une tâche ne comportant pas de tels dangers.

Il est donc clair que ce que vise l'article 40, c'est l'inexistence du danger et non pas la minimisation du risque.  
[notre soulignement]

[70] Dans la présente affaire, la représentante de l'employeur, le Centre hospitalier de St. Mary, prétend qu'il est pertinent de s'inspirer de la jurisprudence développée en vertu des articles 12, 32, 46 et 186 de la LSST pour trancher le débat jurisprudentiel car le législateur y utilise également le terme « danger ».

[71] L'uniformité d'expression est une règle de rédaction des textes législatifs. Comme le rappelle le professeur P.A. Côté, « chaque terme ne devrait avoir qu'un seul et même sens où qu'il apparaisse dans la loi ou le règlement : la même idée doit être exprimée dans les mêmes termes »<sup>13</sup>.

[72] À cette règle de rédaction correspond le principe d'interprétation voulant qu'on doive présumer que le même terme a le même sens partout dans une loi. Toutefois, le professeur Côté souligne que « cette présomption est faible d'abord parce qu'elle présuppose un niveau de qualité dans la rédaction qui, de toute évidence, n'est pas toujours atteint »<sup>14</sup>. D'autre part, cette présomption « va à l'encontre du principe voulant que les termes n'aient pas de sens précis lorsqu'ils sont envisagés de façon isolée, mais dérivent leur sens pour partie du contexte... »<sup>15</sup>.

[73] Malgré cette réserve, un survol de la jurisprudence relative à l'interprétation de la notion de « danger » dans le cadre de l'application des autres dispositions de la loi apparaît utile. Ce survol permet de constater que, de façon générale, le tribunal réfère

---

<sup>13</sup> Pierre-André CÔTÉ, *Interprétation des lois*, 3<sup>e</sup> éd., Montréal, Éditions Thémis, p. 419

<sup>14</sup> *Id.*, p. 421

<sup>15</sup> *Id.*

souvent à la jurisprudence élaborée en matière de retrait préventif de la travailleuse enceinte concernant l'interprétation de la notion de « danger »<sup>16</sup>.

[74] La jurisprudence en matière de droit de refus, d'inspection et de retrait préventif de la travailleuse qui allaite s'est inspirée largement de la jurisprudence concernant le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte. Toutefois, bien que le législateur utilise le même terme, il ne faut pas oublier que le contexte factuel n'est pas le même, et qu'il faut tenir compte des circonstances propres à chaque affaire pour apprécier l'existence ou non d'un « danger ».

[75] Par exemple, même si le mot « danger » doit avoir le même sens partout dans la LSST, l'appréciation du « danger » en matière d'inspection afin d'ordonner la fermeture d'un chantier de construction ne sera pas la même que celle qui sera faite pour déterminer si un travailleur avait raison de refuser d'exécuter un travail en vertu de l'article 12 de la LSST. Dans l'affaire *Casino du Lac Leamy*<sup>17</sup>, la Commission des lésions professionnelles précise que « l'exercice d'un droit de refus n'exige pas la preuve d'un danger réel, objectif ou imminent mais plutôt la crainte raisonnable d'un danger de la part du travailleur concerné... ». En matière d'inspection, le danger sera évalué par rapport à son caractère réel, objectif et imminent<sup>18</sup>. Le contexte factuel particulier sera apprécié, dans chaque cas, pour conclure si on est en présence d'un « danger ».

[76] Quant à l'interprétation de la notion de « danger » élaborée par la jurisprudence en matière de retrait préventif de la travailleuse qui allaite, elle est plus facilement transposable aux travailleuses enceintes. Dans ces cas, de façon générale, le tribunal a décidé que :

- Le test qui s'impose est celui de la recherche de la probabilité que le danger appréhendé puisse s'actualiser<sup>19</sup>.

---

<sup>16</sup> Article 12 : *Société de l'assurance automobile du Québec et Provencher*, [1998] C.L.P. 745 ; *Casino du Lac Leamy et Villeneuve*, C.L.P. 209750-07-0306, 27 mai 2005, M. Langlois, (CLPE 2004 LP-64)

Article 46 : *Larouche et C.T.A.Q.M.*, C.L.P. 194916-02-0211, 11 avril 2003; *Plourde et Waterville T.G. inc.*, [2000] C.L.P. 988; *Blais et Versabec*, C.L.P. 119677-09-9906, 7 décembre 1999, C. Bérubé, (99LP-190); *Centre hospitalier Affilié universitaire du Québec et Poulin*, [2000] C.L.P. 1134; *Brossard et Ambulances Radisson*, [2006] C.L.P. 1520

Article 186 : *Morin et autres et Sûreté du Québec*, [2005] C.L.P. 1369

<sup>17</sup> Précitée, note 16

<sup>18</sup> *Structure Lavalong inc. et C.S.S.T.*, [2002] C.L.P. 28

<sup>19</sup> *Larouche et C.T.A.Q.M.*, précitée, note 16

- Le danger doit présenter une certaine probabilité qu'il puisse se réaliser. Il ne peut s'agir d'une vague crainte ou inquiétude<sup>20</sup>.
- La notion de danger représente plus qu'une simple possibilité. Le danger doit représenter une certaine probabilité quant à son existence et doit être établi ou confirmé par une preuve prépondérante<sup>21</sup>.

[77] Plus particulièrement, dans l'affaire *C.H. Affilié universitaire de Québec et Poulin*<sup>22</sup>, le tribunal écrit, concernant la notion de « danger » que l'on retrouve à l'article 46 de la LSST : « il s'agit de se demander si la menace appréhendée s'actualisera de façon probable compte tenu des circonstances prouvées ». Devant une preuve démontrant que le risque de contamination de l'enfant allaité d'une infirmière était négligeable, le tribunal a conclu qu'il ne constituait pas un danger au sens de l'article 46.

[78] Enfin, dans une décision récente concernant l'interprétation du terme « danger » prévu à l'article 46 de la LSST, le tribunal écrit<sup>23</sup> :

[23] Ultiment, la notion de danger réfère ici à la contamination de l'enfant allaité et aux conséquences qu'elle peut entraîner pour lui. Le degré de probabilité que cette contamination survienne constitue le risque. Plus le niveau de risque est élevé, plus il est probable que le danger s'actualise en une contamination de l'enfant. C'est cela que la loi veut éviter. En conséquence, le danger recherché doit représenter une probabilité significative quant à son existence et qu'il puisse être établi par une preuve prépondérante<sup>10</sup>. Le danger doit être sérieux.

[24] Bien qu'il ne s'agisse pas de rechercher l'existence d'un risque mais bien d'un danger, il est requis d'évaluer le premier pour déterminer l'existence du second. Cela est confondant puisque l'identification de la présence de danger est généralement faite par l'évaluation des risques qu'il s'actualise.

<sup>10</sup> *Tremblay et Complexe hospitalier de la Sagamie*, C.L.P. 201767-02-0303, 12 mars 2004, C. Bérubé et la jurisprudence citée dans cette décision; *Guimond et Hôpital Rivière-des-Prairies et autres*, C.L.P. 247417-64-0411, 28 février 2006, J.-F. Martel; *St-Pierre et CSSS du Nord de Lanaudière*; *Comeau et Hôpital Santa-Cabrini*, C.L.P. 264068-63-0506, 25 juillet 2005, J.-P. Arsenault.

<sup>20</sup> *Plourde et Waterville TG inc.*, précitée, note 16

<sup>21</sup> *Blais et Versabec*, précitée, note 16

<sup>22</sup> Précitée, note 16

<sup>23</sup> *Brossard et Ambulances Radisson*, précitée, note 16

**POSITION DU TRIBUNAL CONCERNANT L'INTERPRÉTATION DE LA NOTION DE DANGER PRÉVUE À L'ARTICLE 40 LSST**

[79] Au terme de cette rétrospective, le tribunal constate la persistance d'une difficulté dans l'interprétation de la notion de « danger » que l'on retrouve à l'article 40 de la loi : deux courants jurisprudentiels sont toujours présents au sein du tribunal.

[80] Faisant référence à ces deux courants, la procureure de l'employeur a parlé, d'une part, de la « théorie du risque zéro » et, d'autre part, de la « théorie du danger réel et non virtuel ».

[81] Après analyse des différentes dispositions de la LSST, de la jurisprudence et des définitions retrouvées dans plusieurs dictionnaires relativement aux notions de « danger » et de « risque », le tribunal conclut que le deuxième courant jurisprudentiel respecte davantage les objectifs poursuivis par le législateur dans le contexte de la loi. En effet, la Commission des lésions professionnelles est d'avis que le législateur parle de deux réalités différentes lorsqu'il utilise les termes « risque » et « danger ».

[82] À l'article 2, le législateur précise que l'objet de la loi est d'éliminer à la source même les « dangers » pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs. Ce sont ces mêmes « dangers » qui donnent ouverture à l'exercice des droits prévus aux différentes dispositions de la LSST. Il en est ainsi en matière de droit de refus (article 12), dans le cas d'un travailleur exposé à un contaminant (article 36) ou encore dans le cas d'une travailleuse enceinte (article 40) ou de celle qui allaite (article 46).

[83] Quant aux risques, le législateur indique à l'alinéa 5 de l'article 49, que le travailleur doit « participer à l'identification et à l'élimination des risques d'accidents du travail et des maladies professionnelles sur le lieu du travail ». Pour sa part, l'employeur, tel que prévu à l'alinéa 5 de l'article 51, a l'obligation « d'utiliser les méthodes et techniques visant à identifier, contrôler et éliminer les risques... ». À l'alinéa 9 de ce même article, il est précisé que l'employeur doit « informer adéquatement le travailleur sur les risques reliés à son travail... ». Enfin, à l'alinéa 6 du paragraphe 78, il est indiqué que lorsqu'il y a un comité de santé et de sécurité au sein d'un établissement, il est prévu qu'il doive « participer à l'identification et à l'évaluation des risques reliés aux postes de travail et au travail exécuté par les travailleurs... ».

[84] Il ressort de ces différentes dispositions que, bien que le législateur demande aux employeurs et aux travailleurs de prendre des mesures visant à réduire ou éliminer les risques, seule la présence de « danger », et non la présence de « risques », donne ouverture à l'exercice d'un droit de refus de travailler ou d'être réaffecté, selon le cas.

[85] L'utilisation par le législateur du terme « danger » rejoint donc son sens usuel, soit une menace réelle par opposition à la notion de « risque » qui réfère plutôt à un événement possible mais dont la survenance est incertaine.

[86] De l'ensemble de ces considérations, la Commission des lésions professionnelles conclut qu'une distinction s'impose entre les termes « danger » et « risque » et que c'est sciemment que le législateur a choisi le mot « danger » à l'article 40 et non le mot « risque ». Par ailleurs, les deux notions sont inter-reliées puisque, plus les risques identifiés sont susceptibles de se concrétiser, plus la menace de danger apparaît réelle.

[87] Le tribunal en vient également à la conclusion qu'il ne faut pas interpréter l'article 40 de la loi comme signifiant qu'aucun risque ne doit être présent. L'exigence d'une preuve de « risque zéro » viderait de son sens l'article 40. Le droit prévu à l'article 40 est celui de demander d'être affecté à des tâches ne comportant pas de « dangers » pour la travailleuse enceinte ou l'enfant à naître. Si l'on interprétait la notion de « danger » comme signifiant qu'aucun risque ne devrait être présent, il deviendrait impossible de réaffecter la travailleuse. Elle devrait tout simplement cesser de travailler pendant toute la durée de sa grossesse. Pourtant, le tribunal a depuis longtemps reconnu que « d'indemniser une travailleuse lorsqu'il y a absence de danger serait contraire au but du droit au retrait préventif »<sup>24</sup>.

[88] Les experts qui ont témoigné à l'audience ont confirmé l'impossibilité d'éliminer tous les risques dans un milieu de travail ou ailleurs. De l'avis du tribunal, même les activités de la vie quotidienne génèrent des risques. Conduire une voiture alors qu'elle est enceinte, comme le fait madame Séguin pour se rendre au travail et pour ses activités personnelles, constitue un risque d'accident pouvant impliquer un coup important à l'abdomen, comme en a témoigné le docteur Sorge en s'appuyant sur la littérature médicale.

[89] La LSST impose des obligations de taille à l'employeur pour éliminer à la source les dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleurs. Toutefois, le législateur ne peut pas avoir imposé des obligations qui sont impossibles à rencontrer. C'est ainsi que, eu égard aux risques, par exemple, la Cour d'appel du Québec, face à l'obligation de l'employeur d'« utiliser les méthodes et techniques visant à identifier, contrôler et éliminer les risques ... » (article 51 (5°), a conclu que l'employeur n'était tenu qu'à ce qui était « nécessaire et raisonnable »<sup>25</sup>.

---

<sup>24</sup> *Cité de la santé de Laval et Houle*, précitée note 3

<sup>25</sup> *Domtar c. CALP, C.A.*, 200-09-000298-882, 29 août 1990, jj. Monet, Beaudoin et Rousseau-Houle

[90] Le législateur a voulu protéger la travailleuse enceinte, au même titre que les autres travailleurs, en visant l'élimination à la source même des dangers pour sa santé, sa sécurité et son intégrité physique.

[91] Cela étant, la question à laquelle le présent tribunal doit maintenant répondre est de savoir à partir de quel moment les « risques » présents dans un milieu de travail deviennent un « danger » pour la travailleuse ou pour l'enfant à naître.

[92] La Commission des lésions professionnelles conclut que pour constituer un « danger », les risques doivent être réels. Un risque virtuel, une crainte ou une inquiétude n'est pas suffisant pour conclure à un « danger ». La preuve doit démontrer que le risque est réel, que malgré tous les efforts faits pour le contrôler ou l'éliminer, il demeure présent et peut entraîner des conséquences néfastes pour la travailleuse enceinte ou pour l'enfant à naître. Enfin, pour qu'il constitue un « danger physique » au sens de l'article 40 de la LSST, ce risque doit présenter une probabilité de concrétisation qui est non négligeable.

[93] Chaque cas est un cas d'espèce et doit faire l'objet d'une évaluation. La nature des risques, la probabilité de concrétisation des risques identifiés dans le milieu de travail et la gravité des conséquences sont les éléments déterminants pour décider si les conditions de travail comportent des « dangers physiques » pour la travailleuse enceinte ou pour l'enfant à naître.

### **L'ANALYSE DES RISQUES ET DANGERS ALLÉGUÉS**

[94] La Commission des lésions professionnelles doit maintenant déterminer, à partir de la grille d'analyse discutée ci-dessus, si l'affectation des travailleuses aux postes de travail aménagés à l'urgence du Centre hospitalier de St. Mary comporte un danger pour elles-mêmes ou pour leur enfant à naître.

[95] Les médecins des travailleuses ayant identifié les mêmes dangers et émis les mêmes recommandations que le médecin désigné par la *Direction de la santé publique*, ce sont ces dangers qui seront évalués par le présent tribunal.

[96] Le représentant des travailleuses, s'appuyant sur la décision *Cité de la santé de Laval et Houle*<sup>26</sup>, fait valoir que le *certificat* constitue une « preuve prépondérante » de la présence de « danger ». Or, le tribunal souligne que l'employeur a présenté une preuve pour démontrer l'absence de « danger ». Dans ces circonstances, le *certificat* ne peut constituer à lui seul, une preuve prépondérante de l'existence d'un danger. Le tribunal doit plutôt évaluer l'ensemble de la preuve pour décider si les allégations de « danger » sont fondées.

---

<sup>26</sup> Précitée, note 3

[97] De plus, le tribunal estime utile, pour les fins de compréhension de la présente décision, de fournir une brève description du service de l'urgence avant de procéder à l'analyse des risques.

[98] Le service de l'urgence est une grande aire ouverte. Il n'y a pas de divisions entre les différentes sections. Le poste des infirmières est au centre et les infirmières circulent d'une section à l'autre. La salle de triage et la section ambulatoire (« walk-in ») sont situées du côté de l'accueil principal et du garage utilisé par les ambulances.

[99] La section ambulatoire comporte aussi une salle de plâtre et deux salles utilisées pour des soins spécialisés (O.R.L. et chirurgies mineures).

[100] Une salle de traumatologie et une salle de réanimation font également partie du service de l'urgence. Une autre section contient les lits 1 à 7. Dans cette section, on retrouve 2 salles fermées, dont la salle d'isolement ou à pression négative. Il y a la section contenant les lits 8 à 13, de même que deux salles utilisées pour les soins psychiatriques (salles 14 et 15). Un passage sépare la section ambulatoire de la section psychiatrique.

[101] Les patients mobiles et nécessitant des soins mineurs sont reçus et traités dans la section ambulatoire. Les patients instables et nécessitant des soins plus importants sont transférés à la section des lits 1 à 7 ou aux salles de réanimation ou de traumatologie. La salle d'isolement ou à pression négative est utilisée pour les patients souffrant d'une maladie contagieuse. La section des lits 8 à 13 est utilisée pour les patients qui sont en attente d'une réévaluation afin d'être hospitalisés ou qui attendent leur congé.

[102] Les travailleuses ont été réaffectées à la salle de triage, à la section ambulatoire et comme formatrice à la section des lits 1 à 7 du service de l'urgence.

## 1. CONTRAINTES ERGONOMIQUES

### 1.1 *Organisation du travail*

[103] Selon les *certificats* émis par les médecins des travailleuses, la réaffectation immédiate est recommandée en raison de l'organisation du travail dans le poste d'infirmière régulière à l'urgence du Centre hospitalier de St. Mary.

[104] Les rapports de consultation médico-environnementaux font état d'un danger physique quant à l'organisation du travail lorsque la travailleuse enceinte travaille sur des quarts de travail variables de jour, de soir et de nuit; il est de même lorsqu'elle travaille de nuit.

[105] Le rapport visant madame Séguin fait état, de plus, de danger lorsque le travail de soir se prolonge au-delà de 22 h, lorsque l'horaire dépasse 8 heures par jour (incluant les périodes de pauses et de repas) et/ou 40 heures par semaine, ou lorsque la travailleuse enceinte ne bénéficie pas d'une période de 16 heures entre ses quarts de travail.

[106] Il ressort de la preuve que, lors de leur réaffectation, les travailleuses ne travaillent pas sur des quarts de travail variables de jour, de soir et de nuit; elles ne travaillent pas de nuit; leurs quarts de travail ne dépassent pas 8 heures par jour ni 40 heures par semaine; leur travail ne se prolonge pas au-delà de 22 h et elles bénéficient d'une période de 16 heures entre leurs quarts de travail.

[107] En conséquence, la Commission des lésions professionnelles conclut qu'il n'y a pas de danger relatif à l'organisation du travail au triage, à la section ambulatoire et comme formatrice à la section des lits 1 à 7. Même lorsque madame Iracani ne prend pas sa pause de 30 minutes, par manque de temps comme elle le déclare, il n'en demeure pas moins qu'elle ne travaille pas plus de 8 heures par jour.

### 1.3 *Position debout prolongée*

[108] Selon les *certificats* émis par les médecins des travailleuses, la réaffectation est recommandée à 24 semaines en raison de la position debout prolongée.

[109] Le rapport de consultation médico-environnemental concernant madame Iracani fait état de danger si la travailleuse enceinte travaille debout *8 heures ou plus* par jour; dans ce cas, la réaffectation immédiate est recommandée.

[110] De plus, les rapports de consultation médico-environnementaux concernant madame Iracani et madame Séguin font état de danger si la travailleuse enceinte travaille debout *plus de 6 heures* par quart de travail; dans ce cas, la réaffectation est recommandée à la 24<sup>e</sup> semaine de grossesse.

[111] Dans les postes où elles ont été réaffectées, madame Iracani et madame Séguin ont un quart de travail de 8 heures par jour. Puisqu'elles bénéficient de 1 h 30 de pause (soit une pause d'une heure pour le repas et une autre pause de 30 minutes), le travail effectif se déroule sur 6 heures et 30 minutes.

[112] Madame Iracani affirme qu'au triage, elle adopte la position debout 50 % du temps (50 % de 6 heures et 30 minutes). Madame Séguin estime ce temps à 30 %. Dans le rapport de monsieur Jean-Pierre Gauvin, hygiéniste industriel, déposé par l'employeur, monsieur Gauvin observe que la position debout est adoptée en moyenne 15 minutes par heure, ce qui inclut la marche.

[113] À la section ambulatoire, les travailleuses affirment travailler debout environ 70 % du temps.

[114] Comme formatrice à la section des lits 1 à 7, madame Séguin affirme travailler debout 75 % du temps, alors que madame Iracani estime ce temps à 90 %. Quant à monsieur Gauvin, il retient que les travailleuses adoptent la position debout de 15 à 20 minutes l'heure, incluant la marche.

[115] La Commission des lésions professionnelles conclut de la preuve que, dans leurs postes en réaffectation au triage, à la section ambulatoire et comme formatrice à la section des lits 1 à 7, les travailleuses n'adoptent pas la position debout plus de 6 heures par quart de travail.

[116] Le temps estimé par madame Iracani (90 % de 6 heures 30 minutes) n'apparaît pas conforme à la réalité. En effet, comme formatrice à la section des lits 1 à 7, la travailleuse partage les tâches avec l'infirmière qu'elle forme. De plus, la Commission des lésions professionnelles tient compte du fait que madame Iracani n'a travaillé comme formatrice qu'une seule journée.

[117] Quoiqu'il en soit, même si l'on retenait que les travailleuses sont debout durant 90% du temps au poste de formatrice à la section des lits 1 à 7, il n'y a pas plus de six heures en position debout durant un quart de travail (90 % X 6 h et 30 = 5 h 51).

[118] Enfin, la position debout est entrecoupée de tâches que les travailleuses peuvent effectuer en position assise, notamment lorsqu'elles écrivent dans les dossiers des patients.

[119] Puisque lors de leur réaffectation, les travailleuses ne travaillent pas debout *plus de 6 heures* par quart de travail, il n'y a donc pas de danger relatif à la position debout.

#### 1.4 *Torsion, flexion, extension du tronc*

[120] Selon les *certificats* émis par les médecins des travailleuses, la réaffectation est recommandée à 24 semaines en raison des torsions, flexions ou extensions du tronc.

[121] Les rapports de consultation médico-environnementaux concernant madame Iracani et madame Séguin font état de danger si la travailleuse enceinte effectue des flexions de grande amplitude et que celles-ci s'échelonnent sur plus d'une heure par jour; dans ce cas, la réaffectation est recommandée à la 24<sup>e</sup> semaine de grossesse. Dans la description des agresseurs, les contraintes ergonomiques sont précisées comme suit : « flexions du tronc de 45° et plus, pour un cumul d'une heure par jour, ou de 10 fois/l'heure ».

[122] À l'audience, l'hygiéniste industriel, monsieur Gauvin, donne comme exemple d'une flexion de 45°, une personne qui se penche pour attacher ses souliers ou pour ramasser un objet par terre.

[123] Madame Iracani souligne qu'elle se penche pour prendre différents objets dans les tiroirs ou sur des tablettes (jaquettes, couvertures, médicaments, ensembles pour sondes urinaires, bassines, etc.). Elle se penche aussi pour déposer les articles personnels des patients.

[124] De plus, au triage, elle se penche pour examiner les pieds et les chevilles de certains patients, pour ajuster les fauteuils roulants ou pour prendre le pouls pédieux, ce qui prend de 1 à 30 secondes, selon le cas. La preuve révèle qu'au triage, les infirmières prennent le pouls pédieux de 5 % des patients.

[125] Dans une journée au triage, madame Iracani estime qu'elle fait une flexion du tronc de 45° *et plus* environ 10 fois par quart de travail; madame Séguin déclare faire une telle flexion environ 5 ou 6 fois l'heure. Monsieur Gauvin, pour sa part, n'a observé aucun mouvement de flexion de 45° ou plus.

[126] À la section ambulatoire, madame Iracani fait une flexion de 45° *et plus* de 20 à 30 fois par quart de travail, et madame Séguin, 7 à 8 fois l'heure.

[127] Comme formatrice à la section des lits 1 à 7, madame Iracani affirme, sans plus de précision, qu'elle fait une flexion de 45° plus souvent qu'au triage ou à la section ambulatoire car elle y administre des soins. Madame Séguin estime le nombre de flexions de 45° *et plus* à 12 ou 13 fois l'heure et précise qu'elle donne des soins 75 % du temps, soit seule ou avec l'autre infirmière avec qui elle partage les tâches.

[128] Il ressort du témoignage de monsieur Mendez, préposé aux bénéficiaires, que sa tâche n'est pas différente lorsqu'il travaille avec les infirmières enceintes ou les *infirmières régulières*; il n'aide pas davantage les unes que les autres, notamment pour atteindre l'équipement dont elles ont besoin.

[129] Il ressort du témoignage de madame Kerr que les travailleuses peuvent demander de l'aide aux préposés aux bénéficiaires plutôt que de forcer ou de se pencher.

[130] La Commission des lésions professionnelles retient de la preuve qu'au triage, les travailleuses font une flexion de 45° *et plus*, 6 fois l'heure, au plus. À la section ambulatoire, elles font une flexion de 45° *et plus*, 8 fois l'heure, au plus.

[131] En ce qui concerne le poste de formatrice à la section des lits 1 à 7, la Commission des lésions professionnelles retient que les travailleuses ne font pas de flexion de *45° et plus*, plus de 10 fois l'heure.

[132] Bien que madame Séguin déclare faire des flexions de *45° et plus*, 12 ou 13 fois l'heure, la Commission des lésions professionnelles retient que le poste de formatrice à la section des lits 1 à 7 n'exige pas qu'elle fasse autant de flexions. Madame Séguin déclare d'ailleurs qu'elle fait tous ces gestes parce que c'est sa façon de travailler.

[133] De plus, les travailleuses peuvent demander de l'aide aux préposés aux bénéficiaires, au besoin.

[134] Enfin, la Commission des lésions professionnelles note que madame Séguin n'a pas déclaré à l'inspecteur de la CSST, lors de l'évaluation des postes le 31 août 2005, qu'elle effectuait de nombreuses flexions ou que celles-ci constituaient un problème pour elle.

[135] La Commission des lésions professionnelles retient, selon le témoignage de madame Kerr, que la formatrice à la section des lits 1 à 7 travaille, soit avec des étudiantes en soins infirmiers dans leur dernière année d'études, soit avec des infirmières qui ont de l'expérience bien qu'elles doivent être formées sur la façon de fonctionner à l'urgence du Centre hospitalier de St. Mary. La formatrice n'a donc pas à faire toutes les tâches qu'elle partage avec l'infirmière en formation. Lorsqu'un patient a besoin d'un soin de façon urgente, elle n'a pas à intervenir puisque l'autre infirmière le fait, comme l'a déclaré madame Kerr.

[136] D'autre part, la Commission des lésions professionnelles a une grande réserve en ce qui concerne l'analyse de monsieur Gauvin, notamment, quant aux contraintes ergonomiques au poste de formatrice à la section des lits 1 à 7 et ce, tant en ce qui concerne la *Position debout prolongée*, que les *Torsion, flexion, extension du tronc*, le *Soulèvement ou transport de charges*, ou les *Dépenses énergétiques*. Son observation a duré moins d'une heure, alors qu'il circulait entre le poste de triage et le poste de garde des infirmières près des lits 1 à 7, comme il le déclare dans son témoignage. Ce temps d'observation n'apparaît pas représentatif.

[137] De plus, monsieur Gauvin n'a pas observé les tâches de formatrice à la section des lits 1 à 7 puisqu'il observait une infirmière *régulière*. Sa période d'observation coïncidait avec la fin d'un quart de travail et les infirmières travaillaient assises à compléter la rédaction des notes dans les dossiers des patients pour les infirmières qui prendraient la relève. Dans son témoignage, il déclare que la travailleuse enceinte n'a qu'à superviser l'infirmière en formation ou les patients à partir du poste de garde où elle peut adopter la position assise; elle n'aide l'infirmière en formation que lorsque celle-ci ne suffit pas à la tâche. Or, cela est contredit par le témoignage de madame

Séguin et sa lettre du 21 août 2005 adressée à la CSST selon lesquels, comme formatrice à la section des lits 1 à 7, elle ne doit pas rester au poste des infirmières mais elle doit faire les tâches avec l'infirmière en formation, comme madame Kerr le lui a signifié.

[138] Enfin, la preuve ne permet pas de conclure que le cumul des flexions totaliserait, en temps, plus d'une heure par jour.

[139] Ainsi, puisque les travailleuses n'ont pas à faire des flexions du tronc de 45° et plus pour un cumul d'une heure par jour ou de 10 fois/l'heure, la Commission des lésions professionnelles conclut qu'il n'y a pas de danger relatif aux torsions, flexions et extensions du tronc.

#### 1.6 *Soulèvement ou transport de charges*

[140] Selon les *certificats* émis par les médecins des travailleuses, la réaffectation immédiate est recommandée en raison du soulèvement ou transport de charges.

[141] Les rapports de consultation médico-environnementaux font état de danger si la travailleuse enceinte soulève une charge de 20 kg, même une seule fois par jour; ceci justifie la réaffectation immédiate. Le soulèvement de charges de plus de 10 kg, plus de 10 fois par jour, justifie aussi la réaffectation immédiate.

[142] Madame Iracani déclare qu'il peut lui arriver, quelques fois par jour, lorsque le préposé aux bénéficiaires est occupé ou en pause, d'aider quelqu'un à s'installer sur une civière, bien que cela ne fasse pas partie de ses tâches, comme elle le précise. Elle affirme également avoir eu à soulever un sac (« duffle bag ») pesant 15 livres, à raison de trois fois en deux ans, dont une fois alors qu'elle était enceinte.

[143] Madame Séguin affirme qu'elle peut aider les patients à se mobiliser pour s'asseoir, pour se préparer à manger, quelques fois à chaque heure. Elle peut aider une personne âgée à se mobiliser dans son lit, lorsqu'elle la lave. Si elle change une couche, elle glisse le patient dans le lit en utilisant un piqué. Elle affirme qu'aux lits 1 à 7, elle a dû, entre 0 à 4 fois par jour, mettre sur une civière un moniteur cardiaque portatif pesant de 20 à 25 livres. Par ailleurs, madame Séguin déclare à l'audience, qu'elle n'a pas de problème avec le soulèvement de charges.

[144] Les travailleuses peuvent pousser des patients en fauteuil roulant ou en civière. Selon l'étude de monsieur Gauvin, ce geste n'exige qu'un effort léger, moins de « 1 à 2 kg de poussée » lorsqu'il n'y a aucune inclinaison ou que le plancher est en bon état, comme c'est le cas ici.

[145] La Commission des lésions professionnelles conclut de cette preuve que les travailleuses n'ont pas de poids importants à soulever ou à transporter aux postes où elles ont été réaffectées. Notamment, elles n'ont pas à soulever ou à transporter des poids de 20 kg même une fois par jour, ou des poids de 10 kg plus de 10 fois par jour. Il n'y a donc pas de danger relié au soulèvement ou transport de charges.

### 1.7 *Autres dépenses énergétiques élevées*

[146] Selon le *certificat* émis par le médecin de madame Séguin, la réaffectation est recommandée à 12 semaines en raison des dépenses énergétiques élevées. Quant au médecin de madame Iracani, il recommande la réaffectation à 16 semaines pour cette même raison.

[147] Les rapports de consultation médico-environnementaux font état de danger lorsque la travailleuse enceinte a une charge de travail modérée qui implique une dépense énergétique de 200-320 kilocalories à l'heure (Kcal/heure); dans ce cas, la réaffectation est recommandée à la 16<sup>e</sup> semaine. Le rapport concernant madame Séguin souligne que, d'après l'annexe du *Règlement sur la santé et la sécurité au travail*<sup>27</sup>, un travail lourd impliquant les deux bras représente une dépense énergétique de 246 Kcal/heure.

[148] La seule preuve devant le tribunal concernant la dépense énergétique déployée dans les postes en réaffectation au triage, à la section ambulatoire et comme formatrice à la section des lits 1 à 7, est l'étude de monsieur Gauvin.

[149] Selon les observations de monsieur Gauvin, la dépense énergétique déployée au triage, en moyenne, durant une heure, est inférieure à 126 Kcal. Aux lits 1 à 7, une *infirmière régulière* a une dépense énergétique moyenne inférieure à 145 Kcal/heure. Il précise que, comme formatrice à la section des lits 1 à 7, la dépense énergétique serait moins de 145 Kcal/heure puisque la travailleuse enceinte n'effectue pas toutes les tâches de l'*infirmière régulière*.

[150] Bien que monsieur Gauvin, durant l'heure où il a été présent, ait observé qu'aux lits 1 à 7 les infirmières étaient surtout en position assise (cela pouvant être attribuable, selon la Commission des lésions professionnelles, au fait qu'il y avait un changement de quart de travail et qu'elles étaient à compléter les dossiers des patients), il n'y a aucune preuve que la dépense énergétique moyenne sur une heure de travail atteindrait 200-320 Kcal.

---

<sup>27</sup> (2001) 133 G.O. II, 5020

[151] Bien que le représentant des travailleuses soutienne que monsieur Gauvin n'a pas tenu compte du stress généré par le travail, ce qui selon lui fausserait l'évaluation, le représentant des travailleuses ne fait aucune preuve de la dépense énergétique déployée au travail ni d'une dépense énergétique supplémentaire en raison du stress.

[152] Il n'y a donc, selon la preuve, pas de danger relié aux dépenses énergétiques élevées puisqu'aux postes en réaffectation, la dépense énergétique n'atteint pas 200-320 Kcal/heure.

## 2. AGRESSEURS CHIMIQUES

### 2.5 *Administration de médicaments antinéoplasiques*

[153] Selon le *certificat* émis par le médecin de madame Séguin, la réaffectation immédiate est recommandée en raison de risques reliés à l'administration de médicaments antinéoplasiques.

[154] Bien qu'il ait été question, dans les formulaires d'étude de poste des deux travailleuses, de risques occasionnés par l'administration de bronchodilatateurs, de médicaments antinéoplasiques et de la Gentamicine, seule l'administration de médicaments antinéoplasiques a été retenue comme justifiant une réaffectation immédiate dans le rapport de consultation médico-environnemental concernant madame Séguin.

[155] Selon le docteur Sorge, l'administration de médicaments antinéoplasiques ne se fait ni au triage ni à la section ambulatoire ni à la section des lits 1 à 7, les trois lieux de réaffectation des travailleuses. Cela a été confirmé par le témoignage de celles-ci.

[156] La réaffectation des travailleuses ne comporte donc pas de dangers en raison d'agresseurs chimiques.

## 3. AGRESSEURS BIOLOGIQUES

### 3.1 *Virus : Sang et liquides biologiques-maladies virales-manipulation d'aiguilles*

[157] Selon les *certificats* émis par les médecins des travailleuses, la réaffectation immédiate est recommandée en raison de certains risques biologiques.

[158] Les rapports de consultation médico-environnementaux font état d'un danger relié à la manipulation d'aiguilles et d'instruments tranchants, au contact avec le sang et les liquides biologiques, ainsi que le contact avec des patients porteurs de zona.

*Risques reliés au contact avec le sang :*

[159] Dans le cadre de leur réaffectation, les travailleuses n'ont pas à manipuler d'aiguilles ou d'objets tranchants ou piquants. Elles n'ont pas à débiter une perfusion intraveineuse.

[160] Les travailleuses n'ont ni allégué, ni démontré que cette consigne n'était pas respectée. C'est à partir de cette prémisse que le tribunal analysera la preuve pour déterminer si les conditions de travail de mesdames Iracani et Séguin comportent un «danger» pour elles ou pour leur enfant à naître.

[161] Le docteur Lalonde a témoigné sur les risques biologiques. Il précise qu'il y a un risque viral possible, pour les travailleuses, s'il y a contact lors d'une piqûre ou d'une coupure accidentelle avec des objets souillés de sang. Il identifie les risques reliés au contact avec le sang comme étant le V.I.H. (virus de l'immuno-déficience-humaine), l'hépatite B et l'hépatite C. Toutefois, bien que le docteur Lalonde considère que les risques de contamination virale soient certainement possibles aux trois postes de travail, il concède que le risque réel pour les travailleuses, compte tenu du fait qu'elles n'utilisent aucun instrument piquant ou tranchant, n'existe pas vraiment. Il en est de même lorsque les travailleuses ont à nettoyer une plaie ou à faire un pansement puisqu'elles portent des gants.

[162] Le docteur Sorge, pour les mêmes raisons, partage les conclusions du docteur Lalonde. À la section ambulatoire, il qualifie le risque comme étant de « presque zéro » et comme étant complètement absent à la section des lits 1 à 7. Il considère que, puisque les diagnostics sont posés avant de transférer les patients dans cette section, les mesures nécessaires pour éviter la transmission d'une maladie infectieuse sont prises et notamment le patient est placé dans la salle d'isolement. Les mesures de protection ainsi mises en place sont, selon lui, suffisantes pour éliminer complètement le risque.

[163] Madame Leila Haddad, responsable de la prévention des maladies infectieuses a expliqué à l'audience les différentes mesures de protection disponibles au Centre hospitalier de St. Mary. Les mesures de protection varient selon le type de microbes et son mode de transmission. Plusieurs fiches provenant du Service de contrôle des infections du centre hospitalier ont été produites. Pour assurer une protection contre le contact avec les liquides biologiques ou le sang, les mesures disponibles sont les gants, les blouses, les masques et le lavage des mains, toutes choses disponibles et à portée de main de tous les employés du service de l'urgence. Le témoignage de madame Haddad n'a pas été contredit.

[164] De cette preuve, la Commission des lésions professionnelles conclut que le risque de contamination virale par le sang aux trois postes de travail où les travailleuses

ont été réaffectées, a été éliminé puisque les travailleuses ne manipulent plus les instruments pouvant être à la source même de cette contamination. Les outils utilisés ne sont ni pointus ni tranchants. Les ciseaux utilisés ont des lames aux extrémités arrondies. Elles peuvent effectuer des tâches qui pourraient les exposer à un contact avec le sang des patients, comme par exemple, faire un pansement, mais les mesures de protection universelles sont suffisantes pour éliminer ce risque.

[165] De plus, pour ce qui est du risque relié à l'hépatite B, la preuve révèle que les deux travailleuses ont été vaccinées. Or, de l'avis du docteur Lalonde, cette vaccination offre une protection très efficace. Donc, non seulement le risque a déjà été éliminé à la source puisque les travailleuses ne manipulent plus d'objets tranchants ou d'aiguilles, mais en plus, elles sont vaccinées et immunisées contre la maladie.

[166] Par ailleurs, il n'existe pas, à l'heure actuelle, une vaccination pour protéger contre l'hépatite C. La seule façon d'éliminer ce risque est d'interdire la manipulation d'aiguilles ou d'objets tranchants ou piquants pouvant exposer les travailleuses à du sang contaminé ou d'appliquer au besoin dans les autres circonstances, les moyens de protection disponibles, ce qui a été fait en l'espèce.

#### *Risques reliés au contact avec des liquides biologiques autres que le sang*

[167] Les rapports de consultation médico-environnementaux font état d'un danger relié au contact avec des liquides biologiques potentiellement contaminés, autres que le sang. Toutefois, il est précisé dans ces rapports, que les mesures de protection universelles sont suffisantes comme moyen de protection.

[168] Les travailleuses déclarent à l'audience que l'affectation à la section ambulatoire et comme formatrice à la section des lits 1 à 7 peut impliquer la manipulation de sondes et de cathéters. Bien que les instruments manipulés ne soient ni tranchants ni piquants, elles peuvent venir en contact avec des liquides biologiques. Madame Iracani précise que des incidents d'éclaboussures se produisent à une fréquence d'environ 5 fois par année et elle fait état d'un événement où elle a été éclaboussée lorsqu'elle effectuait une intervention avec une sonde naso-gastrique. Quant à madame Séguin, elle n'a jamais eu d'incident d'éclaboussure mais elle a déjà reçu, dans un œil, du liquide se trouvant à l'intérieur d'une sonde urinaire.

[169] La Commission des lésions professionnelles conclut que le risque relié au contact avec des liquides biologiques autres que le sang ne constitue pas un danger pour les travailleuses. Selon le médecin désigné de la *Direction de la santé publique*, les mesures de protection universelles sont suffisantes pour protéger les travailleuses. La preuve révèle que les mesures de protection sont disponibles au Centre Hospitalier de St. Mary et les travailleuses n'ont pas présenté de preuve pour démontrer que ces

mesures ne seraient pas utilisées ou qu'elles ne seraient pas efficaces. Ce risque ne représente donc pas un danger pour les travailleuses.

[170] En regard du risque de venir en contact avec des patients porteurs de zona, le docteur Langlois indique dans son rapport médico-environnemental qu'une sérologie pour la varicelle doit être effectuée chez la travailleuse et, si elle est négative, elle devrait être réaffectée immédiatement.

[171] En l'espèce, la preuve démontre que les travailleuses sont immunisées contre la varicelle et, par voie de conséquence, pour le zona. Madame Iracani a été exposée à la maladie et madame Séguin a été vaccinée. De plus, les travailleuses peuvent porter des gants lorsqu'elles viennent en contact direct avec les lésions de patients porteurs de cette maladie.

[172] La Commission des lésions professionnelles considère que le risque de contamination à l'égard du virus du zona ou de la varicelle aux trois postes de travail offerts aux travailleuses en réaffectation est tellement négligeable qu'il ne peut être considéré comme un «danger» pour les travailleuses.

[173] Un risque possible de contact avec le MRSA («Methicillin resistant Staphylococcus aureus») est identifié au rapport de consultation médico-environnemental visant madame Iracani. Toutefois, les mesures de protection universelles sont considérées par le docteur Langlois comme suffisantes pour protéger les travailleuses. De plus, ce médecin précise qu'il n'y a pas de risque connu pour la travailleuse enceinte ou pour l'enfant à naître à l'égard d'un contact avec le MRSA. La Commission des lésions professionnelles conclut que ce risque ne constitue donc pas un danger pour les travailleuses.

### 3.2 *Bactéries : tuberculose active*

[174] Selon les *certificats* émis par les médecins des travailleuses, la réaffectation immédiate est recommandée en raison du danger relié à la tuberculose.

[175] Les rapports de consultation médico-environnementaux concernant mesdames Iracani et Séguin font état d'un danger si les travailleuses doivent être «en contact avec des cas de tuberculose non traités et avec les crachats de ceux-ci». Le docteur Lalonde précise que le risque est essentiellement lié à la médication qui devra être prise par la travailleuse enceinte advenant une maladie tuberculeuse.

[176] Deux documents ont été déposés concernant la tuberculose. Le premier a été publié par les *Centers for Disease Control (CDC)*<sup>28</sup>, des organismes américains de santé publique. Il énonce des lignes directrices pour prévenir la transmission de la tuberculose dans les établissements de soins. Le deuxième a été publié par la *Direction de la santé publique du Québec*<sup>29</sup>. Dans celui-ci, on fait état de la situation au Québec concernant la tuberculose, et des recommandations sont émises pour prévenir et enrayer la maladie, notamment dans les établissements de soins. On y fait référence également à l'organisme canadien responsable de la santé publique, le *Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM)*<sup>30</sup>.

[177] Ces organismes proposent d'abord une évaluation du risque à l'intérieur même des établissements de soins, avant d'entreprendre l'élaboration des programmes de prévention. Cette évaluation du niveau de risque de transmission est importante pour déterminer la probabilité de concrétisation de ce risque chez les travailleurs de la santé dans ces établissements.

[178] Les organismes américains de santé publique (*CDC*) proposent cinq catégories de risque pour les institutions, les secteurs ou départements et les groupes professionnels à l'intérieur d'une institution. Ces catégories sont fondées sur le nombre de cas de tuberculose admis dans une institution, un secteur ou un département et la présence d'un taux anormalement élevé de conversion de PPD<sup>31</sup> chez le personnel.

[179] L'organisme canadien de santé publique (*LLCM*) propose plutôt deux catégories de risque pour les institutions. La détermination du risque de tuberculose dans l'établissement est basée sur le nombre de cas et de taux de conversion de PPD chez le personnel.

[180] Les propositions de ces organismes américains (*CDC*) et canadien (*LLCM*) sont résumées dans le tableau suivant :

---

<sup>28</sup> UNITED STATES, DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, « Guidelines for Preventing the Transmission of Mycobacterium Tuberculosis in Health-Care Facilities, 1994 », [En ligne], < <http://wonder.cdc.gov/wonder/PrevGuid/m0035909/m0035909.asp> > (Page consultée le 11 novembre 2006)

<sup>29</sup> QUÉBEC (PROVINCE), DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE et COMITÉ SUR L'IMMUNISATION DU QUÉBEC, SOUS-COMITÉ SUR LA TUBERCULOSE, *La tuberculose : situation et recommandations*, éd. mise à jour 2000, [Québec], Ministère de la santé et des services sociaux, Direction générale de la santé publique, [2000], 169 p.

<sup>30</sup> SANTÉ CANADA, *Lignes directrices pour la lutte antituberculeuse dans les établissements de soins et autres établissements au Canada*, coll. « Relevé des maladies transmissibles au Canada, Supplément v.22S1 », [Ottawa], Canada Santé, 1996, 55 p.

<sup>31</sup> Purified Protein Derivative, (tuberculine purifiée) : Test utilisé pour évaluer si une personne a été infectée par la bactérie de la tuberculose.

TABLEAU 8

DÉTERMINATION DU RISQUE DE TUBERCULOSE DANS L'INSTITUTION, BASÉE SUR LE NOMBRE DE CAS ET LES TAUX DE CONVERSION DU PPD CHEZ LE PERSONNEL		
Niveau de risque pour l'institution	CDC	LLCM
<b>Élevé</b>	taux de conversion chez les travailleurs > dans la communauté  ou agrégats de conversion chez les travailleurs  ou évidence de transmission personne à personne	$\geq 6$ cas vus par an ou ratio nombre de travailleurs/nombre de cas vus $\leq 100$  <i>(le risque est plus élevé s'il existe des agrégats de transmission ou un taux de conversion élevé chez le personnel)</i>
<b>Intermédiaire</b>	$\geq 6$ cas admis l'année précédente dans un secteur ou un département	-----
<b>Faible</b>	< 6 cas admis l'année précédente dans un secteur ou un département	< 6 cas vus par an et ratio nombre de travailleurs/nombre de cas vus > 100
<b>Très faible</b>	pas de cas de tuberculose admis l'année précédente dans l'institution et on prévoit diriger ailleurs un cas qui doit être hospitalisé	-----
<b>Minime</b>	pas de cas de tuberculose dans l'institution ni dans la communauté	-----

[181] La *Direction de la santé publique du Québec*, après avoir considéré les recommandations des organismes américains (CDC) et canadien (LLCM) de santé publique, est d'avis que les catégories suivantes de risque devraient être utilisées pour classer les institutions du type «*Centre hospitalier de soins de courte durée*» (CHSCD) :

#### RISQUE POUR LES INSTITUTIONS

**Risque élevé :**  $\geq 6$  cas par an ou ratio nombre de travailleurs/nombre de cas  $\leq 100$

**Faible risque :** < 6 cas par an ou ratio nombre de travailleurs/nombre de cas > 100

[182] Se référant à une étude de Richard Menzies, pneumologue à l'Institut thoracique de Montréal, la *Direction de la santé publique du Québec* conclut ce qui suit :

Les données documentaires<sup>11</sup> indiquent que les personnes qui travaillent dans une institution où il y a six cas ou plus de tuberculose (admis ou non) par année courent un

plus grand risque de conversion du PPD au regard de la population générale. Ceci est également vrai si le ratio du nombre de travailleurs sur le nombre de cas est  $\leq 100$ .

<sup>11</sup> MENZIES, D. et autres (1995). «Tuberculosis among Health care Workers», *NEJM*, 332 (2) : 92-98.

[183] Le tableau suivant, qu'on retrouve dans ce même document, précise le niveau de risque pour les travailleurs, selon le type d'emploi ou d'activités exercés dans l'établissement, tel que déterminé par les organismes de santé publique américains (CDC) et canadien (LLCM) :

**TABLEAU 9**

<b>CATÉGORISATION DU RISQUE DE TUBERCULOSE SELON LE TYPE D'ACTIVITÉ OU D'EMPLOI</b>		
<b>Niveau de risque pour le travailleur selon l'activité</b>	<b>CDC</b>	<b>LLCM</b>
<b>Élevé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• bronchoscopies</li> <li>• autopsies</li> <li>• procédures d'induction de la toux</li> </ul> (pas de titre d'emploi en particulier)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. autopsies</li> <li>2. bronchoscopies</li> <li>3. procédures d'induction de la toux</li> <li>4. examens anatomopathologiques</li> <li>5. manipulation de cultures de mycobactéries</li> </ol>
<b>Intermédiaire</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• personnel en contact régulier avec des patients au sein des unités où des cas de TB active sont hospitalisés (incluant les préposés à l'entretien général ou à l'entretien ménager, commis, etc.)</li> <li>• manipulation de spécimens cliniques*</li> </ul>
<b>Faible</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>• contacts minimes avec les patients (archiviste, personnel administratif)</li> <li>• contacts réguliers avec des patients, mais qui sont rarement atteints de TB (obstétrique, gynécologie, néonatalogie)</li> </ul>

\* La manipulation de spécimens cliniques (frottis et mise en culture) peut être effectuée dans un niveau de confinement physique 2, en utilisant des exigences opérationnelles du niveau de confinement 3. Toutes les manipulations de culture doivent être effectuées en utilisant les exigences physiques et opérationnelles du niveau de confinement 3<sup>12</sup>.

<sup>12</sup> LABORATOIRE DE LUTTE CONTRE LA MALADIE (1996). *Lignes directrices en matière de biosécurité en laboratoire* (2<sup>e</sup> édition), Santé Canada, Direction générale de la protection de la santé, Bureau de biosécurité, 94 p.

[184] En tenant compte des recommandations existantes, de la documentation et de la situation épidémiologique locale concernant la tuberculose, les membres du comité ayant rédigé le document émanant de la *Direction générale de la santé publique du Québec* sont d'avis que les catégories de risques suivantes devraient être utilisées pour classer les travailleurs :

### **RISQUE POUR LES TRAVAILLEURS**

#### **Risque élevé :**

1. Personnel des salles d'autopsie.
2. Personnel affecté aux bronchoscopies.
3. Inhalothérapeutes et autres personnels affectés à l'induction des expectorations et l'application d'aérosolthérapie.
4. Personnel des laboratoires de pathologie affecté aux examens anatomopathologiques.
5. Techniciens des laboratoires de microbiologie assignés à la manipulation des cultures de *Mycobacterium tuberculosis* dans les hôpitaux et les autres institutions, comme les laboratoires de référence.

#### **Risque intermédiaire :**

1. Personnel (incluant le personnel clinique, de bureau, d'entretien, etc.) en contact régulier avec les patients au sein des unités où des cas de tuberculose active sont hospitalisés, en particulier :
  - les unités de maladies infectieuses,
  - les unités VIH/sida,
  - les unités de pneumologie,
  - l'urgence,
  - les soins intensifs.
2. Techniciens des laboratoires de microbiologie assignés à la manipulation des échantillons cliniques pour la recherche du *Mycobacterium tuberculosis* (frottis et mise en culture).

#### **Risque faible :**

1. Personnel ayant peu de contacts avec les patients.
2. Personnel ayant des contacts réguliers avec des patients peu susceptibles d'être infectés par la tuberculose contagieuse dans des unités telles que :
  - la pédiatrie,
  - la néonatalogie,
  - l'obstétrique-gynécologie.

*Preuve statistique*

[185] Madame Haddad, à l'occasion de son témoignage, a produit des documents permettant de déterminer le nombre de patients qui se sont présentés à l'urgence entre le 1<sup>er</sup> avril 2003 et le 31 mars 2006 et chez qui un diagnostic de tuberculose a été posé.

[186] Elle explique que le patient soupçonné de maladie respiratoire est examiné par l'urgentologue; si celui-ci arrive à la conclusion qu'il n'y a aucune présence de tuberculose, aucun spécimen n'est envoyé au *Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ)*. Toutefois, en cas de doute, l'urgentologue fait des tests d'expectoration, et, dans ces cas, un spécimen doit toujours être envoyé au laboratoire (*LSPQ*). Elle précise que tous les spécimens sont transmis au laboratoire (*LSPQ*), même les tests qui sont négatifs, à la suite d'un examen préliminaire effectué au centre hospitalier.

[187] Selon les documents produits par madame Haddad, pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> avril 2003 et le 31 mars 2004, 9 personnes ont été admises à l'urgence présentant des symptômes suggérant une tuberculose. Toutefois, 1 seul cas a été confirmé positif par le laboratoire (*LSPQ*). Ce patient a été transféré de l'urgence au 5<sup>e</sup> étage le même jour.

[188] Pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> avril 2004 et le 31 mars 2005, 6 patients se sont présentés à l'urgence avec des symptômes possiblement reliés à la tuberculose. Toutefois, 1 seul cas a été confirmé positif par le laboratoire (*LSPQ*) et le patient a été transféré au 5<sup>e</sup> étage quelques heures après son admission.

[189] Pour la période comprise entre le 1<sup>er</sup> avril 2005 et le 31 mars 2006, 9 patients se sont présentés à l'urgence avec les symptômes possiblement reliés à la tuberculose et 3 cas ont été confirmés positifs par le laboratoire (*LSPQ*).

[190] Donc, 1 seul cas de tuberculose par année a été confirmé pour les années 2003 - 2004 et 2004 - 2005. En 2005 - 2006, 3 cas ont été confirmés.

[191] Or, selon les lignes directrices émises par les organismes américains, canadien et québécois de santé publique, le niveau de risque de tuberculose pour l'institution est «faible», lorsque moins de 6 cas sont admis dans l'année précédente. De plus, dans le document émanant de la *Direction de la santé publique du Québec*, on réfère à une étude de Menzies, selon laquelle il conclut que les personnes qui travaillent dans une institution où il y a 6 cas ou plus de tuberculose par année courent un plus grand risque de conversion du PPD en regard de la population générale. Ceci est également vrai si le ratio du nombre de travailleurs sur le nombre de cas est  $\leq 100$ .

[192] En l'espèce, le nombre de cas confirmés, par année, pendant les 3 dernières années est bien en deçà du nombre de 6, à partir duquel le risque devient plus grand en regard de la population en général.

[193] De plus, il est précisé dans le document émanant de la *Direction générale de la santé publique du Québec* que « La fréquence et la durée des contacts sont parmi les facteurs déterminants du risque de contracter la tuberculose dans leur milieu de travail ».

[194] Les docteurs Sorge et Lalonde ont également témoigné concernant le risque de transmission de la tuberculose pour les travailleuses.

#### *Docteur Sorge*

[195] Le docteur Sorge a discuté de l'importance de la proximité et le contact prolongé comme deux facteurs qui augmentent le risque de transmission de la tuberculose.

[196] Par ailleurs, il est d'avis qu'au poste de triage, bien qu'il ne soit pas impossible de venir en contact avec le bacille de la tuberculose, le risque est très faible. Avant de passer au triage, si une personne tousse, elle est interceptée par l'agent de sécurité qui lui offre un masque. De plus, le préposé à l'enregistrement interroge le patient et lui demande de mettre un masque s'il tousse. L'infirmière au triage consulte normalement le dossier avant de recevoir le patient et elle peut prendre des mesures pour se protéger. Il y a très peu de cas de tuberculose et, selon lui, avec les mesures de protection mises en place, le risque est « très très faible ».

[197] En ce qui concerne la section ambulatoire, il est d'avis que le risque de contamination est « presque zéro » car les personnes qu'on soupçonne porteuses d'une maladie contagieuse sont immédiatement placées en isolement.

[198] Pour la section des lits 1 à 7, le risque est encore, selon lui, « presque nul » compte tenu qu'il faut prendre toutes les précautions nécessaires lorsque le patient est dans la salle d'isolement. Ces mesures permettent de réduire le risque à un point tel qu'il est pratiquement inexistant.

[199] Il ajoute qu'à sa connaissance, il y a eu un seul cas au Centre hospitalier de St. Mary où un employé a dû être suivi après un contact avec un patient qui avait la tuberculose. Il s'agissait d'un préposé à l'enregistrement à l'urgence. Après analyse, on en est venu à la conclusion qu'il n'aurait pas été nécessaire de débiter un traitement préventif.

[200] Bien qu'il soit possible qu'une infirmière contracte la tuberculose au travail, le docteur Sorge ne croit pas cela probable. Il est conscient, que, dans un centre hospitalier, le risque est plus élevé que dans la population en général, mais il considère que le risque n'atteint pas un niveau pouvant être considéré comme un « danger ». Non seulement il y a très peu de cas mais, de plus, puisque le moyen de transmission habituel de la bactérie est la toux, pour contracter la maladie la travailleuse doit être en présence d'une personne qui tousse, à une distance rapprochée, pendant plusieurs heures, ce qui n'a à peu près aucune chance de se produire.

*Docteur Lalonde*

[201] Le docteur Lalonde explique que la bactérie de la tuberculose se transmet par aérosol. Cette bactérie est considérée hautement contagieuse. Elle peut être transmise si le malade souffre d'une tuberculose pulmonaire, qui représente, selon lui, la forme de tuberculose la plus fréquente (environ 80 % des cas).

[202] La transmission de cette bactérie s'effectue lorsque le patient parle ou tousse. Il émet alors de fines sécrétions ( $\pm 5$  microns) qui s'assèchent dans l'air ambiant, deviennent très légères et restent suspendues dans l'air pendant environ une heure. Elles se propagent avec les mouvements et la vitesse de l'air. Si ces sécrétions sont inspirées, la bactérie peut être transmise et l'infection se produire. Il précise, toutefois, que la bactérie perd sa contagiosité dès qu'elle se pose sur une surface.

[203] Il considère possible d'attraper la tuberculose en travaillant au triage ou à la section ambulatoire, notamment, parce qu'il est difficile de se protéger si l'évaluation complète d'un patient n'est pas terminée et parce que le malade ne présente pas toujours les symptômes caractéristiques de la tuberculose. Ce n'est qu'à posteriori que le diagnostic est posé. Il raconte que deux à trois fois par année, depuis 1980, il est consulté à l'hôpital Royal Victoria pour des expositions possibles et inattendues au bacille de la tuberculose.

[204] En ce qui concerne la section des lits 1 à 7, il est d'avis que le risque de contracter la tuberculose est également présent. Toutes les maladies transmissibles par aérosol peuvent se propager dans l'air et si une personne vulnérable partage le même volume d'air, cette personne pourrait devenir contaminée par le microbe. La section des lits 1 à 7 est une aire ouverte, les lits étant séparés par des rideaux, ainsi toutes les personnes dans cette section partagent le même volume d'air et il est alors possible de contracter la maladie. En effet, c'est seulement après 14 jours de traitement anti-tuberculeux, que le patient n'est plus contagieux. Durant cette période, le patient doit être gardé en isolement respiratoire et les tests de laboratoire sont répétés jusqu'à ce qu'ils redeviennent négatifs.

[205] Poursuivant son témoignage, le docteur Lalonde précise qu'à la suite d'un contact accidentel, un test de dépistage au PPD est fait immédiatement. Il est répété 8 semaines plus tard, si le premier test est négatif. Si le deuxième test devient positif, cela signe une transmission récente avec possibilité de devenir symptomatique. Dans certains cas, la maladie demeure latente et le patient ne présente aucun symptôme. Le risque de devenir symptomatique varie selon l'immunité de l'individu. De plus, à l'intérieur des deux premières années de la transmission, la probabilité de devenir symptomatique est plus élevée. Si la maladie est latente, un traitement avec l'Isoniazide pendant 9 mois est recommandé.

[206] Si la personne est malade, plusieurs médicaments doivent être utilisés simultanément : Isoniazide, Rifampine, Éthambutol, Pyrizinamide; et si la bactérie s'avère résistante à ces médicaments, on utilise la Streptomycine, la Cyclosérine, le P.A.S. et l'Amikacine. Il précise qu'actuellement à Montréal, 10 à 15 % des bactéries de la tuberculose sont résistantes aux traitements de première ligne.

[207] Le risque pour la femme enceinte en est un relié à la médication qui, entre autres, pourrait causer des malformations congénitales. Le docteur Lalonde ne peut confirmer que les médicaments pour traiter la tuberculose ne présentent pas de risques pour le fœtus puisqu'ils n'ont pas été étudiés dans un contexte de « femmes enceintes ». Toutefois, l'expérience semble confirmer que l'Isoniazide ne serait pas tératogène. Quant à lui, il traiterait à l'Isoniazide une femme enceinte de moins de 35 ans, compte tenu des connaissances actuelles des effets de ce médicament sur le fœtus. Après 35 ans, ce sont les risques toxiques pour la mère qui augmentent.

[208] Il se réfère, ensuite, à une étude du docteur Richard Menzies, pneumologue, qui montre un taux de PPD positif beaucoup plus élevé chez les professionnels de la santé que dans la population en général et ce, même après avoir tenu compte des biais. Cette étude n'a pas été déposée en preuve mais, selon le médecin, on doit en conclure qu'être un professionnel de la santé constitue un facteur de risque de tuberculose. Dans les recommandations provenant de la *Direction générale de la santé publique du Québec*, il est pourtant précisé que, selon une étude du docteur Menzies (on ne sait pas s'il s'agit de la même étude), les personnes qui travaillent dans une institution où il y a 6 cas ou plus de tuberculose par année, sont celles qui courent un plus grand risque de conversion du PPD (personnes qui ont été infectées par la bactérie de la tuberculose) en regard de la population en général.

[209] Cela étant dit, le tribunal constate qu'au Centre hospitalier de St. Mary, il y a eu bien moins de 6 cas par année dans les 3 dernières années. Le risque de contamination par le bacille de la tuberculose pour mesdames Iracani et Séguin n'est donc pas plus grand que pour la population en général.

[210] Qui plus est, en réalité, il n'y a eu aucun cas, au Centre hospitalier de St. Mary, de conversion du PPD, de négatif à positif, entre 2003 et 2006. Madame Haddad,

madame Kerr et docteur Sorge confirment qu'il n'y a eu qu'une seule personne qui a été traitée avec des médicaments antituberculeux, et ce, sans que la maladie n'ait été confirmée.

[211] Par ailleurs, la Commission des lésions professionnelles peut concevoir, comme le soulève le docteur Lalonde, qu'il puisse y avoir un risque à l'urgence de venir en contact avec le bacille de la tuberculose puisque le diagnostic n'est pas toujours posé immédiatement. Toutefois, si le patient ne présente pas les symptômes évidents de la maladie, il faut en conclure qu'il est moins contagieux. Les deux médecins, le docteur Sorge et le docteur Lalonde, ont bien précisé que le mode de transmission habituel de cette bactérie est par l'émission de fines sécrétions dans l'air ambiant. Il faut donc que le patient atteint parle ou tousse et que l'autre personne inspire des sécrétions pour contracter la maladie. Or, si le patient ne tousse pas, il y a moins de sécrétions dans l'air et les probabilités de transmission de la maladie sont moins grandes.

[212] Qui plus est, la notion de distance a aussi une importance, comme l'ont souligné les deux médecins qui ont témoigné, et comme il est précisé dans le document de la *Direction de la santé publique du Québec*.

[213] Le docteur Sorge a parlé de la notion de « un mètre - une heure ». En effet, la preuve démontre que les sécrétions émises par le malade s'assèchent et restent suspendues dans l'air pendant environ une heure. Le docteur Sorge est aussi d'avis que le risque se situe à une distance de  $\leq 1$  mètre. Toutefois, le docteur Lalonde est d'avis que la distance à risque est beaucoup plus grande que 1 à 2 mètres et que ce risque est linéaire.

[214] Quoiqu'il en soit, à la salle de triage, le patient n'y reste qu'entre 3 à 5 minutes, selon le témoignage de madame Kerr. Mesdames Iracani et Séguin n'ont pas contredit ce témoignage. Dans ces circonstances, le tribunal conclut que les probabilités que la travailleuse inspire ces fines sécrétions dans les quelques minutes où elle est dans la même salle que le patient sont très, très petites et ce, même si elle ne porte pas de masque, selon le docteur Sorge.

[215] À la section ambulatoire, le risque est encore moindre puisqu'un patient, qui est soupçonné porteur d'une maladie infectieuse, est amené directement à la salle d'isolement. La Commission des lésions professionnelles conclut donc, comme le docteur Sorge, que le risque est « presque zéro » à la section ambulatoire.

[216] Une fois que le patient est rendu à la section des lits 1 à 7, il devrait normalement se trouver dans la salle d'isolement s'il souffre d'une maladie contagieuse. Le docteur Lalonde est d'avis, comme le docteur Sorge, que l'importance du risque infectieux relié au travail de l'infirmière à la salle d'isolement est négligeable, si les mesures de protection sont utilisées selon les règles.

*Mesures de protection*

[217] Examinons maintenant les mesures de protection utilisées au Centre hospitalier de St. Mary pour évaluer leur efficacité à réduire ou éliminer les risques.

[218] Selon les recommandations de la *Direction de la santé publique du Québec*, « l'isolement respiratoire constitue la mesure environnementale la plus efficace pour réduire le risque de transmission de la tuberculose ». Un masque pour le patient est recommandé pour protéger l'entourage si le patient n'est pas dans une chambre d'isolement à pression négative ou s'il doit sortir de sa chambre. Puisque le diamètre des gouttelettes des aérosols générées par le patient est grand, un masque chirurgical standard est adéquat.

[219] Une protection respiratoire pour les travailleurs potentiellement exposés à des aérosols tuberculeux est également indiquée. Certes, il ne s'agit que d'une mesure complémentaire, mais elle permet de réduire davantage le risque pour qu'il atteigne un niveau qui, de l'avis du docteur Sorge, est « négligeable » ou « presque nul ».

[220] La *Direction de la santé publique du Québec* recommande l'utilisation d'un masque capable de filtrer les fines particules de  $\geq 1$  micron avec une efficacité de  $\geq 95$  % (masque N-95). Il est précisé que le masque doit être adapté à la configuration faciale et avoir un indice de fuite de  $\leq 10$  %. Le masque N-95 correspond au critère de l'efficacité du filtre mais, en plus, le masque doit offrir un ajustement acceptable à la configuration faciale du travailleur. Enfin, les travailleuses doivent recevoir la formation nécessaire pour utiliser convenablement ce masque.

[221] Le docteur Lalonde est d'avis que l'utilisation d'un masque N-95 et l'isolement respiratoire dans une chambre à pression négative sont des moyens efficaces de se protéger mais ils ne fonctionnent pas à 100 %, même si on les utilise systématiquement. Il précise que les moyens de protection universels sont très efficaces mais ils ont leurs limites. Il donne l'exemple où, durant la crise du SRAS, il y a eu infection transmise malgré l'utilisation du masque N-95.

[222] Le docteur Lalonde estime que le « masque de procédure » peut être utile pour protéger un patient mais non pour un travailleur de la santé puisqu'il ne se moule pas au visage. Ce type de masque a très peu d'efficacité contre la tuberculose. Toutefois, le masque N-95 offre, en théorie, une bonne protection. Il doit être sec, porté de façon adéquate et la formation à sa bonne utilisation doit être récente.

[223] En l'espèce, la preuve révèle que trois modèles de masques sont disponibles au Centre hospitalier de St. Mary; les masques de procédure, les masques chirurgicaux et les masques N-95. Les masques N-95 sont utilisés depuis la crise du SRAS, en 2003, et ont remplacé l'ancien modèle PCM 2000.

[224] Les masques de procédure sont offerts aux patients chez qui on craint la présence d'une maladie transmissible par gouttelettes. Pendant la crise du SRAS, les masques chirurgicaux étaient offerts aux patients suspects et aux membres de leurs familles. Les masques N-95 sont plus efficaces. Or, puisque des tests d'étanchéité doivent être faits régulièrement pour que le masque soit adapté à la configuration faciale et puisqu'une formation doit être donnée aux utilisateurs, les masques N-95 sont utilisés seulement par les employés.

[225] Selon madame Haddad, les tests d'étanchéité sont effectués depuis 2003 pour déterminer la grandeur du masque requis pour chaque infirmière. De plus, une formation d'une durée d'environ 15 minutes a été donnée pendant la crise du SRAS pour montrer aux employés comment porter un masque N-95.

[226] Madame Iracani ne semble pas connaître les masques N-95, toutefois elle a quitté le travail en 2003, au début de la crise du SRAS et n'est pas retournée depuis. Elle précise que si un patient tousse, elle lui offre un masque et elle peut en porter un aussi, dans certains cas. Cependant, elle n'a jamais été soumise à un test d'étanchéité pour le masque N-95.

[227] Madame Séguin déclare connaître la bonne grandeur du masque N-95 pour elle. Elle précise également que les masques sont disponibles et facilement accessibles partout à l'urgence. D'ailleurs, elle porte le masque N-95 pour entrer dans la salle d'isolement.

[228] La Commission des lésions professionnelles conclut que l'employeur a mis en place les mesures de prévention recommandées par les autorités publiques pour prévenir la transmission de la tuberculose. Les masques N-95 sont disponibles et la formation a été donnée aux travailleurs de la santé. Les patients et les visiteurs sont informés en rentrant à l'hôpital, par des affiches, qu'ils doivent porter un masque s'ils toussent, et les masques sont à portée de main. De plus, l'agent de sécurité, directement assis en face de la salle de triage, intercepte et offre un masque à tout patient qui entre à l'urgence en toussant.

[229] Qui plus est, la preuve révèle que, depuis la crise du SRAS au printemps 2003, des mesures de protection additionnelles ont été prises par le Centre hospitalier de St. Mary pour prévenir la transmission de maladies infectieuses. Le préposé à l'enregistrement doit remplir un formulaire intitulé « pre-triage Screening Tool ». La partie A du formulaire concerne le SRAS et n'est plus remplie. La partie B est encore remplie par le préposé à l'enregistrement. Il doit demander au patient s'il tousse, a de la difficulté à respirer et s'il a fait de la fièvre dans les 24 dernières heures. S'il répond par l'affirmative, le préposé doit mettre un masque N-95, se laver les mains et porter des gants. Ensuite, il doit aviser l'infirmière au triage et demander au patient de mettre un masque et de se laver les mains. Le patient est amené à la salle de triage

immédiatement, ou, si l'infirmière n'est pas disponible, il doit attendre dans une salle fermée.

[230] L'infirmière à la salle de triage reçoit le dossier et peut, avant de recevoir le patient, mettre un masque N-95 et des gants. Il arrive que l'infirmière commence le triage avant que la préposée à l'admission ait ouvert un dossier mais ce scénario demeure l'exception. De façon générale, le patient doit passer devant le gardien de sécurité et ensuite rencontrer le préposé à l'enregistrement avant d'être reçu à la salle de triage.

[231] La preuve révèle également que les préposés à l'enregistrement qui travaillent à l'urgence reçoivent une formation plus complète et plus longue que les autres préposés affectés aux autres services. Madame Kerr précise qu'ils suivent une formation d'une durée de 4 semaines alors que les autres préposés reçoivent une formation d'une semaine.

#### *Conclusion sur la tuberculose*

[232] Le tribunal conclut, selon la preuve présentée, que le risque pour les travailleuses, de venir en contact avec le bacille de la tuberculose, est négligeable, aux trois postes de travail concernés.

[233] En effet, selon les critères des organismes américains, canadien et québécois de santé publique, le risque pour les travailleurs de la santé du Centre hospitalier de St. Mary, de contracter la tuberculose, est faible (< de 6 cas par année). Les données statistiques permettent également de constater que ce faible risque ne s'est pas concrétisé entre 2003 et 2006. Aucun travailleur de la santé n'a contracté la maladie. Un seul travailleur aurait été en contact avec un patient infecté mais l'investigation n'a pas confirmé la transmission de l'infection.

[234] De plus, la preuve démontre que les moyens de protection qui sont utilisés au Centre hospitalier de St. Mary sont efficaces, répondent aux exigences imposées par les autorités publiques et permettent de réduire, de façon efficace, le risque de transmission de la maladie.

[235] La Commission des lésions professionnelles conclut, en conséquence, que le risque de contracter la tuberculose à la salle de triage, à la section ambulatoire et à la section des lits 1 à 7, est négligeable. Ce risque ne constitue pas un danger pour les travailleuses enceintes car les probabilités qu'il se concrétise sont « presque nulles ».

*Autres risques biologiques, non identifiés aux certificats ni dans les rapports de consultation médico-environnementaux :*

[236] La Commission des lésions professionnelles tient à souligner que le docteur Lalonde a déclaré, à l'audience, que le risque infectieux qu'il craint le plus, pour les femmes enceintes, est le risque d'influenza. Les complications possibles de l'influenza, notamment la pneumonie, représentent un risque important chez la femme enceinte puisqu'elle peut entraîner des séquelles chez l'enfant à naître, par hypoxie. Les moyens de chimio-prophylaxie post-exposition sont d'une part, inefficaces et, d'autre part, possiblement toxiques pour l'enfant à naître.

[237] Or, ce risque n'a pas été identifié aux *certificats*. De plus, le médecin responsable de la santé publique n'a pas identifié ce risque lors de l'étude du poste de travail de mesdames Iracani et Séguin. Enfin, les travailleuses ne l'ont pas allégué. Dans ces circonstances, le tribunal n'évaluera pas ce risque.

[238] La Commission des lésions professionnelles n'évaluera pas non plus, pour les mêmes motifs, le risque relié à l'exposition au méningocoque. Le docteur Lalonde semble accorder une importance à ce risque, puisqu'il attire notre attention sur celui-ci, alors qu'il n'avait pas été identifié ni par les médecins des travailleuses ni par le médecin désigné par la *Direction de la santé publique*. Pourtant, quand le tribunal lui a demandé de quantifier le risque, il a répondu qu'il est de l'ordre de 1 sur 70 000.

#### 4. AGRESSEURS PHYSIQUES

##### 4.5 *Radiations ionisantes*

[239] Selon les *certificats* émis par les médecins des travailleuses, la réaffectation immédiate est recommandée en raison des radiations ionisantes. Il en est de même des rapports de consultation médico-environnementaux.

[240] Ces rapports font état d'un danger relié à l'exposition aux rayons X. Durant la grossesse, la limite d'exposition ne devrait pas dépasser 2mSv (millisievert); dès que l'exposition atteint 1mSv, la travailleuse devrait être réaffectée. La meilleure méthode d'évaluation du risque d'exposition de la travailleuse enceinte est l'analyse trimestrielle et/ou mensuelle de la dosimétrie personnelle.

[241] Le rapport visant madame Iracani ajoute que la travailleuse ne devrait pas être présente lors de fluoroscopie et de l'utilisation d'appareils à rayon X mobiles. Quant au *certificat* visant madame Séguin, il indique que « dans le cas des appareils mobiles, une distance de 3 mètres (environ 10 pieds) du patient radiographié est généralement considérée adéquate quand l'exposition au rayonnement primaire est prévenue ». De

plus, elle ne devrait pas avoir à s'occuper de patients recevant des doses diagnostiques de produits radio-actifs.

[242] La Commission des lésions professionnelles constate que l'employeur n'a pas fait entendre monsieur Gauvin sur les dangers de l'exposition aux rayons X, bien que celui-ci soit spécialisé en radioprotection. Par ailleurs, bien que monsieur Gauvin conclue dans son analyse qu'il n'y a pas d'exposition sous forme de rayonnement aux postes en réaffectation, il n'a ni observé ni analysé ce point.

[243] L'employeur a plutôt fait entendre le docteur Sorge, médecin responsable de l'urgence. Quant aux travailleuses, elles n'ont pas fait entendre de témoin expert et n'ont pas présenté d'arguments.

[244] Il ressort du témoignage du docteur Sorge et de celui de madame Iracani que, dans les postes visés par la réaffectation des travailleuses enceintes, l'appareil mobile de rayons X n'est utilisé que dans la section des lits 1 à 7. L'appareil mobile de rayons X n'est pas utilisé au triage ni à la section ambulatoire.

[245] Il ressort également du témoignage du docteur Sorge qu'à l'urgence du Centre hospitalier de St. Mary, parmi les patients qui ont besoin d'un examen radiologique, la plupart sont dirigés à la salle de rayons X. Selon le docteur Sorge, on essaie d'utiliser le moins possible l'appareil mobile de rayons X parce que la qualité de la radiographie est moindre. Pour les patients qui ne peuvent quitter le département de l'urgence en raison de l'instabilité de leur état, soit 3 à 6 patients par 24 heures pour l'ensemble de l'urgence, on utilise l'appareil à rayons X mobile.

[246] Personne à l'urgence n'arbore un dosimètre pour évaluer, périodiquement, la quantité de son exposition aux radiations.

[247] Les appareils mobiles de rayons X subissent une inspection régulièrement.

[248] Lorsque l'appareil mobile est utilisé, il y a un avertissement (on crie « Rx salle 4 », par exemple), et les travailleurs à proximité s'éloignent de 3 mètres selon le docteur Sorge qui précise qu'il s'agit de la distance sécuritaire, bien que certains auteurs parlent de 6 ou 8 pieds.

[249] Madame Séguin, pour sa part, déclare que la distance sécuritaire est de « 10 mètres ». Lorsqu'elle est enceinte, elle s'éloigne le plus loin possible de l'appareil bien qu'à une occasion des gens ont utilisé l'appareil mobile dans la salle B où elle entrait.

[250] Quant à madame Iracani, qui ne connaît pas la distance sécuritaire à respecter, elle affirme qu'elle a pu, à une occasion, aider une autre infirmière à poser la plaque

pour faire un examen radiologique, mais qu'elle s'est éloignée par la suite. Elle ajoute que l'utilisation de l'appareil mobile n'est pas fréquente. Pendant sa réaffectation, elle n'a pas participé à l'utilisation de l'appareil mobile.

[251] Le docteur Sorge est d'opinion que, même aux lits 1 à 7, il n'y a pas de risque pour le fœtus, en raison du faible taux d'examens radiologiques effectués avec l'appareil mobile.

[252] S'appuyant sur la preuve déposée devant elle, la Commission des lésions professionnelles conclut qu'il n'y a pas de danger relié à l'exposition aux rayons X au triage et à la section ambulatoire car l'appareil mobile n'y est pas utilisé.

[253] Il n'y a pas non plus de danger à la section des lits 1 à 7 en raison du nombre peu élevé d'examens radiologiques effectués par l'appareil mobile, du bon état de cet appareil et des mesures de protection utilisées.

[254] En effet, au Centre hospitalier de St. Mary, il n'y a que 3 à 6 patients dans l'ensemble de l'urgence qui subissent un examen radiologique avec l'appareil mobile en 24 heures. L'appareil mobile est inspecté régulièrement et les travailleuses s'éloignent de l'appareil d'au moins 3 mètres lorsqu'il est utilisé.

[255] Enfin, l'information au *certificat* n'indique pas que l'exposition doit être complètement absente mais indique que l'exposition ne doit pas se rendre à 2 mSv.

[256] En dernier lieu, il n'y a aucune preuve que les travailleuses s'occupent de patients qui recevraient des doses diagnostiques de produits radioactifs.

## 5. RISQUES À LA SÉCURITÉ

### 5.1 Chutes

[257] Selon le *certificat* émis par le médecin de madame Séguin, la réaffectation est recommandée à 24 semaines en raison d'un danger de chute.

[258] Le rapport de consultation médico-environnemental visant madame Séguin indique que, s'il y a des risques de chute sur des surfaces glissantes ou encombrées, la réaffectation est recommandée à la 24<sup>e</sup> semaine de grossesse.

[259] Dans les présents dossiers, il n'y a aucune preuve que les surfaces des planchers aient été glissantes ou encombrantes. Il n'y a aucune preuve que des infirmières seraient tombées ou auraient risqué de tomber en raison de surfaces

glissantes ou encombrantes. Le docteur Sorge et madame Kerr n'ont vu aucun patient ou travailleur tomber en raison d'une surface glissante ou encombrante.

[260] Il n'y a donc pas de danger de chute.

## 5.2 *Agression*

[261] Selon les *certificats* émis par les médecins des travailleuses, la réaffectation est recommandée à compter de la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse, en raison du risque d'agression. Il en est de même, selon les rapports de consultation médico-environnementaux dans lesquels le risque d'agression est ainsi décrit :

La réaffectation de la travailleuse devrait être effectuée vers la 12<sup>e</sup> semaine de grossesse s'il y a risque de coup important à l'abdomen.

Il faut noter que la gravité des issues défavorables est en relation avec la gravité du traumatisme de la mère ou avec l'importance du choc lors de l'accident.  
[notre soulignement]

[262] À l'audience, le docteur Sorge explique que, dans la littérature médicale, la grande majorité des traumatismes dommageables pour le fœtus est attribuable à un coup important à l'abdomen, subi lors d'un accident de voiture, d'une chute importante ou lors de violence conjugale. Selon le docteur Sorge, un coup important à l'abdomen peut également venir d'un coup de poing ou d'un coup de pied asséné avec une force significative.

[263] Les travailleuses soutiennent que les postes où elles ont été réaffectées, soit au triage, à la section ambulatoire et comme formatrice à la section des lits 1 à 7, comportent des dangers ou des risques d'agression en raison de la violence physique et verbale de certains patients ou des personnes qui les accompagnent.

[264] Au triage et à la salle d'attente qui lui est contiguë, certaines personnes deviennent impatientes et agressives en raison de la longue attente qu'elles doivent subir avant d'être traitées. Certains patients ou leurs accompagnateurs tentent d'avoir accès à l'infirmière au triage et, parfois, entrent directement dans la salle de triage pour se plaindre de la longue attente, pour savoir à quel moment ils seront appelés ou pour savoir si un autre patient a bénéficié d'un passe-droit en étant vu avant eux. Les personnes peuvent être inquiètes en raison de leur condition médicale ou pour d'autres raisons, par exemple parce qu'elles ont laissé leurs enfants seuls à la maison. Des patients, dont certains sont en état d'ébriété ou souffrent d'une condition psychiatrique, se mettent en colère, se mettent à crier, à vociférer, à insulter ou à menacer l'infirmière.

[265] Selon madame Séguin, une telle situation dans la salle d'attente se produit environ une fois par jour. Elle peut avoir un effet d'entraînement sur les autres personnes dans la salle d'attente.

[266] Madame Séguin décrit deux événements survenus au triage en 2005. Un patient très en colère est entré plusieurs fois dans la salle de triage où elle travaillait pour faire accélérer son examen, car il était inquiet de perdre un œil. Il menaçait de lui faire perdre son emploi. L'agent de sécurité n'est pas intervenu. Le médecin est venu voir le patient et lui a dit que son œil n'était pas en danger et le patient a quitté l'hôpital sans attendre davantage. Lors d'un incident impliquant une autre infirmière, durant le quart de travail du soir, l'époux d'une patiente a fait irruption dans la salle de triage et a eu une altercation verbale très agressive avec l'infirmière sans que le gardien de sécurité n'intervienne. Cet incident a fait l'objet d'une communication de la part de la direction à toutes les infirmières, les incitant à rapporter les cas où les gardiens de sécurité de la fin de semaine ou le quart du soir omettaient d'intervenir.

[267] Madame Iracani souligne qu'au poste de triage, il s'agit essentiellement de violence verbale (« probably, the most is being yelled at by patients »). Elle n'a jamais été bousculée ni frappée au poste de triage. Par ailleurs, elle rapporte qu'un homme s'est présenté dans la salle d'attente avec un couteau avec lequel il voulait tuer son chien.

[268] À la section ambulatoire et au poste de formatrice à la section des lits 1 à 7, les travailleuses allèguent la présence de violence physique. Il y a des patients qui donnent des coups; il s'agit de patients confus, de personnes âgées qui souffrent de démence sénile ou de la maladie d'Alzheimer, de patients atteints de sclérose en plaques ou de paralysie cérébrale qui peuvent avoir des réactions spasmodiques, etc.

[269] Les travailleuses font également état de l'agressivité et de la violence de certains patients psychiatriques.

[270] Les infirmières circulent d'une section à l'autre; elles peuvent aller chercher un patient dans la salle d'attente pour l'amener à une autre section, notamment, amener un patient psychiatrique à l'infirmière en psychiatrie. Il y a beaucoup de travail; le travail se fait vite et avec un certain stress.

[271] En ce qui concerne les coups à l'abdomen, madame Séguin, qui a travaillé comme infirmière dans toutes les sections de l'urgence de 1997 à 2005, déclare qu'elle n'a jamais reçu de coup à l'abdomen. Madame Iracani, qui a également travaillé dans toutes les sections de l'urgence de 2001 à 2003, déclare avoir reçu un coup de pied à l'abdomen, de la part d'une dame âgée, aux lits 1 à 7; toutefois, elle ne s'est pas arrêtée de travailler mais a continué à insérer la sonde urinaire qu'elle installait; elle n'a pas rempli de rapport d'incident.

[272] Les travailleuses ne rapportent pas de cas où d'autres infirmières à l'urgence, enceintes ou non, auraient reçu un coup à l'abdomen.

[273] D'autre part, les travailleuses font état d'agressions décrites ci-après, qu'elles ont subies à l'urgence depuis qu'elles y travaillent, dans toutes les sections de l'urgence et non seulement lors de leur réaffectation en raison de leur grossesse.

[274] Madame Séguin rapporte les agressions suivantes qu'elle a subies de 1997 à 2005 :

- un homme lui a lancé son café, en 1998;
- à la section 1 à 7, elle a été frappée violemment à la poitrine par une patiente âgée qui était alitée et qui voulait porter son chandail malgré que cela gênait l'utilisation du moniteur cardiaque;
- elle a reçu un coup de pied à l'épaule de la part d'un patient alité qui était en état d'ébriété;
- une dame âgée qui était alitée l'a mordue alors qu'elle voulait la mettre sous contention;
- un homme en état d'ébriété l'a empoignée;
- un homme en état d'ébriété l'a frappée (sans plus de détails);
- alors qu'elle empruntait la porte pour entrer au travail, un homme a commencé à la frapper; elle a eu mal à l'avant-bras et au bras gauche ainsi qu'à l'épaule gauche;
- en 2005, une patiente qui souffrait de migraine l'a menacée, a agité les mains devant son visage;
- elle affirme avoir lancé une dizaine d'appels à l'aide, appelés *codes blancs*, durant 8 ou 9 ans, sans toutefois dire dans quelles circonstances.

[275] Madame Séguin déclare que de tels événements surviennent cinq fois ou plus durant une année.

[276] Pour sa part, bien que madame Iracani invoque qu'elle a subi des agressions physiques régulièrement de 2001 à 2003, elle ne se souvient que des événements suivants qui sont survenus aux lits 1 à 7, précisant qu'elle n'a pas été bousculée ni frappée à la section ambulatoire :

- elle a été tapée au visage par une dame âgée qui était confuse;
- elle a reçu des coups de pied d'un patient qu'elle mettait sous contention;
- des patients ont craché sur elle, lui ont donné des coups de coude (sans précision quant aux circonstances);
- elle déclare avoir lancé de 1 à 10 appels « *codes blancs* » de 2001 à 2003 (mais aucun pendant qu'elle était réaffectée), (sans précision quant aux circonstances).

[277] Les travailleuses décrivent des agressions, dont elles ont eu connaissance, qui impliquent d'autres infirmières à l'urgence. En 2001, une infirmière assignée aux chambres 8 à 13, qui tentait d'aider l'infirmière en psychiatrie, a été projetée sur un mur par un patient psychiatrique; elle a été blessée au bras et au front<sup>32</sup>. En avril ou mai 2003, une infirmière (dans une section de l'urgence que madame Iracani ne peut identifier) a été mordue par un patient psychiatrique et un appel à l'aide (*code blanc*) a été lancé.

[278] Par ailleurs, la preuve révèle que les patients psychiatriques constituent 4 % de la clientèle de l'urgence. Certains d'entre eux sont agressifs ou violents. Il y a quatre patients psychiatriques à l'urgence par 24 heures. Parmi eux, deux arrivent en ambulance et sont dirigés directement à l'infirmière en psychiatrie. Les deux autres se présentent de façon ambulatoire au triage de l'urgence. Ces patients doivent être évalués au plan physique par un médecin avant d'être référés à l'infirmière en psychiatrie.

[279] En ce qui concerne les deux patients par jour qui arrivent de façon ambulatoire, si le préposé à l'enregistrement voit au dossier hospitalier du patient qu'il a des antécédents psychiatriques, il téléphonera à l'infirmière en psychiatrie pour qu'elle effectue elle-même le triage plutôt que l'infirmière en réaffectation. Si le patient, qui a des antécédents psychiatriques à son dossier hospitalier, consulte pour une maladie physique, le préposé à l'enregistrement en avise l'infirmière en réaffectation et, le cas échéant, le triage pourra être fait par l'infirmière de la section ambulatoire. Or, si un patient, qui a une condition psychiatrique non documentée dans son dossier hospitalier, consulte pour une maladie physique, c'est l'infirmière en réaffectation qui fera le triage.

[280] Lorsqu'ils quittent la salle d'attente, les patients psychiatriques sont placés dans la chambre 14 ou la chambre 15. S'il y a plus de deux patients, ils peuvent être placés dans la pièce G 362 ou sur les civières dans le passage en face des chambres 14 et 15. Les travailleuses se plaignent que ces patients psychiatriques circulent librement dans l'urgence pour aller téléphoner ou aller fumer. Pour sa part, le docteur Sorge

---

<sup>32</sup> Ce cas a fait l'objet d'une admission (par. [17]).

déclare que les patients avec un potentiel de violence ne circulent pas dans l'urgence. Ils sont soit avec un accompagnateur, soit attachés à leur lit ou soit surveillés par l'infirmière en psychiatrie qui travaille au poste des infirmières en face des chambres 14 et 15.

[281] L'employeur met en preuve qu'il a mis sur pied des mesures pour assurer la sécurité de l'ensemble du personnel soignant de l'urgence :

- le personnel ne doit pas s'impliquer lorsque les patients deviennent agressifs; ils doivent quitter la pièce et aller là où il y a des gens;
- dans la salle de triage, il y a, derrière le pupitre de l'infirmière, une deuxième porte qui demeure ouverte et qui donne sur la section ambulatoire; si le patient devient agressif ou violent dans la salle de triage, l'infirmière doit sortir par cette porte. Madame Séguin a mis cette consigne en pratique au moins 10 fois depuis 1997, sortant pour quelques minutes pour permettre au patient de se calmer, pour revenir auprès de lui par la suite;
- il y a un gardien de sécurité à l'urgence qui fait des rondes aux quinze minutes; au départ, il avait un bureau attenant à la salle d'attente; par la suite, il était assis sur un tabouret dans la salle d'attente; enfin, depuis le printemps 2003, il est assis à un pupitre avec vue directe sur la porte vitrée de la salle de triage; il doit intercepter les patients ou leurs accompagnateurs qui tentent d'avoir accès à l'infirmière au triage sans avoir été appelés; le gardien de sécurité s'occupe aussi des visiteurs agressifs ou violents (les visiteurs ne peuvent pas faire l'objet d'un *code blanc*);
- il y a un gardien de sécurité supplémentaire lorsque, à chaque 12 semaines, l'hôpital reçoit les patients psychiatriques sans domicile fixe;
- il y a des « boutons panique » à plusieurs endroits à l'urgence, dont l'un est situé au pupitre de l'infirmière à la salle de triage;
- un système d'appel à l'aide, appelé *code blanc*, est en place pour avertir une équipe de gardiens de sécurité et de préposés aux bénéficiaires qui se déplace en 10 ou 20 secondes après l'appel et intervient auprès d'un patient agressif ou violent, pour le calmer ou, si le médecin le requiert, le mettre sous contrainte physique ou chimique;
- des accompagnateurs (« sitters ») sont présents dans les chambres 14 et 15 lorsque les patients psychiatriques ont un potentiel de violence; s'il y a un changement dans l'état du patient ou s'il tente de se sauver, l'accompagnateur avertit une infirmière ou un autre membre de l'équipe d'urgence.

[282] L'employeur a également adopté des consignes qui s'appliquent uniquement à l'infirmière en réaffectation :

- elle ne remplace pas l'infirmière psychiatrique pendant les pauses de celle-ci;
- elle ne fait pas le triage des patients avec une condition psychiatrique connue;
- elle doit s'éloigner lorsqu'un *code blanc* est lancé;
- elle ne doit pas être présente lorsqu'un patient est mis sous contrainte.

[283] En ce qui concerne les appels *codes blancs*, la preuve révèle que 90 % des *codes blancs* de l'hôpital proviennent de l'urgence, dont 75 % de la section psychiatrique (chambres 14 et 15 et les civières voisines). Pour les quatre années qui s'échelonnent de 2002 à 2005, le nombre de *codes blancs* à l'urgence se détaille ainsi, selon les différentes sections :

En 4 ans :

triage :	1
section ambulatoire :	4
lits 1 à 7 :	6
Salle d'attente :	9
lits 9 à 13 :	4
lits 14 et 15 :	217
lits A-B :	7

[284] Tout membre du personnel de l'urgence peut appeler un *code blanc*. Cela peut se faire lorsqu'un patient est très agressif, lorsqu'une personne âgée donne des coups, lorsqu'un patient refuse qu'on le mette sous contention ou veut quitter l'urgence sans autorisation. Il s'agit d'une solution de dernier recours, selon les travailleuses. L'équipe de *code blanc* est composée de 1 à 3 agents de sécurité et de 2 à 4 préposés aux bénéficiaires. Ils viennent de tous les secteurs de l'hôpital. Les infirmières ne participent pas à l'intervention bien que les travailleuses disent qu'elles étaient portées à le faire lorsqu'elles étaient à leur poste régulier d'infirmière. Il existe des situations d'agression ou de violence où on ne lance pas un *code blanc*.

[285] Après analyse, la Commission des lésions professionnelles conclut qu'il n'y a pas de danger de recevoir un coup important à l'abdomen aux postes en réaffectation au triage, à la section ambulatoire et comme formatrice à la section des lits 1 à 7. En effet, les probabilités qu'une telle agression se produise sont négligeables.

[286] En premier lieu, la Commission des lésions professionnelles retient, qu'au triage, il n'y a pas de danger de recevoir de coup important à l'abdomen ou d'agression. Selon

l'ensemble de la preuve, la violence au poste de triage et dans la salle d'attente est verbale. C'est ce qui ressort du témoignage de madame Iracani et de celui de madame Séguin.

[287] En deuxième lieu, la Commission des lésions professionnelles conclut qu'à la section ambulatoire et au poste de formatrice à la section des lits 1 à 7, le risque de recevoir un coup important à l'abdomen est extrêmement faible.

[288] Madame Iracani et madame Séguin n'ont jamais reçu de *coup important* à l'abdomen à l'urgence, ni lorsqu'elles ont été réaffectées durant leur grossesse, ni durant toute la période où elles ont travaillé à l'urgence dans l'ensemble des sections. Il n'y a pas, non plus, de preuve que d'autres infirmières à l'urgence aient reçu un coup important à l'abdomen.

[289] Alors que madame Séguin n'a jamais reçu de coup à l'abdomen, important ou non, madame Iracani a reçu un coup à l'abdomen, aux lits 1 à 7, en insérant une sonde urinaire. Madame Iracani ne décrit pas l'intensité du coup et n'allègue pas qu'il s'agissait d'un coup important. La Commission des lésions professionnelles ne retient pas qu'il s'agissait d'un coup important, d'autant plus que madame Iracani n'a pas demandé d'aide, qu'elle a continué à insérer la sonde urinaire qu'elle était à installer et qu'elle n'a pas rempli de rapport d'incident. Enfin, ce n'est qu'à l'audience que madame Iracani mentionne cet incident pour la première fois. Elle n'en avait pas parlé dans sa contestation du 13 mai 2003 à la CSST; pourtant, elle y invoquait la présence d'agression dans ses postes en réaffectation, s'inquiétant après avoir lu sur Internet que les coups à l'abdomen pouvaient avoir des conséquences pour le fœtus.

[290] La Commission des lésions professionnelles retient le témoignage de madame Kerr selon lequel les infirmières de l'urgence, qu'elles soient enceintes ou non, ont peur de se faire frapper par un patient agressif; selon elle, cette peur est bien réelle mais elle ne se traduit pas, dans les faits, par des coups ni des coups importants à l'abdomen. Madame Kerr reconnaît qu'il puisse arriver, à l'occasion (« the odd time »), qu'un membre de l'urgence soit agressé par un patient, qu'il soit frappé au bras par un patient âgé ou qu'il reçoive un coup de pied lorsqu'il tourne dans son lit un patient qui ne veut pas coopérer. Or, selon elle, cela ne ressemble en rien à un coup important à l'abdomen.

[291] La Commission des lésions professionnelles retient également le témoignage du docteur Sorge, qui confirme celui de madame Kerr, selon lequel il n'y a pas de risque de coup important à l'abdomen au triage et, qu'à la section ambulatoire et au poste de formatrice à la section des lits 1 à 7, le risque de coup important à l'abdomen est extrêmement faible. Notamment, lorsqu'un patient présente un potentiel d'agression, il est placé dans la section psychiatrique, soit dans les chambres 14 et 15 et dans les civières autour du poste de l'infirmière en psychiatrie. Les patients de la chambre 14, de la chambre 15 ou sur les civières voisines ne se promènent pas librement. Ils sont, soit

surveillés par l'infirmière en psychiatrie, soit avec un accompagnateur, soit sous contention physique ou chimique.

[292] De plus, la Commission des lésions professionnelles retient de la preuve prépondérante, notamment des témoignages du docteur Sorge et de madame Kerr, qu'habituellement, l'agressivité des patients n'arrive pas soudainement ni par surprise, mais progressivement, ce qui permet au personnel de demeurer vigilant et de prévoir une escalade de violence, le cas échéant.

[293] Selon la Commission des lésions professionnelles, les agressions subies par madame Iracani et madame Séguin, bien qu'elles puissent être très désagréables, sont relativement mineures en termes d'importance du coup, lorsqu'on les compare à ce que le docteur Sorge rapporte comme type de traumatisme susceptible d'être dommageable pour le fœtus (accident de voiture, chute importante, violence conjugale).

[294] Aux lits 1 à 7, de 2001 à 2003, madame Iracani a été tapée au visage par une dame âgée confuse, elle a reçu des coups de coude et on a craché sur elle. Elle a reçu des coups de pied d'un patient qu'elle mettait sous contention, alors qu'elle exerçait son travail régulier d'infirmière; or, en réaffectation, elle ne doit pas participer à la mise en contention d'un patient. Elle déclare n'avoir jamais été bousculée ou frappée à la section ambulatoire.

[295] Quant à madame Séguin, un homme lui a lancé son café, une patiente l'a menacée en agitant les mains et elle a été empoignée par un patient; elle dit avoir été frappée par un patient en état d'ébriété, sans donner de détails de cet événement.

[296] Par ailleurs, lorsqu'une dame l'a mordue, elle la mettait sous contention, ce qu'elle n'a pas à faire en réaffectation. Lorsqu'elle a été frappée en entrant à l'urgence, elle n'était pas à son poste de travail.

[297] Reste deux incidents plus significatifs, qui s'échelonnent sur 8 ou 9 années et qui sont survenus dans l'ensemble des sections de l'urgence : l'incident où madame Séguin a reçu un coup de pied à l'épaule (bien qu'on ne puisse savoir à quel endroit de l'urgence cela est survenu et s'il s'agit d'un endroit visé par la réaffectation des travailleuses), et celui où elle a été frappée violemment à la poitrine (aux lits 1 à 7).

[298] Bien que les travailleuses affirment qu'il arrive souvent qu'elles soient frappées, elles se souviennent à peine de ces événements et ont peu d'exemples à donner, ce qui laisse croire que les coups qu'elles peuvent avoir reçus n'étaient pas significatifs.

[299] La Commission des lésions professionnelles ne retient pas les témoignages des travailleuses lorsqu'elles affirment avoir appelé des *codes blancs*, madame Iracani de une à 10 fois et madame Séguin, une dizaine de fois en 9 ans. Les deux travailleuses

ne peuvent dire dans quelles circonstances cela s'est produit, ce qui apparaît surprenant d'autant plus qu'elles déclarent toutes les deux que l'on appelle un *code blanc* en dernier ressort. Madame Séguin croit avoir « peut-être » appelé un *code blanc* lorsqu'un patient lui a lancé un café, mais elle ne peut le confirmer. Elle déclare, par ailleurs, qu'en 2005, alors qu'elle était en réaffectation, elle a fait un rapport d'incident concernant un patient agressif qui la harcelait, sans lancer un *code blanc*.

[300] De plus, non seulement l'employeur a pris plusieurs mesures de sécurité pour le personnel de l'urgence (gardien de sécurité, « boutons panique », *code blanc*, accompagnateurs pour patients potentiellement violents, issue rapide pour l'infirmière au triage), mais les travailleuses enceintes qui sont réaffectées ont également des consignes particulières (elles n'ont pas à faire le triage des patients avec condition psychiatrique lorsque celle-ci est connue, elles ne remplacent pas l'infirmière en psychiatrie lors de ses pauses, elles doivent s'éloigner lorsqu'un *code blanc* est lancé, et ne doivent pas être présentes lorsqu'un patient est mis sous contention).

[301] Il n'y a pas non plus de danger que les travailleuses reçoivent un coup important à l'abdomen en étant frappées par un objet. Selon les témoignages de madame Iracani et de madame Séguin, l'urgence est un endroit encombré et souvent surpeuplé. Il y a beaucoup de civières, avec parfois seulement deux pieds d'espace entre elles et la famille du patient tout autour, ce qui laisse peu d'espace pour passer. Plusieurs civières sont en mauvais état avec des freins qui ne fonctionnent pas bien et les civières glissent malgré que le frein soit actionné. Le personnel de l'urgence pousse des civières, des chaises roulantes et des appareils (rayons X mobile, ECG) qui peuvent surgir derrière les rideaux. Les gens sont pressés. Les portes peuvent s'ouvrir sans qu'on s'y attende. Madame Iracani affirme « I have often been backed into, walked into or elbowed due to such conditions ».

[302] Or, la Commission des lésions professionnelles retient qu'aucune de ces situations n'a causé qu'un membre du personnel reçoive un coup important à l'abdomen en étant frappé par un de ces objets.

[303] Enfin, comme le soutient la procureure de l'employeur, il est impossible d'éliminer tous les risques de coups importants à l'abdomen pour une femme enceinte, le médecin de madame Séguin ne lui ayant d'ailleurs pas recommandé d'éviter d'utiliser sa voiture pour se rendre au travail ou dans ses activités personnelles, malgré que, selon la littérature médicale, les traumatismes significatifs pour le fœtus soient souvent attribuables à des accidents d'automobile.

[304] De l'ensemble de ces considérations, la Commission des lésions professionnelles conclut qu'aux postes de triage, à la section ambulatoire et au poste de formatrice à la section des lits 1 à 7, les probabilités de recevoir un coup important à l'abdomen sont négligeables, tant en fréquence qu'en sévérité. Il n'y a donc pas de danger d'agression physique pour les travailleuses enceintes.

**CONCLUSION**

[305] La Commission des lésions professionnelles conclut, à la suite de l'analyse de l'ensemble de la preuve, que les conditions de travail aux postes de triage, à la section ambulatoire et comme formatrice à la section des lits 1 à 7, ne comportent pas de « dangers physiques » pour les travailleuses ni pour leur enfant à naître.

[306] En effet, bien que l'élimination de tous les risques ne soit pas possible, la preuve prépondérante démontre que les risques qui demeurent présents sont négligeables et ne correspondent pas à la notion de « danger » prévue à l'article 40 de la loi.

[307] Les affectations proposées par l'employeur sont donc conformes aux exigences de l'article 40 de la LSST.

**PAR CES MOTIFS, LA COMMISSION DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES :**

Dossier 214540-71-0308

**ACCUEILLE** la requête de l'employeur, le Centre hospitalier de St. Mary;

**INFIRME** la décision rendue par la Commission de la santé et de la sécurité du travail, le 6 août 2003, à la suite d'une révision administrative;

**DÉCLARE** que l'affectation de la travailleuse, madame Giovanna Iracani, au poste de triage ne comporte pas des dangers physiques pour elle ni pour l'enfant à naître.

Dossier 280739-62-0601

**REJETTE** la requête de la travailleuse, madame Nathalie Séguin;

**CONFIRME** la décision rendue par la Commission de la santé et de la sécurité du travail, le 13 janvier 2006, à la suite d'une révision administrative;

**DÉCLARE** que l'affectation offerte par l'employeur, le 10 août 2005, est conforme à la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*.

---

M<sup>e</sup> Santina Di Pasquale  
Commissaire

---

M<sup>e</sup> Lucie Landriault  
Commissaire

---

M<sup>e</sup> Gilles Robichaud  
Commissaire

M<sup>e</sup> Francine Legault  
HEENAN BLAIKIE  
Représentante de Centre hospitalier de St. Mary

Monsieur Ciprian Teodosiu  
F.S.S.S. – C.S.N.  
Représentant de Giovanna Iracani et Nathalie Séguin