

## Les institutions et les acteurs en santé au travail au Québec et en France : regard croisé<sup>[1]</sup>

Nathalie Ferré

IRIS (institut de recherche interdisciplinaire sur les enjeux sociaux)  
INSERM – EHESS – UNIVERSITE Paris 13 – CNRS

Le Québec a longtemps fait figure d'exemple dans la prise en charge des lésions professionnelles. Il fait désormais l'objet de critiques. On lui reproche à titre principal d'avoir impulsé une démarche que les pouvoirs publics ont fini par laisser en friche. La persistance de « groupes prioritaires », concept sur lequel il conviendra de revenir, constitue un point d'achoppement et résume bien à lui seul les reproches formulés à l'encontre du dispositif québécois. S'il continue toutefois de susciter encore quelques convoitises, notamment en Europe, c'est dû pour partie à son organisation institutionnelle. En France, cette organisation est déjà plus complexe; elle apparaît désordonnée, éclatée, changeante, à l'image de notre environnement juridique.

Ainsi la loi du 21 décembre 1979 sur la santé et la sécurité du travail, orchestrant tout le dispositif, couvre l'ensemble des secteurs – public et privé – employant du personnel salarié. À ce premier corpus juridique s'ajoute une seconde loi traitant des accidents du travail et des maladies professionnelles. Adoptée le 19 août 1985, elle est venue remplacer la loi de 1931 instaurant un premier régime de réparation « quasi universel »<sup>[2]</sup> des lésions professionnelles sur la base d'un consensus dit historique. Comme ce fut le cas en France avec la loi du 9 avril 1898, elle s'inscrit dans une même logique d'assurance laquelle s'accompagne de l'abandon de la recherche et de la désignation d'un responsable.

La Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) est l'institution phare : elle s'occupe autant de prévention que de réparation.

En France, le Code du travail ne régit a priori que les seuls rapports de droit privé. Il faut pouvoir relever un contrat de travail pour que la réglementation santé et sécurité au travail ait vocation à s'appliquer. Cependant, les dispositions du Code ayant trait à ce domaine – aujourd'hui la partie 4 – concernent aussi le secteur public, toutes fonctions publiques confondues parce que les textes relatifs aux fonctionnaires prévoient expressément ce transfert de normes. Il existe quelques différences qui sont inhérentes au statut de la fonction publique. Elles touchent notamment aux acteurs. Les aspects « réparation » relèvent du Code de la sécurité sociale, sachant que ledit Code ne met pas en place un mécanisme universel de prise en charge, mais potentiellement plusieurs avec des gestions propres. À côté du régime général pour les salariés et assimilés, il existe en effet des régimes dits spéciaux, concernant notamment les fonctionnaires (de l'État, des collectivités

territoriales et fonction publique hospitalière). Sur le fond, là encore les dispositifs entre secteur privé et secteur public se sont rapprochés grâce à la jurisprudence administrative. Le droit de la santé et de la sécurité au travail a surtout évolué, ces dernières années, sous l'impulsion du droit communautaire. Cette évolution a été marquée, il y a maintenant vingt ans, par l'importante directive cadre du 12 juin 1989<sup>[3]</sup> visant à promouvoir l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs au travail. C'est elle qui a consacré l'existence de principes généraux de prévention et conduit à la réforme des services de santé au travail.

Cette complexité bien française, sans oublier une tendance nette aux réformes et changements moins substantiels, trouve son pendant plus discret dans le système québécois, avec ce qui a déjà été évoqué : les « groupes prioritaires ». Les dispositifs prévus par la loi de 1979 ne sont pas pareillement applicables dans tous les secteurs d'activité. Tout dépend de leur rattachement ou non à un des « groupes prioritaires »<sup>[4]</sup>.

Cette comparaison entre les deux systèmes institutionnels permet de mettre en lumière les principales différences, et conséquemment de montrer où se situent, à nos yeux, les défauts majeurs et les insuffisances les plus visibles des dispositifs. On attend de toute perspective comparative qu'elle nous aide à mieux comprendre comment des institutions et le cortège de règles qui leur donnent vie s'articulent et fonctionnent. L'objectif à terme est de tendre vers une meilleure prise en compte des risques et lésions professionnels. Pour porter ce regard croisé sur les institutions et les acteurs intervenant dans le champ de la santé au travail en France et au Québec, nous avons en premier lieu analysé le droit positif (textes mais aussi jurisprudences). En prenant appui sur des études empiriques, il a été également possible de fournir quelques éléments sur la façon dont la réglementation s'applique. Il s'agit alors d'amorcer une première réflexion sur l'effectivité de la réglementation, sans autre prétention.

De façon classique, nous nous attacherons à présenter dans un premier temps les acteurs externes à l'entreprise ainsi qu'une brève analyse de leurs missions respectives au Québec et en France (I). Ensuite nous nous intéresserons au jeu des acteurs dans l'entreprise pour s'interroger, fut-ce succinctement, sur les éventuelles responsabilités attachées à leurs missions (II). Force est déjà de faire observer que la présentation des services de santé au travail – la médecine du travail – ne cadre pas avec notre découpage. Selon que l'on est en France ou au Québec, elle relève de l'une ou de l'autre de ces parties. Pour autant nous avons fait le choix d'en parler dans le premier développement, car le statut des médecins du travail en France a longtemps été source de questionnement, justement en raison des liens qui les unissent à l'entreprise ou aux entreprises dans lesquelles ils interviennent.

## **I – Les acteurs externes à l'entreprise**

Une distinction doit être faite entre les acteurs institutionnels – rouage et démembrement de l'État – et les partenaires sociaux. Dans le cadre de leurs missions, ils sont amenés à élaborer des règles de droit. Si en France la négociation collective a historiquement fort peu investi le champ de la santé et de la sécurité au travail en raison de la prédominance de la loi, il en a été autrement au Québec où les syndicats ont souvent montré le chemin à suivre et su accompagner le dispositif légal. Pour autant, la loi de 1979 leur a laissé peu de place.

### ***L'organisation au niveau central***

On ne peut présenter les acteurs institutionnels sans commencer par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) qui prend entièrement en charge la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles et qui doit dans le même temps dynamiser la prévention.

Toute-puissante, la commission cumule toutes les fonctions constitutionnelles : elle surveille l'application des normes, elle élabore des règles, elle juge, elle sanctionne. Elle répare aussi puisqu'elle joue le rôle d'assureur public et indemnise en conséquence celles et ceux qui sont victimes d'une lésion professionnelle. Le paritarisme continue de caractériser son mode de fonctionnement. La Commission est gérée par un conseil d'administration composé en nombre égal de représentants des travailleurs et de représentants des employeurs. Le paritarisme y est parfois critiqué, rarement dans son principe même. On reproche avant tout aux représentants de s'attacher à leur statut confortable et de négliger l'action revendicative.

En vertu de l'article 223, la CSST peut « *prescrire toute mesure utile à la mise en œuvre de la présente loi* ». Tout rattachement au domaine de la santé et de la sécurité des travailleurs justifie ainsi sa compétence de prime abord. Pour autant elle use avec parcimonie de son pouvoir exécutif.

Certains auteurs lui en font grief<sup>[5]</sup>. Les syndicats aussi dénoncent l'inertie de la Commission et sa lenteur à adopter des mesures réglementaires promptes à rendre les milieux de travail plus sains et sécuritaires. Notons que le processus d'élaboration des normes est fort lourd et implique la mise en place de sous-comités techniques, souscrivant également au principe du paritarisme, et dans lesquels on retrouve, à titre de consultants, des techniciens, des experts ou encore des chercheurs. Les discussions y prennent la forme de véritables « négociations » ou « tractations » nourries d'expertises. La CSST recherche le consensus et se refuse à imposer des normes, dont elle craint qu'elles ne soient pas appliquées, à défaut d'avoir reçu l'aval des acteurs patronaux.

Par ailleurs, la Commission est dotée d'un pouvoir juridictionnel : elle « *a juridiction exclusive pour examiner, entendre et décider une affaire ou question au sujet de laquelle un pouvoir, une autorité ou une discrétion lui est conféré* »<sup>[6]</sup>. Ainsi, elle va notamment statuer sur la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie ou sur le bon usage du droit de refus ou du retrait préventif prévu pour les femmes enceintes ou qui allaitent. Elle se trouve donc en position d'être juge et partie dans certains dossiers, en particulier du fait de sa qualité de débitrice des prestations compensatoires et réparatrices<sup>[7]</sup>.

Le fait de créer un organisme chargé de veiller à l'application d'un nouveau corpus de normes – ici les règles sur la santé et la sécurité du travail – n'est pas nouveau dans le système québécois. Cela existe pour les normes du travail (salaires, congés...) avec leur commission éponyme. La spécificité de la CSST tient à l'importance des pouvoirs qu'elle détient, en particulier sur le plan économique.

Dans le système français, c'est l'État et ses démembrements ministériels qui ont les commandes. Aucune commission, aucune direction ne cumule tous les pouvoirs de la CSST. La santé et la sécurité au travail sont placées sous une double tutelle ministérielle, le ministère du Travail et le ministère de la Santé, par le canal de deux directions, la Direction générale travail qui se charge des aspects préventifs (elle est experte dans les questions de droit du travail et à ce titre accompagne les réformes du gouvernement) et la Direction de la sécurité sociale<sup>[8]</sup> qui, tout en participant à la politique de prévention, s'occupe de l'indemnisation des lésions professionnelles. L'assurance maladie gère la branche accident du travail-maladie professionnelle, c'est-à-dire que les caisses primaires d'assurance maladie, déclinaison au niveau local de la caisse nationale, assurent le versement des prestations et des revenus de remplacement, même si le risque demeure distinct de la maladie et de l'accident sans origine professionnelle. Il s'agit juste d'une facilité de gestion. À l'échelon régional, les caisses d'assurance maladie disposent d'un service prévention, pourvu d'agents susceptibles d'apporter un soutien technique aux entreprises.

L'État, à l'instar de la CSST, peut faire appel à de nombreux organismes ressources dont on

renoncera, pour ne pas lasser le lecteur, à donner la liste exhaustive. Faisons simplement observer que les critiques parfois formulées à l'égard de l'Institut national de recherche et de sécurité (pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles), qui a le statut d'un organisme associatif<sup>[9]</sup>, sont proches de celles parfois émises au Québec à l'encontre de l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail (IRSST). Dépendant financièrement l'un de l'État, l'autre d'une subvention allouée par la CSST<sup>[10]</sup>, ils sont amenés à réaliser les recherches qui leur sont, le plus souvent, commandées. Cela ne remet pas en cause la qualité scientifique des travaux effectués, mais on peut regretter certains choix, et notamment qu'ils se fassent au détriment de dossiers insuffisamment explorés.

## ***L'inspection***

L'efficacité des dispositifs dépend pour partie de l'existence d'un corps chargé de veiller à l'application de la réglementation. Elle est fonction aussi des pouvoirs que les agents peuvent exercer pour, le cas échéant, contraindre.

Au Québec, la CSST dispose de ses propres inspecteurs, chargés de l'application de la loi de 1979<sup>[11]</sup>. Contrairement aux agents de contrôle français dont le rôle est de veiller au respect de l'ensemble des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles applicables dans les entreprises, ils sont pourvus d'une compétence spéciale dans le champ considéré<sup>[12]</sup>. Pour mener à bien leur mission, les inspecteurs sont dotés de pouvoirs, proches de ceux accordés aux agents de contrôle en France : droit d'entrer dans les entreprises<sup>[13]</sup> sans avoir besoin d'en avertir préalablement les employeurs<sup>[14]</sup>; possibilité de consulter les livres, registres et dossiers de l'employeur<sup>[15]</sup> ou encore procéder à des prélèvements aux fins d'analyse.

Les inspecteurs peuvent aussi – et surtout – enjoindre à une personne de se mettre en conformité à la loi et à ses règlements d'application par la voie des « avis de correction »<sup>[16]</sup>. Il n'est pas nécessaire de faire état d'un danger auquel un salarié est exposé; il suffit d'avoir constaté qu'une norme obligatoire a été violée<sup>[17]</sup>. À l'inverse, il est possible d'user de cette arme, dès lors qu'un ou plusieurs salariés sont exposés à une situation dangereuse, sans que cela s'accompagne de la méconnaissance d'une prescription technique précise. Les inspecteurs peuvent en effet dans cette hypothèse prendre appui sur l'obligation générale mise à la charge des employeurs de sauvegarder la santé et assurer la sécurité et l'intégrité des travailleurs<sup>[18]</sup>. Ces derniers disposent d'un délai raisonnable, librement apprécié par l'inspecteur, pour donner suite à l'avis de correction. Cet avis peut précéder des poursuites pénales lorsque l'employeur s'est abstenu d'agir.

La suspension des travaux et la fermeture des lieux de travail constituent des mesures efficaces dont les inspecteurs peuvent user en cas de danger pour la santé, la sécurité ou l'intégrité physique des travailleurs<sup>[19]</sup>. La loi ne fixe pas d'exigence sur les circonstances pouvant justifier le recours à ces mesures, si ce n'est la présence d'une situation dangereuse. En revanche, elle prend soin de prévoir une garantie de maintien du salaire tant que dure la fermeture des lieux ou la suspension des travaux. La décision de l'inspecteur est immédiatement exécutoire, l'employeur pouvant la contester dans le cadre d'une procédure dite de révision par la CSST.

En France, les contrôleurs et les inspecteurs du travail sont des fonctionnaires de l'État indépendants, recrutés à l'intérieur d'un concours où sont évaluées d'abord les compétences en droit<sup>[20]</sup>. Ils peuvent pareillement mettre en demeure les employeurs de se conformer à la réglementation consacrée à la santé et à la sécurité au travail. Encore faut-il qu'ils aient relevé une

ou plusieurs infractions à cette réglementation. Cette procédure constitue en principe<sup>[21]</sup> un préalable obligatoire avant de pouvoir dresser un procès-verbal constatant lesdites infractions<sup>[22]</sup> et ayant vocation à être transmis au procureur de la République. C'est celui-ci qui décidera de l'opportunité de poursuivre ou non le délit prévu par le Code du travail. Les agents de contrôle n'ont pas en revanche la possibilité d'ordonner directement l'arrêt temporaire de travaux ou d'activité en cas de situation dangereuse, sauf face à certains risques limités (chutes, ensevelissement, amiante)<sup>[23]</sup>.

Au Québec, comme en France, il y a un décalage important entre le nombre d'infractions (dérogations) constatées et le nombre de procès-verbaux établis (constats d'infraction)<sup>[24]</sup>. On regrette pareillement la faiblesse des effectifs pour veiller au respect des normes. Les mêmes interrogations récurrentes traversent ces deux corps; les inspecteurs ont des missions ambivalentes s'articulant entre conciliation et répression, voire conseil. Beaucoup d'agents doutent de l'efficacité de la sanction pénale, et vivent même comme un échec le fait de ne pas avoir su convaincre et de devoir recourir à la contrainte.

### **Le rôle des syndicats**

Il faut ici débiter le propos par une mise en garde : le dispositif juridique s'agissant des relations collectives de travail est profondément différent du système français. Là où un syndicat a été accrédité (« association accréditée »), la convention collective qui a été négociée par ledit syndicat détermine l'ensemble des conditions de travail et de salaires applicables à tous les travailleurs de l'établissement, obligatoirement syndiqués. Il n'y a pas, en principe, d'espace pour les contrats individuels de travail. En France, le statut des salariés dépend largement de la loi à laquelle il est possible de déroger par la voie d'une convention collective ou d'un contrat de travail, pourvu que ce soit dans un sens favorable pour les travailleurs (il existe des exceptions au principe de faveur).

La loi de 1979 réserve à la négociation collective et aux syndicats quelques dispositions. Notons que, conformément à ce que souhaitaient beaucoup d'acteurs associés à l'élaboration de la loi<sup>[25]</sup>, leur intervention a été largement balisée. Ceux qui sont favorables à l'effacement syndical considèrent que la voie de la négociation, nécessairement conflictuelle, n'est pas pertinente pour protéger au mieux la santé des travailleurs. Les modes de participation prévus sont indirects – l'association accréditée dans l'établissement participe à la désignation des membres du comité de santé et de sécurité – et directs avec la création des « associations sectorielles ». En vertu de l'article 98, « *une ou plusieurs associations d'employeurs et une ou plusieurs associations syndicales appartenant au même secteur d'activité peuvent conclure une entente constituant une association sectorielle paritaire de santé et de sécurité du travail.* » L'association sectorielle, bénéficiant d'une subvention de la CSST, a essentiellement pour fonction l'information et la formation des membres des comités de santé et de sécurité mis en place dans les établissements relevant de leur secteur d'activité. Elle a aussi une fonction de recherche et de conseil, mais elle n'a pas le droit d'intervention dans les relations de travail. Le droit français<sup>[26]</sup> prévoit la création d'organismes professionnels de santé et de sécurité dans les secteurs à risques particuliers, associant des représentants des organisations syndicales d'employeurs et de salariés représentatives, dont le rôle est de former, de déterminer les causes techniques des risques et de susciter des initiatives en matière de prévention. Alors que le Québec compte 12 associations sectorielles paritaires, couvrant certains grands secteurs d'activité (parmi lesquels les mines, l'automobile, la construction, les transports ou encore l'habillement et le textile), la France ne connaît que l'organisme professionnel de prévention du bâtiment et des travaux publics<sup>[27]</sup>.

La négociation collective permet de mesurer, pour partie, l'implication syndicale dans le champ

étudié. Au Québec, comme en France, les dispositions légales dudit champ sont d'ordre public et une clause conventionnelle qui y déroge est nulle de plein droit. Toutefois, il est possible de prévoir pour les travailleurs « *des dispositions plus avantageuses pour la santé, la sécurité ou l'intégrité physique du travailleur* »<sup>[28]</sup>. En conséquence, le sort des salariés peut être amélioré par la voie conventionnelle, la loi instituant des prescriptions minimales en deçà desquelles les partenaires sociaux ne peuvent descendre.

En pratique, le domaine de la santé et de la sécurité a toujours été un sujet de négociation au Québec, que ce soit avant ou après la loi de 1979, quand bien même les enjeux ne sont plus les mêmes<sup>[29]</sup>. En conséquence, dans toutes les conventions collectives d'établissement on trouve des clauses en relation avec ce domaine. Autrefois il s'agissait de faire œuvre créative et de montrer au législateur la voie à suivre; aujourd'hui l'objectif noble est d'étendre l'application de la loi de 1979 (de mettre en place les mécanismes dans des secteurs d'activité qui ne sont pas prioritaires ou – autre exemple – d'étendre les pouvoirs des institutions existantes). Beaucoup d'accords se bornent toutefois à reprendre les principales règles du dispositif légal sans apport réel. Cela contribue à tout le moins à améliorer l'information des travailleurs sur les droits contenus dans la loi de 1979<sup>[30]</sup>. À l'inverse en France, la santé et la sécurité ont longtemps été des champs inexplorés par les conventions collectives<sup>[31]</sup>. Depuis quelques années, certains changements sont perceptibles sous l'impulsion du législateur, que ce soit au niveau décentralisé des entreprises<sup>[32]</sup>, au niveau des branches d'activité ou dans un cadre interprofessionnel<sup>[33]</sup>. Les partenaires sociaux ont ainsi mené aux niveaux national et interprofessionnel plusieurs négociations en lien avec la santé et la sécurité au travail : la pénibilité au travail (qui n'a pas abouti à un accord pour l'instant), le stress (accord national interprofessionnel du 2 juillet 2008) ou encore les services de santé au travail<sup>[34]</sup>. Au niveau des branches professionnelles, le bilan reste modeste<sup>[35]</sup>.

### ***Les services de santé au travail***

Au Québec, la médecine du travail est hors de l'entreprise. Elle est intégrée dans le réseau public de santé. Les médecins responsables ne sont pas des salariés de l'entreprise ou des entreprises dans lesquelles ils interviennent. Ils sont rémunérés par la Régie d'assurance maladie sur la base des actes accomplis<sup>[36]</sup>. Les services de santé au travail fonctionnent en équipe, composée généralement d'un médecin responsable, d'un infirmier et d'un technicien en hygiène industrielle. Tel fut le choix du législateur en 1979. Il traduit l'idée que la santé au travail fait partie des préoccupations de santé publique. Il ne s'agit pas d'une préoccupation d'ordre privé relevant du rapport singulier employeur/salarié. La mission principale des médecins du travail n'est pas de procéder à des visites d'embauche, périodiques ou de reprise pour s'assurer que le travailleur est toujours apte à occuper son emploi. Leur action s'inscrit avant tout dans une démarche de prévention des risques pour la santé. Les objectifs de la loi, se caractérisant par leur ambition, n'ont pas été atteints, notamment en raison des coûts financiers que sa mise en application aurait entraînés. Toutes les entreprises ne sont pas dotées d'un programme de santé. L'obligation légale ne concerne, en vertu du règlement sur les services de santé au travail, que les groupes prioritaires (les établissements relevant des trois premiers groupes)<sup>[37]</sup>. Le médecin, en principe choisi par le comité de santé et de sécurité (à défaut par le directeur de la santé publique), doit intervenir dans de nombreuses entreprises. Cela ne lui permet pas de remplir toutes les tâches qui lui sont confiées<sup>[38]</sup>.

Le programme de santé, propre à l'établissement et élaboré par le médecin responsable, prévoit plusieurs mesures parmi lesquelles la détection des risques, l'information des acteurs, les mesures

de surveillance médicale ou encore l'établissement et la mise à jour des travailleurs exposés à un contaminant<sup>[39]</sup>. Le médecin veille à l'application du programme. Il doit aussi signaler aux différents intervenants toute déficience susceptible de nécessiter une mesure de prévention et informer les travailleurs des situations pouvant les exposer à un danger, sous peine de voir leur responsabilité engagée<sup>[40]</sup>. Les médecins responsables disposent de moyens pour effectuer leurs différentes missions, comme le droit de visiter les lieux de travail et la faculté d'accéder aux informations dont ils ont besoin. La qualité des visites va dépendre pour une large part de la complémentarité des personnes qui composent la délégation (généralement en plus du médecin, un technicien, un infirmier et parfois un hygiéniste industriel).

En France, le médecin du travail est lié par un contrat de travail conclu soit avec un employeur, soit avec un service interentreprises financé par plusieurs employeurs rassemblés sur la base d'un critère géographique et/ou professionnel<sup>[41]</sup>. L'obligation pour une entreprise d'être dotée de son propre service de santé ou celle d'être rattachée à un service interentreprises dépend en premier lieu de ses effectifs<sup>[42]</sup> et, dans une moindre mesure, des risques professionnels auxquels ils sont exposés<sup>[43]</sup>.

La mission des médecins du travail est double. En premier lieu, ils doivent exercer une surveillance médicale par le biais de visites (embauche, périodique et après la reprise du travail), contestées dans leur contenu et l'objectif qu'elles se fixent, à savoir juger de l'aptitude du salarié à occuper son poste de travail. Une inaptitude au poste expose le salarié à un licenciement, quand bien même la loi met à la charge de l'employeur une obligation de reclassement. En second lieu, les médecins exercent une action en milieu de travail, notamment pour améliorer les conditions de travail, l'hygiène dans l'entreprise et la prévention : « *L'employeur ou le président du service interentreprises prend toutes mesures pour permettre au médecin du travail de consacrer à ses missions en milieu de travail le tiers de son temps de travail* »<sup>[44]</sup>. Les services de santé au travail ont connu plusieurs réformes, marquées en particulier par la volonté de promouvoir l'action sur le terrain plutôt que la dispense de visites médicales et la mise en place de l'interdisciplinarité dans les services. En pratique, on est encore loin de l'objectif affiché : la prévention n'est pas devenue la priorité des services de santé au travail, et les médecins, trop souvent, ne parviennent pas à remplir leurs obligations en la matière<sup>[45]</sup>. La nouvelle réforme annoncée<sup>[46]</sup> poursuit le processus engagé. Sans remettre en cause les visites médicales, il s'agit d'en transformer les objectifs (informer les salariés sur les risques de l'activité, faire état de contre-indication et bannir les décisions d'inaptitude en tant que telles), de les rendre plus rares (à charge pour les médecins de décider de leur périodicité) et de favoriser le suivi des recommandations du médecin. Il n'est pas question de remettre en cause l'organisation des services de santé au travail, juste de réformer leur mode de fonctionnement en renforçant en leur sein le paritarisme<sup>[47]</sup>. Il n'est pas davantage d'actualité de s'interroger de façon frontale sur le statut du médecin du travail, à la fois travailleur subordonné et professionnel indépendant de par les missions qui lui sont confiées.

## **II – La répartition des fonctions et des responsabilités dans l'entreprise**

La loi québécoise de 1979 a souhaité mettre en place au sein des établissements un système de représentation extérieur aux syndicats, reposant sur l'idée que la santé au travail constitue un domaine d'intérêt commun, exclusif de l'action revendicative où se jouent des intérêts antagonistes. En France, le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT), créé par la loi du 23 décembre 1982<sup>[48]</sup>, constitue une institution « classique » représentative du personnel dans sa composition et son fonctionnement, qui a développé une expertise dans son champ d'intervention. Avant de visiter ces structures, revenons sur le rôle et les responsabilités des

employeurs et des travailleurs subordonnés.

### ***Un partage des responsabilités?***

Les travailleurs, en France et au Québec, disposent de droits d'auto-protection. En contrepartie, ils sont astreints à des obligations dont ils doivent a priori répondre en cas de défaillance. Pour autant, seul l'employeur est débiteur d'une obligation générale de sécurité à l'égard de ses salariés en raison des pouvoirs qu'il détient.

Qu'il s'appelle droit de refus<sup>[49]</sup> ou droit de retrait<sup>[50]</sup>, la possibilité donnée au travailleur de se retirer d'une situation de travail qu'il croit dangereuse pour sa santé ou son intégrité physique présente les mêmes caractéristiques de prime abord. Le législateur a fait pareillement le choix de consacrer la faculté de se tromper puisqu'une perception erronée, mais raisonnable, du danger ne rend pas en soi illégitime l'usage du droit.

L'exercice de ce droit est pareillement entouré de garanties. En particulier, le salarié qui en fait usage ne peut pas être sanctionné<sup>[51]</sup>. Toute décision patronale défavorable, reposant sur ce motif, serait frappée de nullité<sup>[52]</sup>. En revanche, l'employeur recouvre son pouvoir disciplinaire si le travailleur a utilisé le droit de retrait de façon abusive. À la différence du droit français, pour sanctionner, l'employeur doit avoir préalablement sollicité l'intervention d'un inspecteur de la CSST pour qu'il se prononce sur l'existence du danger<sup>[53]</sup>.

Il est constant que les salariés utilisent peu ce droit par peur des représailles, même si la loi les protège. Notons aussi qu'un certain nombre de travailleurs, de par la nature de leur contrat (travailleurs autonomes, artisans...) ou le caractère atypique de leur emploi (salariés intérimaires, détachés ou encore mis à la disposition d'une entreprise), sont de droit et/ou de fait écartés de l'exercice de ces droits<sup>[54]</sup>.

La loi de 1979 reconnaît un droit de retrait au profit des travailleurs exposés à un contaminant<sup>[55]</sup>. Ils peuvent, sur production d'un certificat médical délivré par le médecin responsable des services de santé de l'établissement (ou un autre médecin sous condition), demander à être affectés à des tâches ne comportant pas une telle exposition et qu'ils peuvent raisonnablement accomplir. Cette faculté semble rarement exercée. Cela peut s'expliquer, du moins pour partie, par le fait que la Commission, qui en a pourtant le pouvoir, n'a (toujours) pas adopté un règlement identifiant « les contaminants à l'égard desquels un travailleur peut exercer le droit que lui reconnaît (la loi) »<sup>[56]</sup>. L'équivalent n'existe pas en droit français.

Le droit de retrait préventif accordé à la femme enceinte ou qui allaite est en revanche davantage utilisé. Sa création par la loi de 1979 a été saluée pour son originalité et son caractère protecteur, permettant de réfléchir avec pertinence à l'interaction des concepts juridiques, médicaux et scientifiques<sup>[57]</sup>. Son insertion dans la Loi sur la santé et la sécurité au travail a du sens : le législateur n'entend pas poursuivre un objectif social consistant à accorder à la travailleuse un congé de maternité; il s'agit de protéger une catégorie spécifique de salariées en leur donnant la possibilité d'être affectées, à titre préventif, à des tâches qui ne comportent pas de danger pour elles ou leur enfant à naître<sup>[58]</sup>. Dans le cas où l'employeur ne propose pas de nouvelles tâches que la salariée peut raisonnablement accomplir, celle-ci est autorisée à cesser le travail. Elle a le droit alors de bénéficier d'un revenu de remplacement versé par la CSST<sup>[59]</sup>. Il n'existe pas non plus d'équivalent en droit français, même si le Code du travail envisage le changement temporaire d'affectation si l'état médicalement constaté l'exige<sup>[60]</sup>. Si rien n'est proposé à la salariée, celle-ci

peut anticiper son départ en congé de maternité.

Les deux systèmes juridiques prévoient l'obligation pour le salarié de veiller à sa santé et à sa sécurité ainsi qu'à celles de ses proches collègues de travail<sup>[61]</sup>. La méconnaissance de cette obligation l'expose à une sanction disciplinaire. En France, elle a servi à renforcer le pouvoir de l'employeur, la jurisprudence l'autorisant à se placer sur le terrain de la faute grave qui permet un licenciement sans préavis et indemnité<sup>[62]</sup>. En revanche, l'obligation pesant sur le salarié n'est pas à elle seule susceptible d'engager sa responsabilité pénale en cas de défaillance<sup>[63]</sup>. Sur ce point, le droit québécois est différent puisqu'il envisage la responsabilité pénale de toute personne, physique ou morale, contrevenant à la Loi sur la santé et la sécurité du travail.

L'employeur reste, des deux côtés de l'Atlantique, le premier responsable de la santé et de la sécurité des travailleurs dans son établissement. Sans offrir une présentation exhaustive des obligations mises à sa charge (et susceptibles de varier selon la taille de l'entreprise et la nature de l'activité), on peut dire de façon synthétique que c'est à lui d'évaluer les risques, de les éliminer et de les prévenir. Il est du reste incité – et pour partie financièrement intéressé grâce au système de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles - à prendre en charge ces risques. Au Québec comme en France, les employeurs peuvent s'engager dans des démarches préventives, par le biais de « mutuelles de prévention »<sup>[64]</sup> ou de contrats d'objectifs<sup>[65]</sup>.

Si le travailleur ne peut plus occuper le poste qui était le sien en raison de son état de santé, l'employeur est tenu de lui proposer d'autres tâches. En France, cette situation est analysée sous l'angle de l'inaptitude constatée par le médecin du travail, constat qui va déclencher une obligation de reclassement à la charge de l'employeur. Au Québec, cette même situation débouche sur l'obligation d'accommodement raisonnable, pesant pareillement sur l'entreprise, et qui a pour pivot la notion de handicap. L'obligation québécoise, qui est montée en puissance ces dernières années<sup>[66]</sup>, a pour seule limite la présence d'une contrainte excessive. Découlant de la Charte québécoise, elle dépasse les obligations incombant aux employeurs au titre des dispositions sur le retour à l'emploi dans la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles. L'obligation de reclassement souffre, en France, d'un manque d'effectivité et ne paraît pas toujours tenir compte de la volonté des salariés, par ailleurs souvent isolés dans leur combat<sup>[67]</sup>.

Quelles sont les responsabilités attachées aux missions incombant à l'employeur? La mise en œuvre de sa responsabilité civile est expressément exclue par la loi québécoise sur les accidents du travail et les maladies professionnelles<sup>[68]</sup>. En droit français, le système repose aussi sur une prise en charge instituée sur la base d'une responsabilité sans faute, forfaitaire et censée réparer l'intégralité du préjudice. Cependant dans le même temps, la victime d'une lésion professionnelle peut mettre en œuvre la responsabilité civile de l'employeur si elle parvient à établir à son encontre, devant le juge, l'existence d'une faute inexcusable<sup>[69]</sup>. C'est dans le cadre de ce contentieux que la Cour de cassation a mis à la charge de l'employeur une obligation de sécurité de résultats, ce qui lui permet de prouver plus facilement la faute requise pour obtenir réparation de dommages non pris en compte par la sécurité sociale.

La situation n'est pas non plus identique en matière de responsabilité pénale. Certes il est possible dans les deux dispositifs de reconnaître une telle responsabilité, mais celle-ci est plus soutenue en France<sup>[70]</sup>. Au Québec, les dirigeants et/ou les sociétés qu'ils représentent sont poursuivis et condamnés le plus souvent pour la seule infraction à la Loi sur la santé et la sécurité du travail et à ses règlements d'application, même si les défaillances constatées ont concouru à la survenance d'un ou de plusieurs accidents du travail. La notion de culpabilité est absente de ce type de

contentieux. Peut-on même parler de « procès pénal » avec toute la symbolique que cette dénomination suscite? Depuis 2003, il est possible en théorie de condamner les personnes responsables sur le fondement du Code criminel pour les accidents les plus graves. Toutefois pour l'instant à tout le moins, les poursuites sont exceptionnelles. En France lorsqu'un accident du travail donne lieu à des poursuites pénales, la culpabilité du chef d'entreprise et/ou de la société qu'il gère est recherchée sur la base des infractions de droit commun d'homicide ou de blessures involontaires<sup>[71]</sup>. S'ajoute souvent l'infraction à la réglementation sur la santé et la sécurité au travail prévue par l'article L. 4741-1 du Code. Les victimes ont alors droit à un véritable procès pénal avec l'ensemble de son décorum.

### ***Les organes représentatifs***

La loi de 1979 a consacré l'existence des comités de santé et de sécurité, qui constituent la manifestation la plus significative de l'instauration d'un mécanisme participatif entre employeurs et travailleurs dans le champ de la santé et de la sécurité au travail. Le comité de santé et de sécurité est une instance paritaire, censée défendre autant les intérêts des premiers que des seconds. Les employeurs ne sont tenus de le mettre en place que si leur activité relève d'un groupe prioritaire<sup>[72]</sup>, ou si cela est prévu par convention collective. Il faut en outre que l'établissement compte plus de 20 salariés. Lorsque ces conditions sont remplies, la loi favorise la mise en place d'un comité mais ne la rend pas obligatoire par une disposition impérative (« un comité [...] peut être formé... »). Ce point a fait l'objet de critiques. L'employeur est cependant tenu de l'instituer à la suite de la transmission d'un avis écrit émanant soit de l'association accréditée, soit d'un groupe de travailleurs (en principe représentant 10 % du personnel). En France, les CHSCT ont vocation à être mis en place quel que soit le secteur d'activité de l'établissement, sous réserve d'atteindre un effectif de 50 salariés<sup>[73]</sup>. Dans les deux cas, il faut en outre la volonté de créer une telle structure, ce qui suppose de trouver des candidats pour la faire fonctionner<sup>[74]</sup>.

L'article 78 de la loi décline les fonctions dévolues au comité de santé et de sécurité. Il est ainsi doté d'un pouvoir décisionnel lorsqu'il s'agit de choisir le médecin responsable des services de santé de l'établissement, d'établir les programmes de formation et d'information en santé et sécurité du travail ou de déterminer les moyens et les équipements de protection individuels. Le comité est aussi invité à participer à l'identification et à l'évaluation des risques, des contaminants et des matières dangereuses présents dans les postes de travail et il tient un registre des accidents du travail, des maladies professionnelles et des événements qui auraient pu en causer.

Pour mener à bien ses missions, le comité est destinataire d'un certain nombre d'informations sur la dangerosité des lieux et l'activité de l'établissement et il reçoit copie des avis d'accidents, les suggestions et les plaintes des travailleurs. À la suite d'un accident du travail, il enquête sur les facteurs qui l'ont causé. Pour l'employeur, le comité s'analyse comme un expert qu'il peut consulter pour bénéficier d'un avis éclairé<sup>[75]</sup>.

Le CHSCT n'est pas, en vertu de la loi, une structure conseil pour l'employeur. Dans le système juridique français, il s'agit d'une institution représentant le personnel<sup>[76]</sup>, au même titre que le comité d'entreprise et les délégués du personnel. Cela étant dit, en pratique, les dirigeants prennent appui sur le travail des CHSCT (pour la formation, pour élaborer les plans de prévention, pour évaluer les risques...). On redoute parfois que le CHSCT ne s'enferme dans une posture technicienne, ultra-spécialiste des questions de santé et de sécurité, négligeant son aptitude première à représenter les salariés. Du reste, certaines entreprises cherchent à faire du CHSCT « un allié de prévention ». Sa première fonction est de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés dans l'établissement. À ce titre, il veille à ce que les dispositions légales et

réglementaires relatives à ce champ soient respectées et il est investi d'une mission plus prospective visant à une amélioration de la situation existante au regard de la santé, de la sécurité et des conditions de travail. Ce dernier domaine d'intervention l'autorise en particulier à s'intéresser aux horaires et aux rythmes de travail et aux différentes formes d'aménagement du temps de travail. L'employeur doit obligatoirement consulter le CHSCT sur certains documents, comme le règlement intérieur (pour les domaines relevant de sa compétence) ou encore sur tout projet d'aménagement important modifiant les conditions de travail. Le CHSCT dispose d'un pouvoir de surveillance en menant des inspections régulières sur les lieux de travail et en procédant à des enquêtes en cas d'accident du travail, et d'un pouvoir de proposition<sup>[77]</sup>, notamment en matière d'actions de prévention que l'employeur doit nécessairement examiner sans être obligé pour autant d'y donner suite. Enfin, le CHSCT peut agir en urgence, face à un danger grave et imminent, en mettant en œuvre la procédure dite d'alerte<sup>[78]</sup>.

Les membres du CHSCT sont, dans une certaine mesure, l'équivalent du représentant à la prévention, également institué par la loi de 1979. Il s'agit d'une fonction qui est en effet proche du système français de représentation. La désignation d'un représentant à la prévention n'est possible que dans les établissements comptant un comité de santé et de sécurité<sup>[79]</sup>. En pratique, ils sont implantés dans les grandes entreprises, là où existe une présence syndicale. Le rôle du représentant à la prévention est de procéder à l'inspection des lieux de travail, de repérer les situations dangereuses, d'enquêter sur les causes des accidents, de faire des recommandations au comité de santé et de sécurité et d'assister les travailleurs dans l'exercice des droits qui leur sont reconnus par la loi<sup>[80]</sup>. Ils constituent des personnes ressources pour les inspecteurs de la CSST lors des visites d'établissement.

## **Conclusion**

En France, la santé et la sécurité au travail bénéficient globalement d'un environnement institutionnel solide, sans considération de sa complexité. Au Québec, il pourrait en être de même si la loi de 1979 était appliquée, quelle que soit l'activité de l'entreprise. Les syndicats de travailleurs réclament ardemment une extension des mécanismes de prévention à tous les secteurs, déplorant que 85 % des travailleurs soient toujours dépourvus des outils conçus il y a trente ans pour une meilleure prise en charge des risques professionnels (comités paritaires de santé et de sécurité au travail, représentants à la prévention, programmes de prévention...).

Nombreux sont les acteurs susceptibles d'agir sur le terrain pour repérer les situations dangereuses et les risques d'atteinte à la santé, les prendre en charge, les éliminer ou encore les prévenir. Il existe toutefois, trop souvent, un décalage entre la théorie et la mise en pratique des dispositifs. Les mêmes regrets et critiques peuvent être formulés : le manque d'agents de contrôle, l'insuffisance de médecins dédiés à la santé au travail ou encore la prédominance de la logique économique sur la logique sociale, notamment dans l'adoption des prescriptions techniques (interdiction de certains produits, recours à la technique contestable de la valeur limite d'exposition...) et la prise en compte de certaines pathologies professionnelles. On peut néanmoins achever nos propos par une note d'optimisme. Lorsque les instances chargées des questions de santé et de sécurité sont mises en place dans les entreprises, elles font souvent preuve d'un grand dynamisme, en utilisant les moyens mis à leur disposition pour propulser une meilleure prise en charge des risques professionnels. Elles ont aussi, à l'image des syndicats, contribué à une plus grande visibilité et donc une meilleure prise en compte de nouveaux risques et atteintes à la santé (risques psychosociaux en particulier).

[1] V. « *Jeu de pouvoir, partage de responsabilité - Les acteurs de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles au Québec* », Rapport d'étude du CRESP, 2000. Ce rapport analyse la réglementation et la jurisprudence. Il a été enrichi par des entretiens menés avec des membres de la CSST, des représentants syndicaux à l'échelle confédérale et locale, des inspecteurs et des médecins responsables.

[2] Pour reprendre les mots de Katherine LIPPEL, « *Droit des travailleurs québécois en matière de santé (1885-1981)* », Revue juridique Thémis, vol. 16, 1981-1982, p. 329. L'auteure indique que la loi met en place « *un système quasi universel de compensation des accidents du travail caractérisé par la rupture du lien direct entre travailleurs et employeurs dans le processus de réclamation* ».

[3] Directive 89/391 concernant la mise en œuvre de mesures visant à promouvoir l'amélioration de la santé et de la sécurité des travailleurs au travail.

[4] Il était prévu initialement que la loi entre en vigueur de façon progressive. Elle devait commencer à s'appliquer dans les groupes dits prioritaires avant de s'étendre à l'ensemble des secteurs d'activité.

[5] V. art. précité de K. LIPPEL.

[6] Art. 176 LSST.

[7] Les décisions de la Commission peuvent faire l'objet d'un recours devant la Commission des lésions professionnelles qui est une juridiction indépendante, spécialisée en santé et sécurité au travail.

[8] La Direction de la sécurité sociale est rattachée à plusieurs ministères : Travail, Santé, Budget et Fonction publique.

[9] L'INRS a été créé auprès de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, pour lui fournir un support technique.

[10] L'article 167 (6°) de la LSST relatif aux fonctions de la Commission dispose que celle-ci doit « *accorder annuellement une subvention à l'Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec* ».

[11] « *Aux fins de l'application de la présente loi et des règlements, des inspecteurs sont nommés et rémunérés suivant la Loi sur la fonction publique et ils sont des fonctionnaires de la commission.* »

[12] Sur ce point, ils sont plus proches des ingénieurs-conseils et des contrôleurs de sécurité attachés au service de prévention des caisses régionales d'assurance maladie (art. L. 422-3 du Code de la sécurité sociale). Leur rôle n'est pas de contrôler le respect par les employeurs de la réglementation, mais de les aider à détecter les risques et à les réduire.

[13] Art. L. 179 LSST. L'article L. 8113-1 du Code du travail reconnaît aux inspecteurs et contrôleurs du travail « *un droit d'entrée dans tout établissement où sont applicables les règles (du*

Code du travail) afin d'y assurer la surveillance et les enquêtes dont ils sont chargés ».

[14] En pratique, comme en France, les inspecteurs choisissent de faire savoir leur venue de façon à pouvoir rencontrer sur place un interlocuteur valable. Leur visite, en revanche, n'est pas annoncée lorsqu'ils interviennent à la suite d'une plainte.

[15] Les inspecteurs paraissent, compte tenu de la formulation de la loi, disposer d'un pouvoir général d'information, à la condition toutefois d'établir un lien entre le document exigé et la santé et sécurité. V. B. CLICHE, S. LA FONTAINE et R. MAILHOT, *Traité de droit de la santé et de la sécurité au travail*, Cowansville, Éditions Blais, 2006. Les auteurs indiquent que ce large pouvoir d'information doit être examiné à la lumière de la garantie constitutionnelle contre les fouilles et les perquisitions abusives prévues par l'article 8 de la Charte canadienne des droits et libertés.

[16] Art. 182 LSST.

[17] Il est clair que l'existence d'une norme répond à la présence d'un risque que le législateur entend combler ou diminuer en prescrivant une attitude, un comportement ou un dispositif aux vertus correctrices avérées. Il y a donc toujours un danger potentiel, même si à un moment X aucun salarié n'est en situation de danger.

[18] Art. 51 LSST. Les prescriptions mises à la charge de l'employeur pour protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique du travailleur sont indicatives. Cela laisse donc une marge de manœuvre pour les inspecteurs. Ces derniers pourraient également fonder leur action sur l'article 9 de la loi de 1979 en vertu duquel « *le travailleur a droit à des conditions de travail qui respectent sa santé, sa sécurité et son intégrité physique* ». V. DOMTAR INC. c. CALP et CSST, 1990, CALP 989.

[19] Art. 186 L- SST.

[20] Au Québec, les inspecteurs ont plutôt en majorité un profil d'ingénieur.

[21] Si l'inspecteur du travail constate l'existence d'un danger grave et imminent, il peut dresser immédiatement un procès-verbal sans mise en demeure préalable (art. L. 4721-5 du Code du travail).

[22] Art. L. 8113-7.

[23] Art. L. 4731-1. La fermeture d'établissement est également prévue en cas d'exposition à un risque cancérigène, mutagène ou toxique pour la reproduction, mais la procédure à suivre dans ce cas est plus contraignante (mise en demeure préalable) et donc moins efficace.

[24] En 2007, les inspecteurs ont constaté au Québec 43 843 dérogations. La CSST a signifié 4 507 constats d'infraction. 5 378 décisions d'arrêt des machines ou fermeture de lieux de travail ont été prises (v. Rapport d'activité de la CSST, 2007, mise en ligne sur le site de la Commission). Pour la même année, les agents de contrôle ont relevé en France 709 160 infractions, 444 029 dans le domaine de la santé et de la sécurité. Ce domaine représente 58,3 % des observations, 92 % des mises en demeure et 47,3 % des procès-verbaux établis. Il y a eu 5 000 procédures d'arrêt de travaux. L'inspecteur peut aussi saisir le juge des référés s'il a constaté un risque sérieux d'atteinte à l'intégrité physique d'un travailleur (art. L. 4732-1 du Code du travail). En 2007, cette

procédure a été mise en œuvre seulement 24 fois dans le domaine considéré (v. Rapport d'activité de l'inspection du travail en France, 2007, en ligne sur le site du ministère du Travail).

[25] Le projet de loi a suscité une vaste consultation et des centaines de rapports durent déposés, sans oublier le fameux livre blanc qui inspira directement la réforme.

[26] Art. L. 4643-1 et L. 4643-2 du Code du travail.

[27] Cet organisme, régi par les articles R. 4643-2 et R. 4643-3 du Code du travail, est assez actif, notamment en ce qui a trait à la production d'information et à la formation.

[28] Art. 4 LSSS. L'article L. 2251-1 du Code du travail dispose : « *Une convention ou un accord peut comporter des stipulations plus favorables aux salariés que les dispositions légales en vigueur. Ils ne peuvent déroger aux dispositions qui revêtent un caractère d'ordre public.* »

[29] V. l'étude conduite par Chantal BRISSON sur près de 500 conventions collectives venant à échéance après le 1<sup>er</sup> janvier 1980, « *L'utilisation de la convention collective en tant qu'outil d'intervention dans le domaine de la santé au travail* », Coll. Instruments de travail, Québec, Université Laval, département des relations de travail, 1982. V. aussi R. BOULARD et M. MARCHAND, « *La loi sur la santé et la sécurité du travail et les conventions collectives* », 38 Relations industrielles, p. 847, 1983 : les auteurs ont pour objectif de livrer une première évaluation de l'impact de la loi sur les conventions collectives.

[30] J'ai ainsi étudié une soixantaine de conventions, en vigueur le 1<sup>er</sup> août 1998.

[31] Il existe du reste très peu de débats doctrinaux sur ce sujet. On peut mentionner la chronique de Jean KONTAXOPOULOS (« Hygiène et sécurité du travail : enjeux nationaux et communautaires », Droit ouvrier 1996, p. 227) où est défendue l'idée d'une relance de la négociation collective au niveau de la branche sur la santé et la sécurité.

[32] Plusieurs dispositions légales obligent les négociateurs à insérer des clauses protectrices de la santé et de la sécurité des travailleurs en cas de recours à certaines formes d'emploi comme le travail de nuit ou les mécanismes impliquant un volume substantiel d'heures supplémentaires.

[33] En particulier, sur le fondement de l'article 1 du Code du travail, le gouvernement est tenu de soumettre aux partenaires sociaux tout projet de réforme, avec la faculté pour ces derniers d'engager une négociation sur le sujet abordé par ledit projet.

[34] Il convient aussi de mentionner le premier accord interprofessionnel en date du 13 septembre 2000 portant sur la santé au travail et qui, en particulier, préconise une approche pluridisciplinaire des questions de santé et de sécurité au travail.

[35] V. Pierre-Yves VERKINDT, « *Un nouveau droit des conditions de travail* », Droit social 2008, p. 634 : en 2007, 21 textes abordent les questions de prévention des risques professionnels, le suivi médical, les conditions de travail et les CHSCT. Le plus souvent ce sont des dispositions de détail, et peu innovantes.

[36] La Régie est remboursée par la CSST.

[37] L'obligation concerne aussi les établissements faisant partie d'une mutuelle de prévention (v. infra).

[38] C'est ce qui ressort des entretiens menés dans le cadre de l'étude CRESP précitée.

[39] Art. 113 LSST.

[40] Les médecins, parce qu'ils sont débiteurs d'obligations légales, peuvent être poursuivis et condamnés pour infraction à la réglementation sur la santé et la sécurité du travail. Les poursuites paraissent en pratique surtout théoriques.

[41] Au Québec, la médecine dite d'entreprise n'a pas disparu. Les employeurs peuvent, dans le cadre de leur liberté d'embauche, recruter un médecin qui leur servira de conseiller. C'est lui qui fait passer les examens médicaux pour s'assurer de l'aptitude des travailleurs à leur poste.

[42] L'employeur est tenu de créer un service autonome, propre à l'entreprise, lorsque l'entreprise compte au moins 2200 salariés ou atteint 2134 examens médicaux à faire passer. À l'inverse, l'employeur doit obligatoirement adhérer à un service interentreprises si le nombre de salariés à surveiller est inférieur à 412,5 et le nombre d'examen inférieur à 401. Entre les deux, les employeurs ont le choix.

[43] Certains salariés bénéficient d'une surveillance médicale renforcée (art. L. 4624-19 du Code du travail).

[44] Art. R. 4624-2 du Code du travail.

[45] Nous pensons en particulier aux fiches d'entreprise où sont censés être consignés les risques.

[46] Les partenaires sociaux ont négocié sur la base d'un document d'orientation du ministre du Travail remis en juillet 2008.

[47] Un protocole d'accord sur la médecine du travail a été arrêté le 11 septembre 2009 et proposé à la signature des organisations syndicales. Ces dernières l'ont jugé « a minima ». Les principales innovations concernent l'inaptitude et la visite médicale.

[48] Les CHSCT sont nés de la fusion des comités d'hygiène et de sécurité et des commissions d'amélioration des conditions de travail rattachées aux comités d'entreprise.

[49] Art. 12 de la LSST : « *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...* »

[50] Selon l'article L. 4131-1 du Code du travail, « *Le travailleur alerte immédiatement l'employeur de toute situation dont il a un motif raisonnable de penser qu'elle présente un danger grave et imminent pour sa vie et sa santé [...]* ». *Il peut se retirer d'une telle situation.* »

[51] LSST, art. 30 et art. L. 4131-3 du Code du travail.

[52] Le juge est venu pallier une insuffisance de la loi française qui n'avait pas prévu, de façon formelle, la nullité du licenciement : « *Est nul le licenciement prononcé par l'employeur pour un motif lié à l'exercice légitime par le salarié du droit de retrait de son poste de travail dans une situation de danger* » (Cass. soc. 28 janvier 2009, Droit social 2009, p. 489, note Patrick Chaumette).

[53] L'employeur retrouve son pouvoir de sanctionner après une « décision finale » et a alors dix jours pour l'exercer.

[54] V. l'important rapport consacré aux « personnes en situation de travail non traditionnelle », Jean BERNIER, Guylaine VALLÉE, Carol JOBIN, « *Les besoins de protection sociale des personnes en situation de travail non traditionnelle : synthèse du rapport final* », ministère du travail, gouvernement du Québec. Le rapport met en évidence les effets sociaux non désirables sur cette catégorie fort hétérogène (difficulté dans l'accès aux régimes de protection sociale, importante disparité des conditions de travail, problème pour identifier l'employeur ou encore coût élevé pour les travailleurs autonomes pour obtenir une indemnisation au titre des accidents du travail).

[55] LSST, art. 32. La loi définit le contaminant de la façon suivante : une matière solide, liquide ou gazeuse, un micro-organisme, un son, une vibration, un rayonnement, une chaleur, une odeur, une radiation ou toute combinaison de l'un ou l'autre susceptible d'altérer de quelque manière la santé ou la sécurité des travailleurs.

[56] LSST, art. 34.

[57] K. LIPPEL, S. BERNSTEIN et M.-C. BERGERON, *Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite : réflexion sur le droit de la médecine*, Éditions Yvon Blais, 1996.

[58] LSST, art. 40.

[59] Les travaux de Karen MESSING mettent en évidence les difficultés rencontrées par les femmes pour accéder aux dispositifs protecteurs de la loi. V. en particulier, « *La place des femmes dans les priorités de recherche en santé au travail au Québec* », Relations industrielles /Industrial relations, Volume 57, numéro 4, 2002.

[60] Art. L. 1225-7 du Code du travail.

[61] LSST, art. 49 et art. L. 4122-1 du Code du travail. L'obligation est apparue plus tardivement en droit français; elle est issue de la loi du 31 décembre 1991 portant transposition de la directive cadre 89/391 du 12 juin 1989.

[62] Cette solution est justifiée par la lourde obligation de sécurité de résultats qui pèse sur l'employeur. Cass. soc. 30, septembre 2005, Droit social 2006, p. 102, obs. Jean SAVATIER.

[63] En France, seul l'employeur ou son préposé délégataire peut être déclaré pénalement responsable de la violation d'une règle de sécurité (art. L. 4741-1 du Code du travail). La jurisprudence est constante en la matière.

[64] Les mutuelles de prévention sont des regroupements d'employeurs qui, en contrepartie de

l'engagement de faire de la prévention, bénéficient d'une tarification censée refléter leurs efforts. Les employeurs qui adhèrent à une telle mutuelle sont assujettis au taux personnalisé. Les droits et obligations sont précisés dans un contrat annuel signé entre les employeurs et la CSST.

[65] Les contrats et conventions d'objectifs sont conclus entre les organisations professionnelles représentatives d'une branche d'activité et la caisse régionale d'assurance maladie. Il s'agit d'y définir un programme d'action. Le contrat de prévention est le document contractuel signé par l'entreprise qui désire souscrire à la convention d'objectifs. Cela ne concerne que les entreprises comptant un effectif inférieur à 200 salariés.

[66] Pour reprendre les mots de la professeure Anne-Marie LAFLAMME, « Le maintien en emploi du salarié handicapé : effets et limites de l'obligation d'accommodement raisonnable en droit québécois », Jurisprudence sociale Lamy, 1<sup>er</sup> septembre 2009, n° 261.

[67] En juin 2009, s'est tenu à Lille un symposium franco-québécois portant sur le thème du reclassement. Il a donné lieu à une publication dans la revue Jurisprudence sociale Lamy du 1<sup>er</sup> septembre 2009, n° 261.

[68] Art. 438.

[69] Art. L. 452-1 du Code de la sécurité sociale.

[70] En France, la répression des accidents du travail, même si elle n'est pas systématique, est présentée comme un facteur favorisant une meilleure prévention des risques.

[71] Art. 221-6, 222-19 et 222-20 du Code pénal.

[72] La désignation en « secteurs prioritaires » a été fonction de la dangerosité des activités, se mesurant à partir des statistiques recueillies en matière de lésions professionnelles. Ainsi, l'annexe 1 du règlement sur les comités de santé et de sécurité désigne les secteurs d'activité (classés en groupe) où sont formés ces comités : le BTP, les industries chimiques, la forêt et les scieries, les mines... (groupe 1); l'industrie du caoutchouc et des produits en matière plastique, la première transformation des métaux... (groupe 2). La mise en place d'un comité est prévue pour les entreprises comptant plus de 20 salariés.

[73] Dans les petites entreprises, le délégué du personnel prend en charge les questions de santé et de sécurité.

[74] En France, selon l'enquête REPONSE 2004, seuls 77 % des établissements de plus de 50 salariés ont effectivement un CHSCT. V. Thomas COUTROT, « Le rôle des CHSCT en France : une analyse empirique », Travail et emploi, n° 117, janvier-mars 2009.

[75] V. L'étude de Marcel SIMARD, « *L'expérience des entreprises syndiquées québécoises en matière de comité de santé et de sécurité au travail : synthèse des principaux résultats de recherche* », École de relations industrielles, Université de Montréal, 1987. L'auteur relève en particulier l'efficacité des comités, et le fait qu'ils génèrent des relations de concertation plutôt que de conflit. Pour une autre approche, v. Ch. LEVESQUE, « *Structure de représentation et rapports sociaux de travail : le cas de la santé et de la sécurité du travail au Québec* », Cahier Travail et

emploi, La documentation française, 1996.

[76] Cela résulte clairement de sa composition. Le CHCST comprend « une délégation du personnel » et il est présidé par le chef d'établissement ou son représentant qui ne prend pas part au vote lorsque le comité intervient comme organe de contrôle.

[77] Art. L. 4612-3 du Code du travail. L'employeur doit motiver sa décision s'il entend ne pas donner suite aux propositions du CHSCT.

[78] Art. L. 4131-2 et suivants du Code du travail.

[79] L-SST, art. 87.

[80] LSST, art. 90.

