

## Article

---

« Services spécialisés et comités paritaires de santé-sécurité du travail : exploration de la dynamique du champ de la prévention dans les entreprises syndiquées »

Marcel Simard, Christian Lévesque et Dominique Bouteiller

*Sociologie et sociétés*, vol. 18, n° 2, 1986, p. 73-86.

Pour citer cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/001705ar>

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

---

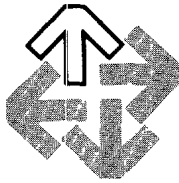
Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

---

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : [erudit@umontreal.ca](mailto:erudit@umontreal.ca)

# Services spécialisés et comités paritaires de santé-sécurité au travail: Exploration de la dynamique du champ de la prévention dans les entreprises syndiquées\*



MARCEL SIMARD, CHRISTIAN LÉVESQUE, DOMINIQUE BOUTEILLER

---

Cet article s'intéresse à deux mécanismes particuliers qui sont assez couramment utilisés pour développer la prévention en santé et sécurité du travail. Le premier, consiste en un service spécialisé de santé-sécurité mis sur pied à l'initiative de l'employeur et intégré à la structure de direction de l'entreprise. Le second consiste en un comité conjoint (patronal-syndical en contexte syndiqué) de santé-sécurité. Ce type de comité peut cependant être consultatif ou décisionnel. La question principale qui est étudiée ici est celle du rapport entre ces deux mécanismes.

Cette question présente un certain intérêt si on la replace dans le contexte de l'évolution législative en matière de santé et de sécurité au travail au Québec, et du débat qu'elle a suscité concernant la structuration sociale de ce champ. En 1979, l'État adopte la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*<sup>1</sup> qui fait non seulement de la prévention une priorité d'action (obligation pour les établissements de se donner un programme de prévention), mais aussi propose un certain schéma d'organisation de la prévention, fondé notamment sur le principe de l'action conjointe et codécisionnelle des parties (employeurs et représentants des employés). Le comité de santé-sécurité, paritaire et décisionnel, est le mécanisme privilégié par le législateur à cette fin<sup>2</sup>.

Dans le débat qui a entouré l'adoption de cette loi, les représentants patronaux ont clairement exprimé leur opposition au caractère décisionnel de la formule de comité proposée<sup>3</sup>. Notons d'ailleurs que du côté syndical, cette formule a été loin de faire l'unanimité et d'entraîner une adhésion sans réserve<sup>4</sup>. Pourtant un grand nombre de comités conjoints de santé-sécurité existait

---

\* La recherche sur laquelle est fondé cet article a été financée par le FCAR. Nous tenons également à remercier la Commission de la santé et de la sécurité au travail (CSST) pour nous avoir fourni certaines données essentielles à la réalisation de cette recherche.

1. *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, LRQ, chap. S-2.1.

2. Rappelons que la formation d'un comité de santé-sécurité conforme à la loi n'est pas obligatoire, mais qu'elle découle de l'initiative de l'une ou l'autre partie ou des deux à la fois. Le comité ainsi formé est décisionnel pour le choix du médecin responsable de la SST dans l'établissement, pour l'approbation du programme de santé, pour le choix des équipements de protection individuelle et pour établir le programme de formation/information des employés en matière de SST. Il doit également se prononcer sur les autres aspects du programme de prévention (adaptation aux normes réglementaires et programmes d'entretien préventif de l'équipement) établis par l'employeur, avant que celui-ci soit approuvé par la CSST.

3. Conseil du patronat du Québec, *Mémoire à la Commission parlementaire du travail et de la main-d'œuvre sur le projet de Loi 17*, septembre 1979.

4. Voir notamment les mémoires déposés à cette même Commission parlementaire par la Fédération des travailleurs du Québec et la Confédération des syndicats nationaux, septembre 1979.

déjà dans les entreprises syndiquées avant 1979<sup>5</sup>. En fait, dès 1972, l'État lui-même avait grandement favorisé la formation de ces comités en adoptant un règlement à cette fin<sup>6</sup>. Seulement, ceux-ci avaient un rôle et un statut essentiellement consultatifs. Aussi, le patronat s'opposait au fait que la loi permette de les rendre décisionnels, diluant ainsi les droits des employeurs en matière de gestion du dossier santé et sécurité du travail, alors que par ailleurs la loi réaffirmait qu'ils allaient continuer «à être les seuls à assumer toutes les responsabilités juridiques et économiques en ce domaine<sup>7</sup>». Pour le Conseil du patronat, il y avait là une «contradiction» qui ne pouvait conduire qu'à de sérieuses déceptions du législateur par rapport à ses objectifs.

Ce n'est pas en diluant les droits de gérance au sein d'un comité paritaire, quelles qu'en soient la composition et la forme, que le législateur aura fait œuvre utile: c'est en rendant quelqu'un (dans ce cas-ci, l'entreprise) vraiment responsable, que l'on assure sa motivation et son engagement.

C'est pour cette raison, d'ailleurs fondamentale, qu'il nous faudra rejeter le rôle décisionnel accordé au comité de sécurité<sup>8</sup>.

Il faut noter d'ailleurs que pour exercer leurs droits de gérance dans le dossier santé et sécurité du travail, un nombre non négligeable d'employeurs s'était doté, avant même la loi de 1979, d'un service spécialisé de santé-sécurité au travail. Par exemple, à partir de l'enquête sur laquelle est basé cet article, 26 % des entreprises syndiquées visées<sup>9</sup>, avait en 1979 un service d'hygiène industrielle ou un service de santé-sécurité. Certains de ces services dataient même des années 60. De plus, il semble bien que l'adoption de la loi, n'a pas freiné cette tendance à mettre sur pied des services spécialisés en santé-sécurité, puisque au moment de l'enquête (1985), 41 % des établissements avaient désormais un tel service. Une telle propension des entreprises à s'équiper de ce genre de service spécialisé constitue en soi un phénomène de «développement organisationnel» qui mérite d'être approfondi dans la mesure où il peut prendre diverses significations.

Après avoir présenté la recherche dont nous exploitons ici certains résultats, nous proposons une problématique des facteurs conditionnant le développement de ces services spécialisés de santé-sécurité et nous en examinons la pertinence à l'aide de nos données empiriques. Par la suite, nous nous intéressons plutôt au rapport entre ces services de santé-sécurité mis sur pied par les entreprises et les comités de santé-sécurité. Bien que toutes les entreprises étudiées ici aient un comité de santé-sécurité, toutes n'ont pas un comité décisionnel selon la formule favorisée par le législateur. Compte tenu de la position critique adoptée par le patronat, au sujet du caractère décisionnel du comité de santé-sécurité, lors du débat public sur la *Loi sur la santé et la sécurité du travail*, la question centrale qui se pose est celle de l'impact des services spécialisés de santé-sécurité sur le statut et le rôle des comités de santé-sécurité.

## I. LA RECHERCHE

Cette recherche a été effectuée en 1985 auprès de la population des établissements syndiqués de neuf secteurs industriels ayant tous un comité actif de santé-sécurité. Deux raisons ont conditionné un tel découpage de la population visée. En premier lieu, l'objectif principal de la recherche étant d'étudier les conditions de fonctionnement des comités de santé-sécurité en contexte syndiqué, nous avons décidé de limiter la population visée aux seuls établissements syndiqués ayant un comité de santé-sécurité considéré comme actif<sup>10</sup>. En deuxième lieu, nous avons également restreint notre population aux établissements syndiqués des neuf premiers secteurs déclarés prioritaires par la

5. C. Brisson, *La Convention collective en tant qu'outil d'intervention en santé et sécurité du travail*, Québec, PUL, «Instruments de travail», 1982.

6. *Règlement 3787 de la Loi des établissements industriels et commerciaux*.

7. CPQ, Mémoire cité, p. 5.

8. *Ibid.*, p. 7.

9. Il s'agit d'un échantillon de 209 établissements syndiqués de neuf secteurs industriels, représentatif d'une population de 465 établissements. Pour plus de détails, voir la section suivante.

10. En fait, la population initiale, établie à partir du fichier des conventions collectives du ministère du Travail et d'une recension par la CSST des établissements ayant constitué un comité de santé-sécurité en vertu de la loi, était plus large que celle retenue aux fins de l'enquête. Nous avons épuré ces données de base par un sondage téléphonique pour éliminer les cas de comités sur papier, non actifs, de même que le cas des établissements fermés et les cas de comités multiétablissements.

CSST<sup>11</sup>, puisque au moment de l'enquête la possibilité de former un comité de santé et sécurité conformément à la loi, *i.e.* un comité décisionnel n'existait que pour ces secteurs en vertu du règlement pertinent. En conséquence, nous avons inclus dans la population visée, tous les établissements syndiqués de ces secteurs ayant un comité actif de santé-sécurité, que celui-ci existe en vertu d'une convention collective ou qu'il soit constitué en vertu de la loi. Au total, la population visée par l'enquête comprenait un total de 465 établissements syndiqués, ce qui représente près de 60 % des établissements syndiqués de ces secteurs, auxquels s'appliquent les dispositions de la loi sur les comités de santé et sécurité<sup>12</sup>.

La collecte des données s'est effectuée par l'intermédiaire d'un questionnaire postal envoyé à toute la population visée. Le questionnaire était adressé à la personne cadre responsable du dossier santé et sécurité pour l'établissement<sup>13</sup>.

Après un rappel téléphonique, un nombre de 209 établissements nous ont répondu, pour un taux de réponse de 44,5 %<sup>14</sup>. Cet échantillon s'est avéré légèrement biaisé en faveur des établissements de grande taille<sup>15</sup>, ceux-ci ayant sans doute plus de ressources humaines disponibles pour répondre à une demande comme la nôtre que les petits et moyens établissements. La taille de l'établissement étant une variable clé pour l'analyse des phénomènes étudiés dans cette recherche, nous avons procédé à une correction de l'échantillon de manière à le rendre conforme à la distribution de la population, comme il est courant de le faire dans les enquêtes par sondage.

## II. SERVICES SPÉCIALISÉ DE SANTÉ-SÉCURITÉ ET CONTEXTE D'ENTREPRISE

Voici d'abord quelques données de base au sujet des services spécialisés de santé-sécurité du travail. Parmi les établissements syndiqués de notre échantillon, 41 % (N = 87) d'entre eux ont un service d'hygiène industriel ou de santé-sécurité. Dans tous les cas, ils disposent de personnel et dans 75 % d'entre eux, il s'agit de personnel affecté à plein temps à ces services. Enfin, nos données indiquent que dans l'immense majorité des cas (85 %), la mise en place de ces services a précédé la formation du comité de santé-sécurité, qu'il soit consultatif ou décisionnel.

Notre objectif ici est de contextualiser ces services pour mieux comprendre la problématique de leur structuration. Jusqu'ici, la recherche sociale en santé-sécurité s'est peu intéressée à cette question. En fait, à notre connaissance, deux recherches seulement font sur ce plan de simples constatations. Grimaldi et Simonds observent qu'on trouve du personnel s'occupant à plein temps des questions de santé-sécurité essentiellement dans des entreprises de grande taille<sup>16</sup>, constat corroboré par Beaumont dans une recherche en Angleterre mais qui ajoute que ce type de personnel spécialisé se trouve également dans des établissements appartenant à des secteurs industriels dont les taux d'accidents sont élevés<sup>17</sup>.

Si on interprète ces constats du point de vue de la sociologie du travail et des organisations, ils suggèrent deux axes de problématique concernant le phénomène de ces services spécialisés de santé-sécurité au sein de la structure d'entreprise. Dans la prochaine section, nous développons

11. Ces secteurs sont les suivants: chimie, forêt, mines, produits métalliques, bois, caoutchouc et matières plastiques, équipement de transport, première transformation des métaux, minéraux non métalliques. Nous avons exclu de la recherche le dixième secteur prioritaire, soit bâtiment et travaux publics, en raison des caractéristiques très particulières du secteur de la construction, même au plan de la loi sur la SST.

12. Rappelons en effet que les dispositions considérées ici, de même que bien d'autres de la loi sur la SST, ne s'appliquent qu'aux établissements de plus de 20 travailleurs. Au moment de notre enquête, il y avait dans les neuf secteurs étudiés près de 800 établissements syndiqués dont la convention collective couvrait 21 travailleurs et plus.

13. Cet informateur a été choisi pour deux raisons. Premièrement, la très grande majorité des questions posées visait à obtenir des données de fait plutôt que des opinions. En conséquence, la nature même du questionnaire réduisait les possibilités de «biais» pouvant provenir d'un informateur identifié à l'une des deux parties. En second lieu, le questionnaire demandait des informations non seulement sur le comité de santé-sécurité, mais également sur divers aspects du contexte d'entreprise (main-d'œuvre, situation économique, profil organisationnel de l'établissement, caractéristiques du syndicat, relations industrielles). Par conséquent, il nous fallait un informateur ayant accès à divers dossiers de l'entreprise.

14. Ce taux de réponse est comparable à celui obtenu par l'équipe de Cohen aux États-Unis, lors d'une recherche par questionnaire postal s'adressant aux entreprises et portant sur divers aspects du dossier santé et sécurité. A. Cohen, M. S. Smith, H. H. Cohen, *Safety Program Practices in High vs Low Accident Rate Companies — An Interim Report*, NIOSH, Cincinnati, 1975.

15. En l'occurrence, le sous-groupe des établissements de 501 travailleurs et plus. Le test du X<sup>2</sup> est à p = 0,01.

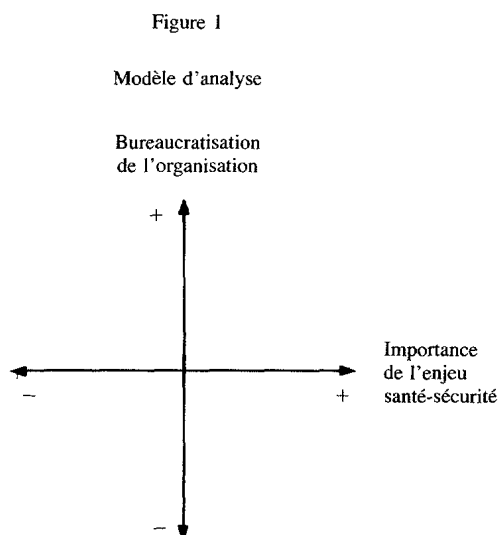
16. J. V. Grimaldi, R. H. Simonds, *Safety Management*, Homewood, Ill., C. C. Thomas, 1963.

17. P. B. Beaumont *et al.*, *The Determinants of Effective Joint Health and Safety Committees*, University of Glasgow, 1982.

cette problématique dont nous explorons la pertinence par la suite à l'aide de nos données de recherche.

## 2.1 ÉLÉMENTS DE PROBLÉMATIQUE

Notre problématique consiste à situer le phénomène des services spécialisés de santé-sécurité par rapport à deux axes: un premier qui définit les problèmes de santé-sécurité comme un enjeu d'importance variable selon les entreprises et un second qui situe la présence de tels services par rapport à la bureaucratisation, également variable, de l'organisation des entreprises. Le schéma suivant résume notre modèle d'analyse.



Par notre premier axe de problématique, nous posons comme hypothèse que les problèmes de santé-sécurité au travail peuvent constituer un enjeu d'importance variable selon les entreprises. Deux niveaux de considérations nous portent à faire cette hypothèse.

En premier lieu, il faut rappeler que les lésions professionnelles représentent un ensemble de problèmes et d'incertitudes pouvant affecter la poursuite des objectifs économiques et sociaux de l'entreprise. Les accidents du travail par exemple, qui constituent le gros des lésions professionnelles, révèlent les dysfonctionnements de l'organisation technique et humaine du travail<sup>18</sup>, et leur survenue ainsi que leur gravité génèrent à leur tour divers problèmes et incertitudes pour l'entreprise: coûts indirects de plus ou moins grande ampleur<sup>19</sup>, insatisfaction des travailleurs, perturbations diverses du processus de production. Par conséquent, on peut penser que plus les lésions professionnelles seront nombreuses et/ou graves, plus les dirigeants de l'entreprise seront disposés à mettre sur pied des moyens organisationnels visant à les contrôler et à les réduire. Le développement d'un service spécialisé de santé-sécurité est l'un de ces moyens de régulariser une situation problématique de lésions professionnelles<sup>20</sup>.

En second lieu, il faut aussi considérer que l'importance des problèmes de santé-sécurité ne s'impose pas toujours d'elle-même aux dirigeants de l'entreprise, mais qu'elle est affaire de rapports sociaux à travers lesquels elle se construit et s'exprime socialement. De ce point de vue, depuis une quinzaine d'années, l'action de l'État, des syndicats aussi bien que de certains segments du

18. P. Cazamian, *Leçon d'ergonomie industrielle, une approche globale*, Cujas, Paris, 1974, J.-M. Faverge, *Psychosociologie des accidents du travail*, PUF, Paris, 1974.

19. B. Brody, D. Boudreault, A. Poirier, P. C. Rohan, *Préenquête sur l'évaluation des coûts indirects des accidents du travail*, Document de recherche, École de relations industrielles, Université de Montréal, Montréal, 1986.

20. Sur la problématique plus générale de la structuration de l'organisation conditionnée par l'importance des incertitudes intra et extra-organisationnelles, voir par exemple, M. Crozier, E. Friedberg, *L'Acteur et le système*, Seuil, Paris, 1978, J. D. Thompson, *Organizations in Action*, McGraw-Hill, New York, 1967, P. R. Lawrence, J. W. Lorsch, *Organization and Environment*, Homewood, Ill., Irwin, 1967.

patronat et de divers groupes a contribué à multiplier les possibilités d'expression des risques au travail et à rendre plus visibles les problèmes de lésions professionnelles, faisant ainsi de la santé et sécurité au travail un dossier «chaud», un champ de turbulence sociale. Pour ne prendre que l'exemple de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, il est clair que des mécanismes comme le programme de prévention, et notamment le programme de santé qui implique l'intervention du réseau public de la médecine du travail dans l'entreprise, comme les droits de refus et de retrait préventif<sup>21</sup>, le comité de santé-sécurité, le représentant à la prévention sont autant de canaux d'expression des problèmes de santé-sécurité. De plus, nous avons affaire ici à des entreprises syndiquées où par définition, les relations patronales-ouvrières sont structurées comme des relations de pouvoir entre groupes organisés<sup>22</sup>. Or, jusqu'à tout récemment, les problèmes de santé-sécurité étaient le plus souvent un enjeu des relations de travail dans la mesure où ils étaient exprimés et traités par le mécanisme de la négociation collective<sup>23</sup>. En fait, la constitution d'un ensemble de mécanismes distincts<sup>24</sup> de ceux des relations de travail pour traiter des questions de santé-sécurité date de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* en 1979. Et malgré leur statut d'autonomie, il est probable que ces mécanismes continuent d'être articulés à la dynamique plus générale des relations patronales-syndicales<sup>25</sup>. Par conséquent, on peut penser que la disposition des dirigeants d'entreprises à s'impliquer dans la prévention des lésions professionnelles en développant des services spécialisés dans ce domaine sera en partie fonction de certaines caractéristiques du syndicat comme acteur exprimant les problèmes de santé-sécurité et se mobilisant pour leur résolution: force générale du syndicat, intérêt pour les questions de santé-sécurité, moyens dont il dispose pour traiter de ces problèmes avec l'employeur.

On voit donc que les problèmes de santé-sécurité du travail peuvent représenter un double enjeu pour l'entreprise. D'un côté, l'ampleur des lésions professionnelles traduit et induit nombre d'incertitudes dans le fonctionnement de l'appareil de production et dans la satisfaction des employés envers leur travail et l'entreprise. De l'autre, l'intérêt et l'implication du syndicat envers les questions de santé et de sécurité constituent une source de pression incitant l'employeur à s'impliquer activement dans ce dossier. Notre première hypothèse est que ce double enjeu conditionne la présence d'un service spécialisé de prévention puisqu'un tel service fournit à l'entreprise une expertise et des moyens de s'attaquer aux problèmes de santé-sécurité et de réguler les rapports sociaux à travers lesquels ils s'expriment.

Quant à notre second axe de problématique, il s'articule autour de l'idée qu'une telle réponse de l'entreprise par rapport à ce double enjeu n'est pas de n'importe quel type. En effet, en développant ce genre de service de santé-sécurité, l'entreprise structure ses activités dans ce domaine selon une logique de spécialisation fonctionnelle qui a une signification plus générale. Comme l'ont montré diverses recherches empiriques dans le prolongement des travaux de Weber, la spécialisation fonctionnelle est un principe de structuration caractéristique des organisations de type bureaucratique<sup>26</sup>. L'observation signalée plus haut de Grimaldi et Simonds ainsi que Beaumont<sup>27</sup> à l'effet que ce sont les grandes entreprises qui se dotent de services spécialisés de prévention prend ici tout son sens. Il est bien connu, en effet, que la taille est l'une des variables les plus lourdes au plan de la bureaucratisation de l'organisation: plus celle-ci est grande, plus il y a de chances que la division du travail soit poussée, que les tâches soit spécialisées et qu'il y ait de

21. Voir dans ce numéro, les articles de M. Renaud, C. St-Jacques, «Le droit de refus, cinq ans après: un nouveau mode d'expression des risques»; P. Bouchard, G. Turcotte, «La maternité en milieu de travail ou pourquoi les Québécoises sont-elles si nombreuses à demander un retrait préventif?».

22. Cette définition est en fait celle qui est à la base du paradigme des relations industrielles. Voir sur ce point, T. Kochan, *Collective Bargaining and Industrial Relations*, Homewood, Ill., R. D. Irwin, 1980.

23. C. Brisson, 1982, livre cité.

24. Notamment, le comité paritaire et décisionnel de santé-sécurité et le représentant à la prévention.

25. K. Georges, «Les comités de santé et de sécurité au travail: Tables de concertation ou de négociation?», *Relations industrielles*, 40, 3, 1985, p. 513-528. Notons dans cette perspective que dans notre échantillon d'établissements syndiqués, on trouve dans une majorité de cas (55 %) un ou des membres de l'exécutif syndical sur le comité de santé-sécurité.

26. Ces recherches sont tellement nombreuses que ce n'est pas le lieu d'en faire une liste exhaustive. Signalons cependant les contributions majeures de T. Burns et G. Stalker, *The Management of Innovation*, London, Tavistock, 1966; des travaux du groupe D'Aston, notamment D. S. Pugh, D. J. Hickson, C. R. Hinnings, C. Turner, «Dimensions or Organization Structure», *Administrative Science Quarterly*, 1968, p. 65-105; J. de Child, et R. Mansfield, «Technology, Size and Organization Structure», *Sociology*, 1972, p. 369-393. Pour une synthèse récente, H. Mintzberg, *Structure et dynamique des organisations*, Paris, Ed. d'organisation, 1982.

27. J. V. Grimaldi, R. H. Simonds, livre cité, 1963; P. B. Beaumont *et al.*, document cité, 1982.

différenciation structurelle interne. Si l'on considère maintenant le dossier santé-sécurité dans cette perspective, il est à peu près certain qu'une plus grande taille de l'entreprise accroît sensiblement le travail de gestion au double plan de la compensation et de la prévention des lésions professionnelles, favorisant ainsi le développement d'un service spécialisé à cette fin. En effet, même en supposant qu'une grande et une petite entreprises aient des taux identiques de lésions professionnelles, il est évident qu'en termes quantitatifs absolus, il y aura plus de dossiers d'accidents et de compensations à traiter dans la grande entreprise. Le même raisonnement s'applique à la prévention. Depuis la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, l'État exige un programme de prévention aussi bien de l'entreprise de 50 employés que de celle de 500. Mais il faut voir les dossiers physiques de ces programmes à la CSST pour se convaincre de la complexité du travail à effectuer dans la grande entreprise comparativement à la petite (multiplication des postes à analyser par les registres A et B, complexité du programme d'entretien préventif, nombre de départements assujettis au programme d'adaptation aux normes, etc.).

En conséquence, on peut avancer l'hypothèse que les entreprises ayant un mode d'organisation bureaucratique, ce qui a d'autant plus de chances d'être le cas lorsque l'entreprise est de grande taille, auront d'autant plus tendance à mettre sur pied une unité administrative composée de spécialistes pour s'occuper des questions de santé et sécurité au travail.

## 2.2 PLAN D'ANALYSE ET RÉSULTATS

Ces éléments de problématique permettent de structurer un plan d'analyse comprenant onze variables indépendantes extraites des données de l'enquête décrite plus haut.

- a) Trois variables sont retenues pour caractériser les établissements au plan de l'importance des lésions professionnelles. Il s'agit du taux d'incidence, de l'indice de gravité et de l'indice combiné<sup>28</sup>.
- b) Cinq variables permettent de caractériser le contexte syndical prévalant dans les établissements. D'abord, trois d'entre elles servent à mesurer la force du syndicat: l'affiliation ou non du syndicat local à l'une des trois centrales du Québec (FTQ, CSN, CSD), l'utilisation ou non de la grève au cours de la négociation des deux dernières conventions collectives, et la propension à utiliser la procédure de grief<sup>29</sup>. Ensuite, pour mesurer l'intérêt du syndicat envers les questions de santé-sécurité, nous utilisons comme indice la présence ou non au sein de la structure syndicale d'un comité spécialisé dans ces questions<sup>30</sup>. Enfin, en ce qui concerne les moyens dont le syndicat peut se servir pour traiter avec l'employeur des questions de santé-sécurité, en dehors des mécanismes habituels de la négociation collective, nous retenons la présence d'un représentant à la prévention, compte tenu qu'il y a un comité conjoint de santé-sécurité dans tous les établissements étudiés<sup>31</sup>.

28. Dans l'étude précitée, Beaumont (1982 — voir note 17) utilisait les taux d'accidents du travail du secteur industriel auquel appartient un établissement pour caractériser celui-ci au plan des lésions professionnelles. Nous utiliserons plutôt les taux (fréquence, gravité, combiné) du sous-secteur auquel appartient un établissement pour deux raisons. Premièrement, les taux sectoriels cachent d'importantes variations entre les sous-secteurs (plus de 1 000 % dans certains secteurs). En ce sens, les taux sous-sectoriels sont beaucoup plus représentatifs de la situation de chaque établissement. Deuxièmement, la cotisation d'un employeur au chapitre de la compensation des lésions professionnelles est basée sur les taux de son sous-secteur et non du grand secteur auquel il appartient. Trois indicateurs de lésions professionnelles seront utilisés. D'abord, le taux d'incidence qui donne la fréquence des lésions par 100 travailleurs. Ensuite, l'indice de gravité qui représente le nombre moyen de jours perdus par lésion. Enfin, l'indice combiné qui traduit le nombre de jours perdus par 100 travailleurs. Pour chaque indicateur, une moyenne a été établie sur trois ans (1982-1984). Ces données nous ont été fournies par la CSST.

29. Nous mesurons la force du syndicat d'un côté par son accès à des ressources (affiliation à une centrale) et de l'autre par des indices de sa capacité d'action ou de son militantisme (grève, grief). En ce qui concerne l'indice d'utilisation de la procédure de grief, il est pondéré par la taille de l'unité d'accréditation. Ces mesures sont couramment utilisées en sociologie du travail. Voir A. Shirom, «Union Militancy: Structural and Personal Determinants», *Industrial Relations*, 16, 2, 1977, p. 152-162; M. Poole, «A Power Analysis of Workplace Labour Relations», *Industrial Relations Journal*, 7, 3, 1976, p. 31-43. Dans notre échantillon, 72 % (N = 151) des syndicats sont affiliés à une centrale, 32 % (N = 66) ont eu recours à la grève lors de l'une et/ou l'autre des deux dernières négociations collectives.

30. Dans l'enquête, 44 % (N = 90) des syndicats avaient un comité syndical de santé-sécurité.

31. Le représentant à la prévention est prévu par certaines dispositions de la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* (art. 87-97), bien que certains syndicats aient commencé à en négocier la désignation avant cette loi. Ce représentant est un travailleur, membre du comité paritaire de santé-sécurité, que le syndicat peut désigner pour effectuer, sur son temps de travail, des activités d'inspection, d'identification des risques, d'enquêtes-accidents, et de représentation auprès de l'employeur en matière de santé-sécurité. Il n'a pas de pouvoir décisionnel. Dans notre échantillon, il y a un représentant à la prévention dans 59 % (N = 123) des établissements.

- c) Enfin, nous utilisons trois variables pour avoir une idée du caractère plus ou moins bureaucratique de la structure organisationnelle des établissements étudiés: la taille de l'établissement (nombre d'employés)<sup>32</sup>, l'appartenance ou non à une corporation multiétablissements<sup>33</sup>, et la présence ou non d'un service du personnel et/ou des relations industrielles, avec un cadre en titre<sup>34</sup>.

Les relations entre ces onze variables et la variable dépendante (existence ou non d'un service spécialisé de santé et sécurité au travail) ont été explorées par le biais d'une analyse discriminante. Nous avons utilisé cette méthode plutôt que l'analyse de régression dans la mesure où notre variable dépendante était nominale. L'analyse discriminante permet d'identifier parmi les deux groupes définis ici par la variable dépendante, toutes les autres variables qui différencient ou discriminent le plus ces groupes<sup>35</sup>.

Des onze variables utilisées pour explorer la pertinence des deux axes de notre problématique, cinq ont été retenues au sein de la fonction discriminante. Le Tableau 1 résume ces résultats.

Le taux de corrélation de 0,57 signifie que la combinaison des cinq variables retenues rend compte de 32 % de la variance au niveau de la variable dépendante. Ce qui est plus intéressant, toutefois, c'est que des variables renvoyant à chacune de nos deux grandes hypothèses développées en problématique, soient assez fortement liées à la présence de services spécialisés de santé et sécurité au travail, justifiant ainsi la pertinence de nos deux axes d'analyse. En effet, la présence de tels services spécialisés semble renvoyer à la fois à l'importance des enjeux spécifiques que représentent les problèmes de lésions professionnelles et à la logique plus générale d'organisation des entreprises (en termes de bureaucratisation). Dans cette perspective, la prise en compte des variables spécifiques faisant partie de la fonction discriminante nous conduit à trois observations.

Premièrement, c'est la gravité des lésions professionnelles, plus que tout autre indice de l'ampleur des problèmes de santé-sécurité qui paraît associée à la présence de services spécialisés de santé et sécurité du travail. Ce résultat renforce notre idée initiale de considérer les problèmes de lésions professionnelles comme un enjeu pour l'entreprise défini à un premier niveau en termes d'incertitudes organisationnelles puisque la gravité des accidents est susceptible d'entraîner une importante désorganisation de la production (absences prolongées des victimes, formation de nouveau personnel, etc.) et de susciter le mécontentement des travailleurs.

32. Nous utilisons ici la taille de l'établissement comme étant une proxy de la bureaucratisation générale de l'organisation. Bien que la taille ait le plus souvent le statut de variable contextuelle de l'organisation, certains auteurs argumentent que la taille peut aussi être conceptualisée comme une dimension de l'organisation. Voir J. Kimberly, «Organizational Size and the Structuralist Perspective: A Review Critique and Reappraisal», *Administrative Science Quarterly*, 21, 1976, p. 571-591; W. Meyer, «Size and the Structure of Organization: A Causal Analysis», *American Sociological Review*, 37, 1972, p. 434-440; R. H. Hall, *Organizations: Structure and Process*, Prentice-Hall, N.S. 1972. Dans notre échantillon, 58 % (N = 122) sont des établissements de petite taille (moins de 100 employés), 27 % (N = 56) des établissements de taille moyenne (101-300 employés) et 15 % (N = 31) des établissements de plus de 301 employés. Dans le cadre de la présente analyse, nous traitons cependant la taille comme une variable métrique.

33. L'appartenance à une corporation multiétablissements est retenue ici comme indice de bureaucratisation pour deux raisons. La première est que l'unité d'analyse privilégiée dans notre enquête est l'établissement et non l'entreprise au sens légal du terme. Ainsi 34 % (N = 70) des établissements étudiés appartiennent à une entreprise plus vaste multiétablissements. Dans une majorité des cas, il s'agit d'établissements de moyenne et petite taille, de sorte que la prise en compte de leur appartenance à une corporation plus vaste (multiétablissements) permet de relativiser leur taille spécifique, et de nous fournir une indication supplémentaire de leur tendance à la bureaucratisation. À noter que taille de l'établissement et appartenance à une corporation multiétablissements sont peu liées (p = 0.02). Deuxièmement, l'appartenance à une corporation multiétablissements est susceptible d'accentuer la bureaucratisation des unités de base par le développement de la planification, de la standardisation et de la formalisation des procédures et méthodes de gestion et par la spécialisation fonctionnelle. Ainsi, dans notre échantillon, 80 % (N = 56) des établissements appartenant à une corporation multiétablissements sont en relation avec la corporation au plan de la santé et sécurité au travail (services fournis par la corporation et comptes à rendre à celle-ci).

34. L'existence d'un service du personnel est utilisée ici comme indice de la tendance à la spécialisation fonctionnelle qui est l'une des dimensions du modèle d'organisation bureaucratique. Cet indice est lié à la taille de l'établissement (p = 0,001), mais cette relation n'est pas forte au point de présenter des problèmes de colinéarité. Dans l'échantillon, 57 % (N = 118) des établissements ont un service du personnel et/ou des relations industrielles.

35. La combinaison des variables retenues selon certains paramètres statistiques (nous avons utilisé les paramètres recommandés par A. Affifi et V. Clark, *Computer-Aided Multi-Varieted Analysis*, Lifetime Learning Association, U.C.L.A., Los Angeles, 1984, p. 271), constitue la fonction discriminante et fournit un coefficient de corrélations multiples selon la formule suivante:

$$D_i = d_1X_1 + d_2X_2 + \dots + d_nX_n$$

où  $D_i$  représente le score de la fonction, c'est-à-dire le coefficient de corrélations multiples qui, mis au carré, indique le pourcentage de la variance de la variable dépendante expliquée par la fonction, et  $D_iX_n$  indique le coefficient standardisé de chaque variable indépendante, c'est-à-dire le poids de chacune au sein de la fonction. Dans le cas présent, nous avons utilisé la procédure «step wise» (sur cette procédure, voir A. Affifi et V. Clark, p. 173-175) dans la soumission des variables à l'analyse.

TABLEAU I

Variables associées à la présence ou non d'un service spécialisé de santé et sécurité au travail selon l'analyse discriminante (N = 193)<sup>a</sup>

Axes d'analyse	Variables retenues	Poids relatif au sein de la fonction
Importance de l'enjeu de la santé-sécurité	Indice de gravité des lésions professionnelles	0,32
	Présence d'un représentant à la prévention	0,25
Bureaucratization de l'organisation	Taille de l'établissement	0,46
	Appartenance à une corporation multiétablissements	0,27
	Présence d'un service du personnel	0,55

P = 0,000; Coefficient de corrélations multiples = 0,57.

<sup>a</sup> Le nombre de cas considérés est inférieur au total des établissements étudiés du fait que l'analyse discriminante élimine les cas présentant une donnée manquante sur l'une ou l'autre des variables considérées.

En deuxième lieu, c'est la présence d'un représentant à la prévention, plutôt que toute autre variable retenue pour caractériser le contexte syndical, qui est en relation avec la présence d'un service spécialisé de santé et sécurité au travail. Ceci nous semble suggérer l'hypothèse qu'il y a peut-être une certaine «technicisation» (au sens du développement d'une expertise spécifique) de ce dossier qui se développe dans le cadre de mécanismes spécialisés et relativement autonomes par rapport aux relations de travail.

Cette hypothèse nous paraît renforcée par les résultats relatifs au lien entre le caractère plutôt bureaucratique de l'organisation des établissements et la présence de services spécialisés en santé et sécurité au travail. En effet, les trois variables retenues à cette fin font partie de la fonction discriminante et deux d'entre elles (taille, présence d'un service du personnel) ont le plus grand poids dans la fonction. En ce sens, la présence de tels services spécialisés paraît être, en partie du moins, un phénomène bureaucratique et ceux-ci pourraient avoir comme effet, à leur tour, de bureaucratiser et de spécialiser, au sens technique du terme, le dossier santé et sécurité au travail. On verra d'ailleurs dans la prochaine section que divers aspects des comités de santé-sécurité semblent affectés en ce sens par la présence des services spécialisés de santé et sécurité au travail.

### III. SERVICES SPÉCIALISÉS ET COMITÉS CONJOINTS DE SANTÉ-SÉCURITÉ

Après avoir examiné la question des relations entre les services spécialisés de santé et sécurité au travail et divers aspects de leur contexte, nous abordons maintenant celle de leurs rapports avec les comités conjoints de santé-sécurité. Dans la suite des résultats de la section précédente, cette question est intéressante dans la mesure où elle peut nous fournir des indications supplémentaires concernant les tendances suivant lesquelles se structure actuellement le champ de la santé-sécurité au travail dans les milieux industriels syndiqués. Mais elle est intéressante également si l'on se rappelle l'opposition exprimée par les représentants du patronat envers la formule du comité décisionnel de santé-sécurité proposée par le législateur, au moment du débat sur le projet de Loi 17<sup>36</sup>. On peut se demander en effet, si la présence des services spécialisés de santé-sécurité ont eu pour effet de restreindre ou de favoriser l'adoption de la formule du comité de santé-sécurité proposée par la Loi. Nous examinerons donc successivement les relations entre ces services spécialisés et le statut et divers aspects du rôle des comités de santé-sécurité.

En ce qui concerne le statut des comités de santé-sécurité, nous avons déjà signalé que même si tous les établissements étudiés ici ont un tel comité conjoint, le statut de celui-ci n'est pas dans

36. *Loi sur la santé et la sécurité au travail.*

tous les cas conforme à la loi. En fait, au moment de l'enquête, 30 % (N = 62) des établissements ont un comité de santé-sécurité constitué en vertu de la convention collective ou d'une entente *de facto* plutôt qu'en vertu de la loi et du règlement qui en découle<sup>37</sup>. Pourtant, la loi permet à l'une aussi bien qu'à l'autre partie (employeur, syndicat ou 10 % des travailleurs en milieu non syndiqué) de déclencher la procédure donnant au comité de santé-sécurité un statut réglementaire. En elle-même, cette procédure est simple<sup>38</sup>, mais ses conséquences ne sont pas négligeables. En acquérant le statut réglementaire, le comité dispose, en principe du moins, des attributions fonctionnelles prévues par la loi et le règlement: pouvoir décisionnel en certaines matières<sup>39</sup>, droit de regard et de recommandation sur le programme de prévention de l'établissement, accès à l'information, paramètres de composition et de fonctionnement du comité, possibilité de recours à l'arbitrage de la CSST en cas de désaccord. En somme, derrière le statut, c'est le rôle et le pouvoir du comité sur les questions de santé-sécurité qui sont en jeu. Aussi peut-on se demander si la présence d'un service spécialisé de santé-sécurité est associée à une telle démarche de l'une et/ou l'autre partie.

TABLEAU 2

Statut du comité de santé-sécurité selon la présence  
d'un service spécialisé de santé et sécurité au travail  
(en %)

Statut du comité conjoint de santé-sécurité au travail	Présence d'un service spécialisé de santé-sécurité au travail	
	Oui	Non
Statut réglementaire	79,4	64,3
Statut conventionnel au autre <sup>a</sup>	20,6	35,7
Sous-totaux (n)	87	122

$X^2 = 4,85$ ;  $p = 0,02$ .

<sup>a</sup> Au sens où l'existence du comité de santé-sécurité relève de la convention collective ou de tout autre entente entre les parties.

D'après les données du Tableau 2, il semble bien que l'existence de services spécialisés de santé-sécurité est l'un des facteurs qui favorise l'adoption de la formule de comité de santé-sécurité prévue par la loi, du moins au niveau de son statut.

Devant ces résultats qui peuvent surprendre, on peut penser qu'il y a significativement plus de comité de santé-sécurité statutairement conformes à la loi parmi les établissements ayant un service spécialisé dans ce domaine, tout simplement parce que les syndicats dans ces milieux ont «imposé» en quelque sorte un tel type de comité en initiant unilatéralement la procédure de constitution réglementaire du comité. Pourtant tel ne semble pas être le cas selon les données de l'enquête concernant les modalités d'utilisation de cette procédure. Ainsi, pour l'ensemble des comités constitués selon la loi, la question de savoir qui de l'une et/ou de l'autre partie (patronale ou syndicale) a pris l'initiative de la démarche en ce sens donne les résultats suivants: dans 11 % seulement des cas, c'est le syndicat seul qui a initié la procédure ainsi que la loi lui en donne le pouvoir, dans 25 % des cas, c'est l'employeur seul qui a pris l'initiative de la démarche en s'appuyant lui aussi sur la loi, et dans le reste des cas (64 %), la démarche de reconnaissance légale du comité a été faite conjointement par les deux parties. Ces proportions ne sont pas affectées par la présence d'un service spécialisé de santé-sécurité.

37. *Règlement sur le comité de santé et de sécurité au travail*, GOQ, partie 2, 12 octobre 1983, pp. 4209-4220, adopté le 28 septembre 1983.

38. Cette procédure consiste pour le syndicat ou l'employeur à envoyer à l'autre partie et à la CSST un avis écrit de constitution du comité paritaire de santé-sécurité. Évidemment, les deux parties peuvent envoyer conjointement un tel avis à la CSST. Cf. *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, Art. 69.

39. Voir la note 2 sur ce point.

L'ensemble de ces résultats semblent donc indiquer qu'au plan du statut du comité de santé-sécurité, la présence de services spécialisés de santé et sécurité au travail favorise l'adaptation des comités par rapport à la loi, et que les employeurs y trouvent un intérêt puisque près de 90 % d'entre eux participent à la démarche en ce sens.

Voyons maintenant si les données concernant le rôle du comité de santé-sécurité vont dans le même sens. À cette fin, nous examinerons successivement les résultats de l'enquête relatifs à la formalisation du fonctionnement des comités et à l'étendue de leurs activités.

Commençons par la question de la formalisation du fonctionnement des comités de santé-sécurité. La formalisation consiste à établir diverses règles formelles de fonctionnement du comité dont la présence est susceptible d'avoir un effet régulateur sur les relations entre les parties et sur les opérations du comité. Ainsi, dans le questionnaire, nous cherchions à savoir si le comité opérait selon des règles établies concernant l'un ou l'autre des aspects suivants: la préparation formelle des réunions, le compte-rendu de chaque rencontre et le rapport annuel des activités du comité, la résolution des désaccords entre les représentants des deux parties, le fonctionnement du comité. Les données recueillies sur cette question de l'existence ou non de règles formelles de fonctionnement montrent que tous les comités étudiés sont loin d'être également formalisés<sup>40</sup>. De plus, cette formalisation des comités de santé-sécurité est associée à la présence de services spécialisés de santé et sécurité du travail comme on peut le voir au Tableau 3.

TABLEAU 3

Degré de formalisation des comités de santé-sécurité  
selon la présence de services spécialisés de santé  
et sécurité au travail (en %)

Degré de formalisation du comité de santé-sécurité	Présence d'un service spécialisé de santé-sécurité	
	Oui	Non
Faible	26,2	48,0
Moyen	28,5	34,0
Fort	45,3	18,0
Total	100,0 % (N = 87)	100,0 % (N = 122)

$X^2 = 19,60$ ;  $p = 0,0001$ .

En ce qui concerne maintenant les activités du comité de santé-sécurité, nos données semblent indiquer là aussi une certaine influence de la présence de services spécialisés de santé et sécurité au travail à divers niveaux. On peut d'abord noter un premier impact au niveau des activités traditionnelles des comités, c'est-à-dire celles qui leurs étaient caractéristiques avant même la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*: inspection des lieux de travail, identification des risques, analyse des rapports d'accidents et enquêtes sur ces derniers, recommandation d'équipement de protection. En général, 75 % et plus des comités étudiés effectuent ces activités, mais la proportion est significativement plus élevée, là où il y a un service spécialisé de santé et sécurité au travail, en ce qui concerne les enquêtes-accidents ( $p = 0,02$ ), l'analyse des rapports d'accidents pour identifier des mesures correctives ( $p = 0,01$ ) et l'analyse des statistiques sur les lésions professionnelles ( $p < 0,00$ ).

Les services spécialisés de santé-sécurité semblent également avoir un impact positif sur certaines activités des comités qui sont relativement nouvelles puisqu'elles découlent du cadre de la loi. Par exemple, la présence de ces services spécialisés accroît, sans que la différence soit significative toutefois, la proportion des comités qui ont discuté le programme de prévention (92 %)

40. À partir de 5 items du questionnaire portant sur diverses règles de fonctionnement des comités de santé-sécurité, nous avons construit un index sur lequel l'échantillon se distribue selon une courbe normale. Nous avons ensuite trichotomisé cet index.

et fait le choix du médecin responsable de l'établissement (56 %). L'approbation du programme de santé par le comité n'est pas affectée (60 % des cas)<sup>41</sup>. Dans le cas cependant de l'implication des comités dans les questions de formation/information des employés en matière de santé-sécurité, l'influence des services spécialisés paraît assez significative comme on peut le voir au Tableau 4.

TABLEAU 4  
Proportion des comités de santé-sécurité ayant réalisé certaines activités d'information/formation, selon la présence d'un service de santé et sécurité au travail

Activités effectuées par le comité de santé et sécurité au travail	Service spécialisé de santé et sécurité au travail		X <sup>2</sup> p(X <sup>2</sup> )
	Présence	Absence	
1) Discussion d'une proposition soumise par l'employeur concernant un programme ou une campagne d'information en santé et sécurité au travail pour les employés	84,7 <sup>a</sup>	58,3	0,0001
2) Discussion d'une proposition soumise par le syndicat concernant un programme ou une campagne d'information en santé et sécurité au travail pour les employés	54,1	36,1	0,01
3) Discussion d'une proposition de l'employeur concernant un programme de formation en santé et sécurité au travail pour les employés	64,0	37,4	0,0003

<sup>a</sup> Les % indiquent la proportion des comités de santé-sécurité ayant réalisé certaines activités d'information/formation (N = 209).

Sur ce plan, une remarque s'impose avant de commenter ces résultats. Il faut rappeler, en effet, qu'en vertu de la loi, tous les établissements étudiés ont dû produire un programme de formation/information en santé-sécurité pour les employés dans le cadre de leur programme général de prévention<sup>42</sup>, du fait qu'ils appartiennent à des secteurs prioritaires. De plus, toujours selon la loi, c'est au comité paritaire de santé-sécurité, lorsqu'il est constitué de façon réglementaire, qu'est attribué le pouvoir décisionnel d'établir ce programme de formation/information. Toutefois, établir ne signifie pas nécessairement que le comité élabore lui-même ce programme. En fait, à partir de nos données, on peut observer que 40 % seulement des comités étudiés ont élaboré eux-mêmes le programme de formation/information en santé-sécurité, et cette proportion n'est pas affectée par la présence d'un service spécialisé de santé et sécurité au travail. Ce que l'existence de tels services semble changer, cependant, c'est le processus suivi par les comités de santé-sécurité pour établir le programme de formation/information. En effet, là où il y a un service spécialisé de santé-sécurité, les données du Tableau 4 montrent qu'il y a significativement plus de discussions au sein des comités sur les questions de formation/information à partir de propositions des deux parties. À notre avis, ces résultats suggèrent que là où il y a un service spécialisé de santé-sécurité, une bonne majorité des comités discute sur la base de propositions des deux parties, confie ensuite au service spécialisé de santé et sécurité au travail l'élaboration détaillée de ce programme<sup>43</sup> pour enfin décider à son sujet une fois qu'il est préparé.

Au total, l'ensemble de ces résultats sur quelques aspects du rôle des comités étudiés suggère les conclusions suivantes. D'abord, la présence de services spécialisés de santé-sécurité a comme effet d'accroître, plutôt que de réduire, l'étendue des activités des comités, autant dans leur champ traditionnel d'action que dans celui ouvert par la loi. Deuxièmement, la présence de ces services

41. À noter cependant qu'il y avait, au moment de l'enquête, certains problèmes de pénurie de médecins du travail et de retard conséquent dans l'élaboration des programmes de santé, qui peuvent expliquer d'aussi faibles proportions des comités qui ont choisi le médecin responsable et approuvé le programme de santé.

42. Loi sur la santé et la sécurité au travail, Art. 59.

43. Puisque 40 % seulement des comités élaborent eux-mêmes ce programme.

favorise le développement de la capacité des comités à analyser les accidents du travail et ainsi à développer une expertise propre. Troisièmement, les résultats sur la formation/information semble suggérer que la présence de services spécialisés de santé et sécurité au travail favorise, au sein du champ de la prévention, la structuration d'une certaine division fonctionnelle du travail entre ces services et les comités de santé-sécurité. Enfin, la présence de ces services favorise le développement de règles formelles au sein des comités, s'inspirant de celles proposées par le cadre législatif et réglementaire, et qui sont susceptibles d'en réguler le fonctionnement.

#### CONCLUSION

La prévention des lésions professionnelles est de toute évidence un enjeu social. En fait, la conjoncture sociale récente qui a été marquée notamment par la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* a permis de révéler que la prévention renvoyait à deux types d'enjeux différents. D'une part, il y a les enjeux que représentent les problèmes eux-mêmes de santé-sécurité et les solutions à y apporter: définition des maladies industrielles, causes des accidents, orientations à privilégier pour prévenir et réduire les lésions professionnelles (par exemple, élimination des risques à la source *versus* protection individuelle). Mais d'autre part, il y a aussi des enjeux relatifs à la structuration même du champ de la prévention, *i.e.* le genre de cadre institutionnel et de mécanismes qui devaient être privilégiés pour aborder, discuter et traiter des problèmes de santé-sécurité au travail. En fait, une bonne partie du débat qu'a suscité le projet de loi 17 portait précisément sur ces questions d'organisation du champ de la prévention: obligation de faire un programme de prévention, droit de refus, comité décisionnel de santé-sécurité, etc.

C'est à ce dernier type d'enjeu que nous nous sommes intéressés dans cet article, en examinant le cas des comités de santé-sécurité dans les établissements syndiqués de divers secteurs industriels. Si l'on considère la signification la plus générale suggérée par les résultats de cette étude, il nous semble qu'elle est à l'effet que l'enjeu «chaud» qu'a suscité la formule de comité décisionnel de santé-sécurité en 1979 paraît s'être plutôt «refroidi» dans la majeure partie des établissements étudiés. En fait, il semble que nous sommes en présence d'un processus accéléré de structuration du champ de la prévention dans la logique de l'orientation tracée par l'État avec la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*, et qu'en ce sens, ce champ est en voie d'institutionnalisation. Ainsi, plus de 50 % des comités santé-sécurité étudiés ont été mis sur pied après la loi de 1979. 70 % de tous les comités de l'échantillon ont désormais acquis le statut décisionnel en se constituant en vertu de la loi, et dans les deux tiers des cas, ils l'ont été par une démarche conjointe des deux parties et non par un «coup de force» de l'une sur l'autre.

Ce que montrent également nos résultats, c'est que la présence d'un service spécialisé de santé-sécurité au sein de la structure de direction de l'entreprise tend à renforcer cette tendance à l'institutionnalisation du champ de la prévention, via notamment le statut et le rôle du comité de santé-sécurité. En effet, dans 80 % des cas où l'établissement possède un tel service spécialisé, le comité de santé-sécurité a un statut décisionnel. De plus, la présence de tels services est associée à un développement de certaines fonctions traditionnelles des comités de santé-sécurité (dans le cas des enquêtes et des analyses d'accidents notamment), ainsi qu'à une plus grande implication dans le nouveau champ d'action ouvert par la loi (programme de prévention, formation/information des employés en ce domaine). Enfin, l'existence de ces services favorise également l'adoption d'un ensemble de règles formelles de fonctionnement pour le comité de santé-sécurité qui se situent en continuité de celles proposées par le législateur.

En fait, tout se passe comme si la combinaison service spécialisé de santé-sécurité et comité décisionnel de santé-sécurité était en train de devenir le modèle dominant d'organisation de la prévention dans certains segments des entreprises syndiquées. Ainsi, dans notre échantillon, une bonne majorité des moyennes (54 %) et des grandes entreprises (85 %) fonctionnent désormais selon ce modèle. Certes, il ne s'agit pas de la majorité des établissements industriels syndiqués, qui sont plutôt de petite taille, mais on aurait tort de sous-estimer l'importance de l'influence sur les petites entreprises des modèles d'organisation développés dans la moyenne et grande entreprises.

Une telle structuration du champ de la prévention intégrant la formule institutionnelle du comité de santé-sécurité de la loi nous amène à s'interroger sur sa signification pour l'entreprise, d'autant que l'immense majorité des employeurs ont participé à l'institutionnalisation du comité décisionnel de santé-sécurité. En fait, l'adoption de cette formule proposée de comité santé-sécurité en combinaison avec un service spécialisé peut représenter divers avantages pour l'entreprise. D'abord, ce modèle d'organisation de la prévention paraît se développer davantage dans les contextes

où les lésions professionnelles ont une gravité élevée, de sorte que l'institutionnalisation du comité peut permettre d'impliquer davantage le syndicat et les travailleurs dans la recherche de solutions mutuellement acceptées aux problèmes de santé-sécurité. Ensuite, une telle structuration, par son caractère de spécialisation fonctionnelle et de formalisation des mécanismes (services, comités et représentants à la prévention), est aussi en continuité avec la logique plus générale d'organisation des entreprises qui se structurent selon le modèle indiqué plus haut, assurant ainsi en santé-sécurité un type de régulation bureaucratique qu'elles appliquent déjà dans d'autres domaines. Enfin, en institutionnalisant le comité de santé-sécurité, conjointement au développement d'un service spécialisé, l'entreprise affirme auprès de ses employés l'importance qu'elle accorde à ses ressources humaines et sa volonté de contribuer à l'amélioration de leur bien-être, ce qui peut être avantageux dans le recrutement et l'intégration de la main-d'œuvre à l'entreprise.

Il n'est pas dit par ailleurs que les syndicats ne trouvent pas aussi divers avantages dans une certaine institutionnalisation du champ de la prévention puisque les trois quarts de ceux étudiés ici se sont impliqués dans la constitution du comité santé-sécurité selon la loi et ont en majorité adopté la formule du représentant à la prévention. D'une part, une telle institutionnalisation leur assure une protection légale pour le représentant à la prévention et le comité de santé-sécurité, deux mécanismes qui peuvent leur permettre d'être mieux informés de l'état du dossier, de canaliser l'expression des problèmes de santé-sécurité et d'influencer les employeurs quant aux solutions de ces problèmes. D'autre part, cette institutionnalisation peut aussi décharger le processus et les mécanismes de la négociation collective proprement dite, permettant ainsi aux syndicats de mieux affronter de nouveaux enjeux, comme par exemple les changements technologiques, tout en ayant certaines garanties que le dossier santé-sécurité continuera de progresser grâce à une mécanique particulière.

Finalement, puisque l'institutionnalisation du comité de santé-sécurité paraît renforcer par la présence de services spécialisés en ce domaine, il se pourrait bien que ces services eux-mêmes favorisent celle-ci parce qu'elle peut contribuer à assurer leur maintien, à développer leur statut d'expert et à accroître leurs possibilités d'influence au sein des entreprises. Ces services ont généralement un statut conseil (*staff*) dans l'organisation et le fait d'avoir un comité décisionnel de santé-sécurité est susceptible d'améliorer leur position et leur crédibilité auprès des autres acteurs de la structure organisationnelle.

Il semble donc que la structuration du champ de la prévention dans les entreprises syndiquées, ainsi marquée par une tendance lourde à l'institutionnalisation renvoie à une diversité d'intérêts de la part des acteurs concernés. Mais on sait aussi que cette structuration, lorsqu'elle conduit au modèle dominant dans les moyennes et grandes entreprises (combinaison services spécialisés — comité de santé-sécurité, comprenant le plus souvent un représentant à la prévention) entraîne une certaine bureaucratisation de l'organisation de la prévention (spécialisation fonctionnelle, développement de l'expertise technique, formalisation des règles de fonctionnement). Il est tellement courant de faire allusion à l'inefficacité «proverbiale» des systèmes bureaucratiques, qu'on peut se demander en terminant si une telle bureaucratisation n'est pas contraire à l'objectif de réduction des lésions professionnelles défini par l'État comme prioritaire en 1979 et sans doute souhaité par toutes les parties concernées. Nous nous permettons deux remarques sur cette question.

Premièrement, les données de la présente recherche montrent que la *Loi sur la santé et la sécurité au travail* a eu un effet de «développement organisationnel» très important parmi les entreprises étudiées (création de services spécialisés, de comités de santé-sécurité, désignation de représentants à la prévention). Ces mécanismes conjugués à d'autres comme notamment le programme de prévention, constituent actuellement les bases d'une infrastructure organisationnelle spécialisée dans les questions de santé et sécurité au travail dans les établissements. Sans doute serait-il naïf de penser que la création d'une telle «organisation de la prévention» assure automatiquement, et à elle seule, la réduction des lésions professionnelles, mais il serait tout autant irréaliste de penser qu'on puisse atteindre un tel objectif sans la mise en place d'un certain nombre de moyens organisationnels ayant précisément pour mission spécifique de réduire les accidents et maladies professionnelles.

Deuxièmement, la combinaison comité de santé-sécurité et service spécialisé qui paraît être la double structure favorisant une certaine bureaucratisation de la prévention pourrait bien être l'une des approches organisationnelles les plus efficaces au plan de la réduction des accidents du travail. C'est du moins la conclusion que suggèrent les résultats d'une recherche exploratoire que

nous venons de terminer auprès de 10 entreprises de l'industrie des textiles<sup>44</sup>. Nous avons observé, en effet, que la combinaison d'un comité de santé-sécurité et d'un service spécialisé dans ce domaine était associée d'une part à l'implication d'un plus grand nombre de membres de l'entreprise (direction, cadres, travailleurs) dans les questions de santé et sécurité au travail<sup>45</sup> et d'autre part à une approche plus «large» de ces problèmes et de leur solution. De plus, ce genre de double structure était à la base de tout un modèle d'organisation de la prévention qui, en comparaison de deux autres modèles observés, était associé à des taux beaucoup plus bas d'accidents du travail.

En somme, il est possible, pour reprendre la distinction faite au début de cette conclusion que lorsque les enjeux concernant la structuration même du champ de la prévention perdent un peu de leur prégnance, les acteurs sociaux puissent s'attaquer davantage aux enjeux que représentent les problèmes eux-mêmes de santé-sécurité et parviennent à s'entendre sur des solutions efficaces. C'est du moins ce qu'il est permis d'espérer.

#### RÉSUMÉ

Observant au sein d'un échantillon d'entreprises industrielles syndiquées une tendance chez les employeurs à développer des services spécialisés de santé-sécurité au travail, les auteurs s'intéressent aux facteurs conditionnant cette tendance et à son impact sur le statut et le rôle (décisionnel ou non) du comité de santé-sécurité. Les résultats montrent que la présence de ce type de services favorise l'adoption du modèle de comité de santé-sécurité proposé par la *Loi sur la santé et la sécurité au travail*. En conclusion, les auteurs explorent la signification d'un tel phénomène.

#### SUMMARY

Having observed a tendency among a sample of unionized industrial firms for employers to set up special occupational health and safety services, the authors looked into the factors conditioning this tendency and its impact on the status and role (whether decision-making or not) of health and safety committees. The results show that the presence of these types of services encourages the adoption of the model for health and safety committees proposed by the Quebec law on occupational health and safety. In conclusion, the authors explore the significance of such a phenomenon.

#### RESUMEN

Observando en el seno de una muestra de empresas industriales sindicadas una tendencia en los empleadores a desarrollar servicios especializados de salud-seguridad laboral, los autores se interesan en los factores que condicionan esta tendencia y en su impacto sobre el estatus y el rol (con poder de decisión o no) del comité de salud y seguridad. Los resultados muestran que la presencia de este tipo de servicios favorece la adopción del modelo de comité de salud-seguridad propuesto por la Ley de salud y seguridad laboral. En conclusión, los autores exploran el significado de este fenómeno.

44. M. Simard, D. Bouteiller, C. Lévesque, «Prévention des accidents du travail: Contexte législatif québécois et efficacité organisationnelle», *Relations industrielles*, vol. 40, n° 4, 1985, pp. 703-719.

45. Ce qui suggère qu'une certaine bureaucratisation n'est pas nécessairement incompatible avec une participation élargie. Cet apparent paradoxe a été étudié notamment dans le cas des syndicats. Voir M. Poole, *Theories of Trade-Unions*, Routledge and Keagan, Mass., 1981; J. C. Anderson, «A Comparative Analysis of Local Union Democracy», *Industrial Relations*, 1978, 17, 3, pp. 278-296; J. Child, R. Loveridge, M. Warner, «Towards an Organizational Study of Trade-Unions», *Sociology*, 1973, 7, pp. 71-91; J. D. Edelstein, «An Organizational Theory of Union Democracy», *American Journal of Sociology*, 1968, 67, pp. 19-39.