

Présentation

Travail, santé, prévention : la place de la sociologie Work, Health, Prevention: The Place of Sociology

Marc RENAUD and Marcel SIMARD

Volume 18, Number 2, octobre 1986

Travail, santé, prévention

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/001624ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/001624ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)

1492-1375 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

RENAUD, M. & SIMARD, M. (1986). Présentation : travail, santé, prévention : la place de la sociologie. *Sociologie et sociétés*, 18(2), 3–10.
<https://doi.org/10.7202/001624ar>

Présentation*

Travail, santé, prévention: la place de la sociologie



MARC RENAUD et MARCEL SIMARD

La santé et la sécurité au travail est un de ces rares dossiers dont l'importance sociale est capitale, mais que les sciences humaines, à l'exception peut-être de la psychologie, ont presque complètement négligé. Comme en font foi les bibliographies récentes sur le sujet¹, autant la toxicologie, l'épidémiologie ou le génie ont, ces dernières années, considérablement fait avancer la connaissance des risques du travail, autant la sociologie, l'anthropologie ou la science politique n'ont eu qu'une contribution marginale, voire aléatoire. En sociologie plus spécifiquement, bien que des travaux récents introduisent diverses caractéristiques du travail comme facteurs clés de l'étiologie des maladies chroniques², aucun des quelque dix manuels d'introduction à la sociologie de la santé — un domaine de recherche très développé aux USA — ne discute de santé et de sécurité au travail. De plus, les sociologues du travail, pourtant très présents dans la sociologie française, n'ont publié qu'une vingtaine d'articles sur les mécanismes sociaux à l'origine des accidents de travail³. Extrêmement rares sont les colloques internationaux de sociologie où la santé et la sécurité au travail est à l'ordre du jour⁴. Bref, c'est le désert ou presque.

Et pourtant, un travailleur canadien sur huit se blesse au travail chaque année. En 1982, au Canada, 15 millions de jours de travail ont été perdus pour cette raison, ce qui équivaut à 62 000 personnes/année⁵. La gravité des accidents du travail se serait même accrue de 1971 à 1980⁶.

* Nous aimerions remercier Gilles Héneault pour les traductions et Jocelyne Boivin pour son travail de documentation et de révision.

1. Voir, par exemple, D. Nelkin et M. S. Brown: «Bibliographic Essay», in *Workers at Risk: Voices from the Workplace*, The University of Chicago Press, 1983, pp. 211-220; D. Couture *et al.*, *Matériaux pour une sociologie appliquée à la santé et sécurité du travail*, Centre d'information et d'aide à la recherche, Département de sociologie, Université de Montréal, 1984.

2. Voir J. S. House et E. M. Cottingham, «Health and the Work-place», in L. H. Aiken and D. Mechanic (édit.), *Application of Social Science to Clinical Medicine and Health Policy*, Rutgers University Press, 1986, pp. 392-416; M. Renaud, «De l'épidémiologie sociale à la sociologie de la prévention: 15 ans de recherches sur l'étiologie sociale de la maladie», *Revue française d'épidémiologie et de santé publique*, 1987, à paraître.

3. Voir la discussion qu'en fait T. Dwyer, «The Production of Industrial Accidents: a Sociological Approach», *The Australian and New Zealand Journal of Sociology*, 17:2, 1981, pp. 59-64.

4. Voir Ray Elling, «The Political Economy of Workers Health and Safety», présentation d'ouverture du comité de recherche en sociologie médicale, IX^e Congrès international de sociologie, New Delhi, août 1986.

5. P. Lewycky, «Are Workplace Injuries Becoming more Severe?», *At the Centre*, 8 (2) 1985, pp. 11-12. Publié par le Canadian Centre for Occupational Health and Safety, Hamilton, Ontario, cité dans R. Sass «Workplace Health and Safety: Report from Canada», *International Journal of Health Services*, 16:4, 1986, p. 568.

6. B. Brody *et al.*, «Les accidents industriels au Canada: le portrait d'une décennie», *Relations industrielles*, 40:3, 1985, pp. 545-566.

Selon les données de l'enquête Santé Canada, les taux d'incapacité permanente chez les Québécois âgés de 45 à 64 ans grimpent à mesure que l'on descend dans la hiérarchie des salaires et des emplois. Alors que seulement 3,5 % en souffrent chez les professionnels, enseignants et médecins, c'est le cas de 4,9 % des employés, 14 % des ouvriers et 39 % des agriculteurs, pêcheurs et bûcherons. Ces inégalités reflètent à la fois les contraintes différentes du travail et la disparité des conséquences d'une maladie ou d'un accident d'une catégorie professionnelle à l'autre⁷.

Chaque année, environ deux travailleurs sur mille déposent une demande d'indemnisation à la Commission de la santé et de la sécurité au travail du Québec pour une maladie professionnelle: environ la moitié de ces demandes sont acceptées⁸. Il y a cependant consensus pour dire que ce taux sous-estime l'incidence réelle des maladies professionnelles. Le problème, c'est qu'aucun estimé ne fait l'unanimité. Par exemple, le Livre Blanc préparatoire à la réforme de 1979 au Québec laissait sous-entendre que les risques de maladies professionnelles sont énormes. Citant des études américaines, on écrivait: «65 % des travailleurs industriels seraient exposés à des produits toxiques ou à des agents physiques, tels le bruit et les vibrations. De ce nombre, 25 % seraient bien protégés»⁹. Aucune indication ne précise cependant le nombre de travailleurs susceptibles de développer des maladies dans ce contexte. D'autres soutiennent que ce type de risque est en régression, suite à l'évolution des technologies et aux changements dans le type dominant d'industrie, le secteur des services devenant de loin le plus gros employeur.

Pour prendre un autre exemple, les dermatoses, une des principales maladies professionnelles indemnisées, seraient de 10 à 50 fois plus fréquentes que ce que laissent croire les cas indemnisés¹⁰. Les estimés de la proportion de cancers qui seraient liés au travail varient de 4 % à 40 %¹¹. Bref, bien que certains risques de source physique (ex.: le bruit), chimique (ex.: poussières d'amiante) et biologiques (ex.: agents infectieux) soient maintenant bien établis, le débat est encore ouvert quant à leur impact réel sur l'état de santé des travailleur(se)s et quant à la multitude d'agresseurs potentiels qui n'ont pas encore été documentés. Ainsi, un ex-directeur de l'*Environmental Protection Administration* américain, écrivait en 1979: «Aujourd'hui, il y a environ 4,5 millions de substances chimiques dont 45 000 sont utilisées commercialement. Il faut une équipe de scientifiques, 300 souris, 2 à 3 ans, et 300 000 \$ pour savoir si une seule de ces substances peut être suspectée de causer le cancer»¹². C'est donc là une tâche qui, bien que nécessaire, est pratiquement impossible.

L'estimation de l'impact pathogène du travail se complique encore davantage quand on considère ce que le Livre Blanc appelait des agresseurs psychosociaux (horaire, cadences, charge de travail, conflits entre le travail et le hors-travail, habitudes de vie, absence de relations chaleureuses au travail, etc.). Par rapport aux agresseurs chimiques par exemple, ceux-ci ont le double désavantage, du point de vue de la recherche, d'être difficiles à isoler les uns des autres, et d'être à l'origine d'une gamme complexe de maladies (maladies liées au stress, maladies cardio-vasculaires, alcoolisme, troubles mentaux, cancers, etc.)¹³. À un seul facteur ne correspond pas une seule maladie, comme c'est le plus souvent le cas des autres types d'agresseurs. Par ailleurs, dans la mesure même où de plus en plus d'hommes et de femmes occupent des emplois rémunérés¹⁴ et que ces emplois sont de plus en plus des emplois de cols blancs, ce sont ces agresseurs psychosociaux qui deviennent prépondérants. Ils expliquent une proportion sans doute assez élevée des problèmes de santé des gens.

7. S. Dillard, *Le Point sur les habitudes de vie: l'approche écologique*, Conseil des affaires sociales et de la famille, gouvernement du Québec, 1985, cité dans Conseil des affaires sociales et de la famille, Rapport du comité d'étude sur la promotion de la santé, *Objectif Santé*, gouvernement du Québec, 1984, p. 94.

8. Ces indemnisations correspondent à 2 % du budget d'indemnisation pour lésions professionnelles de la CSST (98 % pour les accidents).

9. Gouvernement du Québec, *Santé et sécurité du travail: politique québécoise*, 1978.

10. B. Levy et D. Wegman, *Occupational Health: Recognizing and Preventing Work Preventable Disease*, Little, Brown & Co., 1983.

11. R. Sass, «Cancer in the Work Environment», *Alternatives: Perspectives in Society and Environment*, 37:41, été 1983.

12. D. M. Costle, «Regulatory Reform at Last?», *Town Hall Journal*, 13 novembre 1979, p. 402, cité dans: M. Douglas et A. Wildawsky: *Risk and Culture: an Essay on the Selection of Technological and Environmental Dangers*, U. of California Press, 1982.

13. Voir M. Renaud, *op. cit.*

14. Suite à l'entrée massive des femmes sur le marché du travail, le taux de participation de la population à la main-d'œuvre active n'a, de toute l'histoire, jamais été aussi élevé. Voir à ce sujet le discours du sénateur Lorna Marsden: «Une juste part au lieu de travail: un examen des quatre récents rapports du gouvernement fédéral concernant l'économie et l'égalité», *Choix*, l'Institut de recherches politiques, avril 1986, 5 p.

Devant ces faits, que peut faire la sociologie? Une discussion générale et une mise en contexte s'imposent tout d'abord. L'apport de la sociologie à la santé et sécurité au travail est, selon nous, directement proportionnel à la valeur de son postulat de départ: la santé et la sécurité au travail est affaire de rapports sociaux, c'est-à-dire des relations que les hommes et les femmes, de même que les groupes constitués (syndicats, patronat, scientifiques, gestionnaires gouvernementaux, etc.), entretiennent au sein des milieux de travail, comme sur la place publique. La santé et la sécurité au travail est bien sûr aussi affaire de prudence et de comportement individuel, comme elle est affaire de développements conceptuels et technologiques. Mais pour qu'un(e) travailleur(se) accepte de porter un nouvel équipement de sécurité ou qu'il/elle décide de limiter sa consommation d'alcool ou de tabac, pour qu'une entreprise accepte de changer un équipement ou de revoir une procédure, réputés trop dangereux, pour que des droits nouveaux soient légiférés, il faut qu'il y ait volonté de changement. Cette volonté tient en partie aux traits psychologiques des personnes concernées, à l'état des connaissances sur les causes et les solutions, à la conjoncture économique ... Mais elle tient d'abord, dit la sociologie, à l'état des valeurs sociales et des rapports de force et de pouvoir qui invariablement les conditionnent et les structurent.

L'histoire des législations en santé et sécurité au travail dans les sociétés occidentales en fournit un exemple éloquent. Prenons le cas du Québec¹⁵. Il y a moins de 150 ans, le travail humain sortait pour ainsi dire des maisons pour se concentrer dans les usines. C'était l'époque de l'industrialisation sauvage: les employeurs cherchaient à obtenir la plus grande production possible par tous les moyens, y compris le fouet et le cachot, pour les hommes, comme pour les femmes et les enfants. Les heures de travail étaient nombreuses, les salaires insuffisants et le travail pénible. Le gouvernement québécois adopte finalement en 1885 une Loi pour interdire le travail insalubre et excessif des femmes et des enfants. Cette Loi inscrit dans la réalité le principe de l'inspection du travail. Mais il fallut de nombreuses années pour qu'elle devienne vraiment opérante. Suivant en cela ce qui s'était passé ailleurs dans le monde industrialisé suite à des grèves, manifestations et pressions diverses, le Québec adopte en 1909 une Loi qui enlève au travailleur le fardeau de la preuve et rend l'employeur responsable de l'accident survenu dans son entreprise, sauf si le travailleur est manifestement en faute. Cette Loi fournit de plus au tribunal une grille plus rationnelle d'indemnisation mais, comme l'écrit A. Pontaut: «Outre que l'application de cette grille ne manque pas de laisser l'accidenté démuni, il se trouve que, voulant en fait plaire à tout le monde, cette Loi ne satisfait personne¹⁶.»

C'est à nouveau en s'inspirant de l'expérience étrangère, cette fois du mouvement dit des assurances sociales, publiques et obligatoires, que cette Loi est réformée en 1931. G. Hébert décrit bien cette période:

Jusqu'ici, le principe de la responsabilité individuelle était demeuré intouché. On le mettait pourtant en question et depuis longtemps ... Le nombre même et la gravité des accidents renforçaient en quelque sorte l'opinion de la responsabilité collective.. L'idée fit son chemin au cours du premier quart du vingtième siècle: les victimes d'accidents industriels devaient recevoir une compensation fondée sur la responsabilité collective des entreprises d'un même secteur, en présumant, à moins de preuve évidente du contraire, qu'il n'y avait pas de faute de la part de l'employé accidenté¹⁷.

Entre 1911 et 1920, les États américains et les provinces canadiennes adoptèrent une telle législation. Au Québec, pour des raisons qu'il conviendrait de documenter¹⁸, ce n'est le cas qu'en 1931.

Dans les années d'après-guerre, c'est un véritable mouvement social et scientifique qui presse les gouvernements d'agir. Ce mouvement vise un élargissement des programmes de sécurité sociale et, en santé, la prévention des accidents et des maladies. Au Canada, après la guerre, les gens

15. Pour le Québec, voir A. Pontaut, *Santé et sécurité: un bilan du régime québécois de santé et sécurité du travail, 1885-1985*, Boréal Express, 1985; C. Théorêt, «L'évolution de la santé et sécurité du travail au Québec: 1885-1985», *Travail et santé*, 2:4, 1986; G. Hébert, «Management et prévention des accidents du travail», *Relations industrielles*, 31:1, 1976, 3-31. Pour une comparaison internationale, voir R. H. Elling, *The Struggle for Workers' Health: a Study of Six Industrialized Countries*, Baywood, 1986, 500 p.

16. A. Pontaut, *op. cit.*, pp. 34-35.

17. G. Hébert, *op. cit.*, p. 8.

18. En raison de la nature particulière de l'industrialisation au Québec (l'industrie anglophone absorbant le surplus démographique du Québec rural francophone), le gouvernement québécois, à venir jusqu'à récemment, a eu comme attitude de prendre du retard plutôt que de l'avance, par rapport au reste de l'Amérique du Nord, en matière de législation concernant les relations de travail.

disent: «Nous avons donné nos fils à la guerre, qu'est-ce que l'État fera en retour pour nous¹⁹?» Graduellement, l'espérance de vie augmentant, les gens commencent à croire qu'il est «dans la nature des choses» de vivre jusqu'à un certain âge²⁰. Suite à l'accumulation de connaissances montrant qu'une foule de maux peuvent effectivement être prévenus, est apparue une volonté de l'État, d'abord diffuse puis de plus en plus explicite, d'agir sur la société de manière préventive. C'est ainsi que des rapports gouvernementaux sont publiés et largement diffusés²¹. Des institutions gouvernementales sont mises sur pied. Des domaines professionnels (éducation sanitaire, hygiène du travail, médecine sociale et préventive) apparaissent ou sont revalorisées.

Dans le domaine du travail, il devient peu à peu évident, pour reprendre une phrase qui est aujourd'hui un cliché, qu'il «n'est pas normal de perdre sa vie à la gagner». Les revendications syndicales se font de plus en plus fortes et précises (cf. le cas de l'amiante ici). La communauté scientifique se mobilise pour identifier une grande variété d'agents physiques, chimiques et biologiques qui, dans l'environnement du travail, sont la source de maints accidents et maladies. Certaines entreprises développent des services et des programmes de prévention. Au Québec, le point culminant de ce mouvement survient en 1979: la Loi sur la santé et la sécurité au travail, suivie en 1985 par une réforme des politiques d'indemnisation. Cette Loi rationalise l'organisation de l'inspection du travail qui était devenue, au fil des ans, fort complexe. Elle impose aussi à l'entreprise l'obligation de se donner un programme de prévention. Elle développe de nouvelles structures relatives à la prévention (association sectorielle, représentant à la prévention, comité de santé et sécurité) et crée de nouveaux droits (droits de refus et de retrait préventif).

Des États-Unis, on nous annonce²² qu'un second mouvement social et scientifique cherche aujourd'hui à structurer les milieux de travail en matière de santé et de sécurité. Cette fois, ce sont les employeurs qui définiraient les règles du jeu. Avec la crise économique et le déclin des partis politiques d'inspiration sociale-démocrate, on se soucierait de moins en moins d'identifier les risques dans l'environnement du travail et de prévenir les accidents et les maladies. On se préoccuperait bien plus de promouvoir la santé. Les entreprises américaines développent en effet de plus en plus de programmes intégrés pour que leurs employés cessent de fumer, perdent du poids, se nourrissent mieux, évitent l'alcool et les drogues, et apprennent des techniques de relaxation. Elles mettent sur pied des services de counselling et de détection des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et de cancer. On peut voir dans ce mouvement bien des aspects négatifs. Il comporte des éléments de culpabilisation de la victime²³. Il fait perdre de vue à quel point des stress démesurés peuvent être générés par une organisation trop hiérarchique, compétitive et autoritaire du travail, et que des relations chaleureuses au travail sont fondamentales à une bonne santé, physique et mentale. Mais, ce qui est intéressant, c'est que, pour la première fois, les entreprises ne se préoccupent plus seulement de santé et de sécurité au travail, mais aussi de l'état de santé général de leurs employés²⁴.

Ce que ce bref historique montre, c'est qu'il y a production sociale de la définition des risques tout comme il y a production sociale des solutions pour en limiter les effets. Depuis le début de l'industrialisation, ce sont des rapports sociaux à l'échelle nationale et internationale qui ont tour à tour forcé l'État à limiter les dégâts de l'industrialisation sauvage, responsabilisé les employeurs quant aux accidents et maladies qui surviennent dans leurs entreprises, obligé la communauté scientifique à se pencher sur les risques associés à l'environnement de travail, encouragé

19. Propos tenus par l'ex-ministre fédéral de la santé, Monique Bégin, lors d'une conférence au Département de sociologie de l'Université de Montréal à l'automne 1985.

20. Voir à cet égard le remarquable essai de E. Quinot, «Le phénomène accident: essai sur l'évolution des idées et des attitudes», *le Travail humain*, 42:1, 1979, pp. 87-104.

21. Au Canada, le Rapport Lalonde; au Québec, *Objectif: santé*; aux États-Unis, *Healthy People*; en Grande-Bretagne, *The Black Report*; en France, *Propositions pour une politique de prévention*, etc.

22. Voir J. House, *op. cit.*; J. E. Fielding, «Health Promotion and Disease Prevention at the Worksite», *Annual Review of Public Health*, vol. 5, Annual Reviews Inc., 1985; R. H. Rosen, «Worksite Health Promotion, Fact or Fantasy?», *Corporate Commentary*, 1: 1-8, 1984.

23. C. Castillo-Salgado, «Assessing Recent Developments and Opportunities in the Promotion of Health in the American Workplace», *Social Science and Medicine*, 19:4, 1984, pp. 349-358.

24. J. House (*op. cit.*) interprète ce mouvement comme la conséquence du fait que les grandes entreprises américaines déboursent de plus en plus d'argent pour des programmes privés d'assurance-maladie de leurs employés. En fait, c'est la moitié de la facture des maladies que les entreprises assument. Si on inclut tous les coûts de la maladie, incluant l'absentéisme et la perte de productivité, la facture serait de 25 % de la masse salariale. Rappelons qu'au Québec, les employeurs versent 3 % de la masse salariale au régime d'assurance-maladie (via la fiscalité générale depuis 1976).

les employeurs à mettre sur pied des programmes de prévention et, sans doute bientôt au Québec, à développer des mesures de promotion de la santé générale de leurs employés.

Pour revenir à notre propos de départ, si, effectivement, la santé et la sécurité au travail est affaire de rapports sociaux et que le postulat de base de la sociologie est valide, alors quelle contribution concrète la sociologie peut-elle apporter aux enjeux actuels?

Deux directions se dégagent très nettement. La première s'intéresse à l'identification des risques d'origine psychosociale ou, plus précisément, aux relations entre l'organisation humaine du travail et les accidents, les maladies et la santé. La seconde porte sur les mécanismes de régulation envisagés pour limiter l'impact pathogène des risques, quelle qu'en soit la nature. Il s'agit ici d'étudier les facteurs psychosociaux qui facilitent ou entravent la prévention des accidents et des maladies.

C'est dans l'une ou l'autre de ces perspectives qu'œuvrent les auteurs dont nous publions ici les résultats de recherches, terminées ou en cours. En raison de la complexité et de l'hétérogénéité des objets d'étude, les techniques les plus diverses de cueillette de données sont utilisées: observation participante, analyse documentaire et archivistique, entrevues en face à face, sondage par questionnaire, compilation de fichiers conçus à des fins administratives, etc. Plusieurs de ces recherches (7 sur 11) ont été effectuées au sein d'équipes qui se sont constituées à la faveur des encouragements exceptionnels à la recherche qu'a entraîné au Québec la création de l'Institut de recherche en santé et en sécurité au travail (IRSST).

Les recherches relatives ici sont, comme toutes les recherches empiriques, limitées quant à leur portée parce que ayant un objet circonscrit. Néanmoins, une image d'ensemble se dégage quant à la contribution concrète que les sciences humaines peuvent apporter à la diminution de l'incidence des maladies professionnelles et des accidents du travail.

Les quatre premiers articles de ce numéro examinent les interrelations complexes — mais combien de fois occultées — entre l'occurrence d'accidents et le développement de maladies, d'une part et, d'autre part, des formes diverses d'organisation du travail, telles que les rapports sociaux les ont structurées au fil du temps.

Comparant la production de la même automobile dans les usines Chrysler de Ryton en Grande-Bretagne et de Poissy en France, en 1976, L. Grunberg a constaté que la fréquence des accidents était de loin moins importante dans l'usine anglaise où les travailleurs avaient obtenu une cadence moins rapide de la chaîne de montage. En France, où l'usine embauchait des travailleurs immigrés et où le syndicat était faible, la productivité (nombre d'heures pour fabriquer un véhicule) était par contre plus élevée. La situation change radicalement au milieu des années 80, avec la crise économique, la montée du conservatisme en Grande-Bretagne et la prise du pouvoir par les socialistes en France. L'usine anglaise voit un renforcement du pouvoir patronal, l'affaiblissement du syndicat, l'augmentation de la productivité ... et des accidents. C'est exactement l'inverse qui se passe dans l'usine française: le pouvoir des travailleurs augmente, la productivité baisse et ... les accidents diminuent. Bref, de quoi faire réfléchir à la quadrature du cercle²⁵!

L'étude de A. Vinet, C. Brisson et M. Vézina porte aussi sur l'impact de l'organisation du travail, cette fois sur la santé mentale des opératrices de machines à coudre de la région de Montréal. Les auteurs commencent leur article par une revue de littérature. Il y a une remarquable convergence des recherches sur l'exécution d'un travail parcellaire et répétitif sous contraintes de temps sévères: celui-ci favorise l'apparition de problèmes de santé nombreux et divers. Bien que la relation entre rémunération au rendement et sécurité soit documentée, peu d'études ont examiné son impact sur la santé des gens qui y sont soumis. Les chercheurs étudient l'impact de ces deux variables- sur 800 opératrices de l'industrie du vêtement. La principale conclusion de leur recherche, effectuée par questionnaires autoadministrés et entrevues, est la suivante: les opératrices éprouvent significativement plus de symptômes d'anxiété et de dépression que les ex-opératrices et que les femmes canadiennes en général, tel que l'a estimé l'enquête Santé-Canada. C'est le travail sous contraintes, bien plus que la rémunération à la pièce, qui semble ici en jeu.

A. Billette et R. Bouchard, quant à eux, ont examiné l'état de santé mentale et la consommation rapportée de médicaments des opératrices en saisie de données travaillant dans des petits (moins

25. Nous avons eu un échange de correspondance avec l'auteur à cet égard. Notre objection: «Mais tout cela est évident. Moins on travaille, moins grands sont les risques d'accidents.» Sa réponse: «Je suis d'accord. Mais comment cela se fait-il qu'on l'oublie toujours. Ce que j'ai étudié, c'est non seulement la quantité de travail fournie, mais aussi l'intensité du travail. Toute la littérature prend pour acquis qu'une plus grande productivité est compatible avec une amélioration de la sécurité. Or, ce postulat est faux lorsque cette productivité accrue est acquise par l'exigence d'un plus grand effort.»

de huit personnes) et des grands «pools» de travail. La plus grande prévalence de problèmes de santé se retrouve dans les grands «pools», car le travail s'y avère plus contraignant (tâches plus monotones, cadences plus rapides, etc.).

Alors que ces deux dernières études illustrent qu'il est légitime de suspecter certains types de contraintes au travail d'être à l'origine de dépression, d'anxiété et d'autres troubles, H. David et M. Bigaouette, quant à eux, montrent que ceux qui ont les travaux les plus pénibles ont aussi une retraite plus brève et moins bien rémunérée. Étudiant 2 000 prises de retraite chez les cols bleus et les cols blancs d'une grande entreprise publique, ils s'aperçoivent en effet que les cols bleus ont une rente inférieure et qu'ils meurent plus jeunes que les cols blancs, sous l'effet conjugué de leurs itinéraires professionnels particuliers, de leurs conditions de travail et de leur régime de retraite.

Les autres articles du numéro examinent divers aspects des mécanismes de contrôle et de régulation mis en place pour prévenir ou pour solutionner des problèmes de santé et de sécurité dans les milieux de travail.

N. Dodier a suivi pendant de nombreux mois des inspecteurs français du travail sur des chantiers de construction, un lieu de travail par définition très instable. Appelés à faire respecter le Code du travail en matière de sécurité, les inspecteurs observent, discutent, négocient, imposent. Dodier nous décrit cela comme une véritable pièce de théâtre, une véritable chasse aux risques, où la stratégie et la ruse des inspecteurs côtoient les dilemmes auxquels ils sont confrontés. L'article reconstruit donc, avec une patience et une précision ethnographique, la logique qui sous-tend l'action de l'inspecteur dans sa construction puis sa négociation de la notion de risque. En ce sens, l'article illustre avec éloquence le décalage entre la théorie et la réalité empirique de la prévention et il montre à quel point le contrôle des risques est difficile sur ces «fugaces» chantiers de construction.

C'est à d'autres mécanismes de régulation, plus internes aux entreprises, que s'intéressent M. Simard, C. Lévesque et D. Bouteiller: les services spécialisés en santé-sécurité des entreprises et les comités conjoints de santé et sécurité, et leurs rapports. Cette question a d'autant plus d'intérêt qu'au moment du débat sur la Loi de la santé et de la sécurité au travail, les représentants patronaux s'étaient opposés à la formule de comités décisionnels au nom du droit de l'employeur de conserver intact son pouvoir de gestion dans ce domaine. S'appuyant sur une enquête auprès de plus de 200 entreprises syndiquées, les auteurs montrent, contrairement à ce qu'on aurait pu s'attendre, que la présence de services de santé-sécurité des entreprises favorise, plutôt que de restreindre, l'adoption de la formule de comités décisionnels du législateur. Ces résultats conduisent les auteurs à avancer l'hypothèse que le champ de la santé et de la sécurité est en phase d'institutionnalisation intensive dans les entreprises syndiquées, un peu comme cela a été le cas pour les relations industrielles il y a 25 ans.

D'autres facettes de cette Loi ont beaucoup évolué. Quatre contributions font état de résultats de recherches sur les nouveaux droits des travailleurs(es) légiférés en 1979: le droit de refus et le droit au retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite.

Examinant le droit de refus, du point de vue de la science juridique, avant et après son entrée en vigueur, G. Trudeau soulève à travers la jurisprudence, une foule de questions auxquelles on ne peut répondre sans une collaboration étroite entre juristes et spécialistes des sciences humaines. Quels effets une telle action législative aura-t-elle sur l'évolution du syndicalisme et des conventions collectives? Quel est l'impact de tels droits dans un contexte de libéralisation des échanges économiques entre pays où les droits sociaux n'impliquent pas les mêmes coûts? Le droit de refus rencontre-t-il son objectif de départ: prévenir les dangers à la source? L'auteur conclut en mettant en doute le recours systématique à des lois pour améliorer les conditions de travail.

Avec le droit de refus, soutiennent M. Renaud et C. St-Jacques, on augmente les coûts administratifs mais on réduit les coûts humains de la santé et de la sécurité au travail: c'est une nouvelle philosophie d'expression et de contrôle des risques qui y est sous-jacente. Partant des données préliminaires d'une recherche en cours sur les 1 200 refus enregistrés de 1981 à juillet 1985, et d'une étude auprès des inspecteurs chargés de juger les cas de refus, ils soutiennent que c'est le champ normatif devant guider la justification ou non d'un refus qui fut l'enjeu principal des cinq premières années de la mesure. Les notions de danger, de normalité des conditions de travail et des conditions personnelles furent largement débattues et précisées, au point que le droit semble avoir connu une inévitable réduction de sa portée.

Quant à P. Bouchard et G. Turcotte, leur texte tente d'expliquer pourquoi les travailleuses enceintes ont recours en nombre sans cesse croissant au retrait préventif. Replaçant le problème dans le contexte de l'entrée massive des femmes en âge de reproduire sur le marché du travail, ils constatent d'abord que les utilisatrices de ce droit semblent être celles dont les conditions de travail le justifient le plus. S'appuyant sur les données officielles, les résultats préliminaires d'un sondage et des entrevues auprès des travailleuses et des employeurs de quatre secteurs industriels, ils discutent des différents facteurs qui, ensemble, contribuent à ce qui semble être la croissance imprévue des retraits préventifs.

Dans une note de recherche, C. Legendre s'intéresse aux cas de retrait préventif qui sont refusés par la CSST. Il s'aperçoit que la proportion des refus varie suivant la région, le secteur d'activité économique et l'occupation. Cette dernière variation laisse croire que les refus sont plus fréquents dans les occupations à plus faible risque. L'auteur questionne enfin la codification des motifs de refus de la CSST.

Dans l'avant dernier article du numéro, R. Brown et ses collaborateurs de UCLA essaient de comprendre par deux sondages, pourquoi plusieurs travailleurs et syndicats hésitent à supporter les campagnes antitabagiques dans les entreprises. Représentatifs du nouveau mouvement de promotion de la santé en milieu de travail dont nous avons parlé plus haut, ces chercheurs constatent que le soutien aux politiques antitabagiques est beaucoup plus élevé en fait que ce que les leaders syndicaux en disent. La croyance qu'une prévention efficace du cancer est possible est le meilleur prédicteur des attitudes à l'égard des politiques antitabagiques. Les auteurs concluent que les syndicats devraient, en regroupant tous leurs membres, fumeurs et non fumeurs, s'impliquer activement dans l'orientation et le développement de programmes d'éducation et d'assistance en matière de tabac.

Le texte de François Béland, enfin, permet de rappeler comment les recherches en santé sont intimement liées au secteur de la méthodologie générale. Ce chercheur, qui œuvre à la fois dans un Département de santé communautaire et dans un groupe de recherche de la faculté de médecine de l'Université de Montréal, présente trois modèles pour l'analyse longitudinale: même si l'exemple utilisé est celui du statut social, la pertinence pour le champ de la santé et de la sécurité au travail apparaîtra clairement au lecteur.

Qu'elles examinent l'impact des conditions de travail ou les facteurs conditionnant l'efficacité préventive de diverses mesures, les sciences sociales ont, sans conteste, un rôle crucial à jouer en santé et en sécurité du travail. En inscrivant la bonne santé et la prévention dans leur contexte social et en documentant patiemment des situations précises, elles ont la capacité de rendre visibles des problèmes occultés, de désamorcer les préjugés et les conceptions toutes faites, d'éclairer les décisions et, ultimement, de déboucher sur des propositions d'actions et des visions de l'avenir sans lesquelles il n'y a pas de réelle démocratie des idées, ni d'innovations possibles.