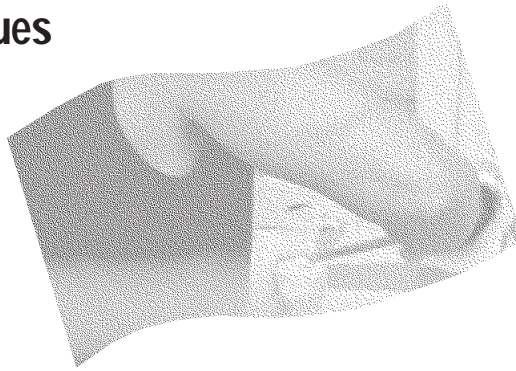


Étude exploratoire des dynamiques préventives en santé au travail dans les petits établissements



Marcel Simard
Marie-Claire Carpentier-Roy
Alain Marchand
François Ouellet

Décembre 2002 R-320

RAPPORT





Solidement implanté au Québec depuis 1980, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST) est un organisme de recherche scientifique reconnu internationalement pour la qualité de ses travaux.

NOS RECHERCHES *travaillent pour vous !*

MISSION

- 4 Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.
- 4 Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.
- 4 Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

Doté d'un conseil d'administration paritaire où siègent en nombre égal des représentants des employeurs et des travailleurs, l'IRSST est financé par la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

POUR EN SAVOIR PLUS...

Visitez notre site Web ! Vous y trouverez une information complète et à jour.
De plus, toutes les publications éditées par l'IRSST peuvent être téléchargées gratuitement.
www.irsst.qc.ca

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine *Prévention au travail*, publié conjointement par l'Institut et la CSST.
Abonnement : 1-817-221-7046

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec
2002

IRSST - Direction des communications
505, boul. de Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : (514) 288-1551
Télécopieur : (514) 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca

© Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
décembre 2002.

Étude exploratoire des dynamiques préventives en santé au travail dans les petits établissements

Marcel Simard, Marie-Claire Carpentier-Roy,
Alain Marchand et François Ouellet

Groupe de recherche sur les aspects sociaux
de la santé et de la prévention (GRASSP),
Université de Montréal

ÉTUDES ET
RECHERCHES

RAPPORT

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca



Cette publication est disponible
en version PDF
sur le site web de l'IRSST.

Cette étude a été financée par l'IRSST. Les conclusions et recommandations sont celles des auteurs.

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSST

Les résultats des travaux de recherche publiés dans ce document
ont fait l'objet d'une évaluation par des pairs.

SOMMAIRE

Cette étude s'intéresse à une réalité négligée et en bonne partie méconnue du domaine de la santé dans le monde du travail au Québec, en l'occurrence **la prise en charge de la santé au travail dans les petites entreprises**. Cela est d'autant plus surprenant que les petites entreprises, soit celles employant moins de 50 personnes, constituent l'immense majorité des entreprises au Québec. Cependant, elles n'emploient qu'une minorité des travailleurs, ce qui explique peut-être pourquoi peu de recherches ont jusqu'ici porté sur la problématique de la prise en charge de la santé-sécurité dans cette catégorie d'entreprises. C'est pourquoi la recherche est avant tout exploratoire.

En effet, les objectifs étaient d'une part de mieux connaître les différentes dynamiques préventives ou de prise en charge des problèmes de santé au travail dans les petits établissements, et d'autre part d'explorer certains facteurs pouvant expliquer les différences observées au niveau de ces dynamiques préventives. Le but ultime de la recherche était de fournir aux intervenants en santé au travail, oeuvrant principalement dans les CLSC, un ensemble assez systématique d'observations dont ils pourraient se servir pour mieux adapter les interventions aux particularités de ces milieux de travail. Pour réaliser cette étude exploratoire, huit petites entreprises d'une même région du Québec ont accepté de participer à la recherche suite à un échantillonnage raisonné, et la collecte des données a été faite par observation, entrevues et questionnaire auprès des patrons-dirigeants, des superviseurs et des travailleurs de ces entreprises, ainsi qu'auprès des intervenants (professionnels d'un CLSC et inspecteurs de la CSST).

Pour cerner la réalité de la prise en charge de la santé au travail dans ces établissements, nous avons développé une typologie des dynamiques préventives tenant compte à la fois des dimensions culturelle et structurelle de la prise en charge. La dimension culturelle fait référence aux valeurs, représentations, attitudes et comportements des divers acteurs en regard des risques et de la prévention, tandis que la dimension structurelle désigne plutôt les moyens plus formels d'action dans le domaine, comme le comité de santé-sécurité, les activités organisées de prévention, le niveau de mesures correctives appliquées, etc.... Si on croise ces deux dimensions en tenant compte de leur faible ou fort développement, on peut créer une typologie comprenant quatre types de dynamiques préventives, qui sont les suivants. Le premier type a été qualifié d' « intégré », parce que les dimensions culturelle et structurelle y sont assez fortement développées. À l'opposé, lorsque ces deux dimensions sont faiblement développées, on a un type de dynamique que nous avons qualifié de « retrait ». Entre ces deux extrêmes, se trouvent deux types intermédiaires, l'un que nous avons appelé la « dynamique formelle » lorsque seulement la dimension structurelle est bien développée, l'autre que nous avons qualifié de « dynamique informelle » lorsque c'est plutôt la dimension culturelle qui est plus développée.

Les résultats confirment l'existence de ces quatre types de dynamiques préventives dans l'échantillon des petites entreprises participantes. Il s'agit d'un résultat important qui remet en question la croyance souvent exprimée que la prise en charge de la santé-sécurité dans les petits établissements est généralement inexistante ou sous-développée. Ce qui est également intéressant, ce sont les facteurs que nous avons identifiés comme ayant une influence sur le développement de ces dimensions à la base des divers types de dynamiques préventives. Brièvement, le développement de la dimension structurelle de la prise en charge semble principalement influencé par la situation économique de la petite entreprise (compétitivité, situation financière, opportunités

de croissance, modernisme technologique) et par certaines caractéristiques du patron-dirigeant (vision " affaires " de son entreprise, réseaux professionnels, formation universitaire), tandis que le développement de la dimension culturelle de la prise en charge est plutôt influencé par la dynamique des relations de travail internes à l'entreprise (valorisation des ressources humaines, style participatif de gestion et de supervision, collectifs de travail).

Bien que les résultats de notre étude doivent être interprétés avec prudence, étant donné le petit nombre de cas étudiés, ils fournissent une base de connaissances utiles si on se place du point de vue de l'intervention en santé au travail dans les petites entreprises. Ils orientent notamment vers une approche capable de contextualiser l'intervention et qui enrichirait l'approche bio-médicale qui est actuellement appliquée en santé au travail. La caractéristique de cette approche est d'amener les intervenants à tenir compte du type de dynamique préventive à l'œuvre dans l'établissement et de son contexte socio-économique, dans l'application de l'intervention. Les divers aspects de cette approche sont suggérées à la fin du présent rapport.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	ii
TABLE DES MATIÈRES	iv
1. INTRODUCTION	1
2. OBJECTIFS ET PROBLÉMATIQUE DE LA RECHERCHE	1
3. MÉTHODOLOGIE	7
3.1. Les données	7
3.2. Méthodes	8
4. RÉSULTATS	9
4.1. Description des dynamiques préventives	9
4.2. Les facteurs micro et macro organisationnels	14
5. DISCUSSION	19
6. IMPLICATIONS POUR L'INTERVENTION	22
6.1. Perceptions des intervenants	22
6.2. Vers un modèle renouvelé d'intervention	23
7. CONCLUSION GÉNÉRALE	25
BIBLIOGRAPHIE	28
Annexe 1	32

1. INTRODUCTION.

Ce rapport présente une synthèse des principaux résultats d'une recherche exploratoire qui a documenté et contextualisé les dynamiques de prise en charge des problèmes de santé au travail qui sont mises en œuvre dans les petites entreprises. Dans le cadre de cette recherche, une petite entreprise désigne un milieu de travail comptant 50 employés ou moins. Au Québec, selon une récente étude, 96,5% des entreprises sont des petites entreprises (MICST, 1998). C'est donc dire que ces entreprises constituent le pain quotidien des intervenants en santé au travail qui y oeuvrent depuis près de 20 ans, dans le cadre de la Loi sur la santé et la sécurité du travail. Cette loi, en effet, prévoit que des unités de santé au travail dans les CLSC (Centre locaux de santé communautaire) qui sont rattachées aux régies régionales de la santé et des services sociaux ont le mandat de fournir des services et des programmes de santé aux travailleurs des entreprises de 21 employés et plus qui appartiennent à certains secteurs prioritaires¹. En plus, au cours des dernières années, ces unités de santé au travail sont intervenues conjointement avec les inspecteurs de la CSST² sur des risques ciblés dans certaines entreprises, souvent de petite taille. Malgré cela, la question des dynamiques de prise en charge des problèmes de santé au travail dans les petites entreprises reste peu connue parce que très peu de recherches ont jusqu'ici porté sur la problématique de la santé-sécurité dans cette catégorie d'entreprises. C'est d'ailleurs suite à la demande d'une équipe d'intervenants en santé au travail d'une Régie régionale, appuyée par les directeurs de santé publique des autres régies régionales du Québec, que la présente recherche a été élaborée et réalisée afin d'aider les intervenants à mieux comprendre les dynamiques préventives dans les établissements de petite taille où ils doivent intervenir et fournir des services de santé au travail.

2.OBJECTIFSETPROBLEMATIQUEDELA RECHERCHE.

Les objectifs de cette recherche sont doubles. D'une part, il s'agit de connaître, documenter et caractériser les différentes dynamiques préventives ou de prise en charge des problèmes de santé au travail dans les petits établissements. D'autre part, la recherche vise aussi à identifier et explorer un ensemble assez large de facteurs qui pourraient expliquer les différences observées entre les établissements. Évidemment, à la base de ces objectifs, il y a l'hypothèse d'une certaine différenciation parmi les petites entreprises en matière de prise en charge de la santé-sécurité au travail (SST). Cette hypothèse prend le contre-pied de la croyance répandue selon laquelle tous les petits établissements ne s'occupent pas ou très peu de la prévention, alors que l'hétérogénéité des petites entreprises en regard de la santé-sécurité est l'une des principales conclusions qu'on peut dégager de la recension des quelques études réalisées jusqu'ici sur cette question.

En effet, **la recension des écrits** montre d'abord que les études scientifiques s'intéressant aux questions de santé au travail dans le contexte spécifique des petites entreprises sont très peu

¹ Ces secteurs prioritaires sont les suivants : bâtiments et travaux publics, forêt et scieries, mines et carrières, industrie chimique, produits en métal, bois, caoutchouc et matières plastiques, équipements de transport, première transformation des métaux, produits minéraux non-métalliques, administration publique, aliments et boissons, meubles et articles d'ameublement, papier et articles divers.

² Commission de la santé et de la sécurité du travail.

nombreuses. En fait, nous en avons recensé environ une douzaine où l'on trouve des éléments pertinents de connaissances relativement à la dynamique de la prise en charge de la sécurité et/ou de la santé au travail dans les petites entreprises (Berthelette et coll., 1997 ; Champoux et Brun, 1999 ; Eakin, 1997, 1992 ; Eakin & Weir, 1995 ; Favaro, 1992 ; Gignac, 1996, 1997 ; Holmes, 1997 ; Lamm, 1997, 1995 ; Limborg & Hasle, 1997 ; Spiegel & Yassi, 1989). Globalement, ces études peuvent être regroupées en deux grandes catégories : d'une part celles qui s'intéressent principalement à certains aspects de la dynamique de prise en charge des questions de sécurité ou de santé au travail dans les petits établissements, et d'autre part celles dont l'accent est mis davantage sur les interventions en santé au travail visant les petites entreprises. Jusqu'à un certain point, ces deux courants de recherche sont complémentaires dans la mesure où plusieurs auteurs du premier courant tirent de leurs résultats de recherche des suggestions pour les intervenants en santé au travail, et réciproquement certains chercheurs du second courant tirent de leurs recherches, généralement évaluatives, des conclusions relatives aux particularités des établissements de petite taille en regard de la prévention en santé au travail.

On peut dégager de ces études plusieurs éléments pertinents de connaissance en regard des objectifs de notre propre recherche. En premier lieu, et tel qu'indiqué plus haut, la plupart des études qui se sont intéressées à divers aspects de la dynamique de prise en charge de la SST dans les petites entreprises y ont trouvé une variété de dynamiques préventives. Cette diversité apparaît d'abord au niveau des propos recueillis auprès des employeurs de ces établissements. Ainsi, dans une étude canadienne effectuée auprès de 53 propriétaires-gestionnaires de petites entreprises, Eakin (1992) montre qu'une majorité de ces employeurs ont comme approche de s'en remettre à leurs employés pour la prévention des risques dans leur travail, leur responsabilité d'employeur se limitant à fournir les équipements de protection individuelle et de répondre aux demandes " raisonnables " de leurs employés. Cependant, une minorité d'environ un tiers des dirigeants estime qu'il appartient à l'employeur de s'occuper plus activement de la santé-sécurité de ses employés, en développant un programme de prévention, des règles de sécurité à suivre et à superviser l'application. L'étude de Lamm (1995) réalisée auprès de 73 employeurs de petites entreprises d'Australie et Nouvelle-Zélande confirme la même diversité d'approches, mais en montrant qu'elles semblent liées aux secteurs d'activités. Par exemple, dans les secteurs des services automobiles et de la distribution, l'approche dominante des petits employeurs est de résister à l'application de la réglementation gouvernementale en santé-sécurité et à responsabiliser les employés pour la prévention des accidents. Au contraire, dans les secteurs de la fabrication de meubles, de l'ingénierie et de l'électronique, l'approche des petits employeurs est davantage responsable face à la santé-sécurité, ce qui les conduit à davantage se conformer à la réglementation et à structurer la prise en charge de la prévention. Enfin, la récente étude de Champoux et Brun auprès d'un échantillon de 223 patrons de petits établissements des secteurs de l'habillement et de la fabrication de produits en métal du Québec identifie quatre profils de prise en charge de la santé-sécurité : deux de ces types, qui représentent 60% des cas, sont qualifiés d' " inactifs " au niveau de divers indicateurs structurels de prévention (activités, structures de prévention), même si dans un type, le patron indique qu'il s'occupe de la gestion de la santé-sécurité. Les deux autres types, qui représentent 40% des cas, sont qualifiés d' " actifs et participatifs " et se différencient selon que les entreprises sont plus ou moins structurées dans leur prise en charge de la prévention. En fait, la seule étude parmi celles recensées dont les résultats ne reflètent pas une nette diversité dans les approches de prise en charge est celle de Holmes et coll. (1997) qui a été faite auprès de 87 employeurs australiens. Cette étude montre que les patrons perçoivent des risques liés à leur activité économique, mais que la quasi totalité d'entre

eux ont tendance à considérer que le contrôle de ces risques pour éviter les accidents ou les maladies est avant tout la responsabilité des travailleurs et qu'ils sont les seuls à blâmer lorsqu'un accident se produit. Cette homogénéité est vraisemblablement attribuable au fait que l'étude a été effectuée dans un seul secteur d'activités, en l'occurrence l'industrie de la peinture.

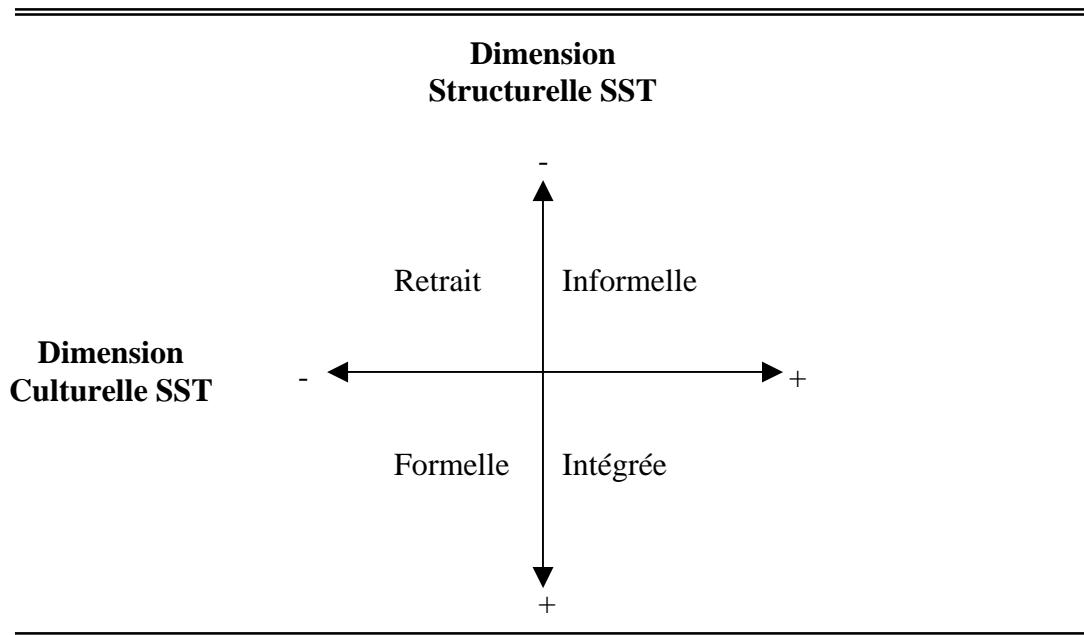
Mais cette diversité de représentations et d'approches à la prise en charge de la santé-sécurité a aussi été observée dans les plus rares recherches qui ont étudié les perceptions des travailleurs dans les petits établissements. Par exemple, dans une étude également réalisée par Eakin (1997) auprès de 40 employés de plusieurs petits établissements canadiens, l'auteure a observé deux attitudes opposées. La première est celle des employés qui, tout en ayant une perception assez juste des risques de leur travail, n'en font pas un " problème " et vont même jusqu'à subordonner la considération de leur propre santé aux intérêts de la compagnie à laquelle ils s'identifient. A l'inverse, la seconde attitude consiste à transformer les risques du travail en " problèmes " qui illustrent le " manque de véritable considération " de l'employeur pour ses employés et reflètent le conflit entre leurs intérêts d'employés et ceux de l'employeur. De son côté, F. Lamm (1997) s'est intéressée à l'effet de la présence des femmes parmi le personnel des petits établissements sur la prise en charge de la santé-sécurité. Sa conclusion est que les femmes sont souvent plus impliquées que les hommes dans la prise en charge, mais que cette implication est en fonction de leur position d'influence dans la structure de pouvoir et de qualification dans l'entreprise. Par exemple, les épouses des dirigeants, les femmes membres de la famille dirigeante, les femmes qui jouent un rôle de protecteur et de " gatekeeper " du dirigeant (masculin), les employées plus qualifiées sont généralement plus actives dans la prise en charge de la santé-sécurité que les employées peu qualifiées.

Cette diversité observée dans les attitudes et comportements en matière de prise en charge de la santé-sécurité chez les principaux acteurs présents dans les petits établissements pose naturellement la question des facteurs pouvant expliquer cette différenciation. A cet égard, quelques études antérieures suggèrent certains facteurs. L'un d'eux a déjà été évoqué : il s'agit des différences de secteurs d'activités. Selon l'étude de Lamm (1995) qui a particulièrement documenté ce facteur, les différences sectorielles significatives ne sont pas à proprement parler au niveau des activités ou de la nature du travail comme telles, mais plutôt dans certaines caractéristiques socio-économiques liés à certains secteurs, telles que la rareté et la qualification technique de la main-d'œuvre, l'importance de l'approche " qualité " dans la gestion des opérations, les connaissances professionnelles plus poussées, souvent même universitaires, requises pour diriger ces entreprises même de petite taille. En somme, les petites entreprises des secteurs plus modernes au plan technique ou participant à la " nouvelle économie " seraient plus propices à une prise en charge plus active et structurée de l'employeur, alors que les petits établissements des secteurs plus traditionnels seraient plus portés à s'en remettre aux employés en matière de santé-sécurité. Un deuxième facteur est la taille des petits établissements. Champoux et Brun (1999) notent dans leur étude que le type " actif, participatif et structuré " de prise en charge est essentiellement le fait des entreprises de 26 à 50 travailleurs, tandis que les trois autres types qui ont comme caractéristique commune de ne pas avoir une prise en charge structurée de la prévention sont de plus petite taille. Un troisième facteur important est la vision que le patron a de son entreprise. Ce facteur a été mis en évidence par Eakin (1992) dans son étude qui a documenté la propension de beaucoup d'employeurs à s'en remettre aux employés en matière de santé-sécurité. Cette dernière attitude s'articule à une vision de l'entreprise selon laquelle le patron s'identifie à la dimension professionnelle de son entreprise (le métier et le travail qui y est

effectué) de sorte qu'il considère ses employés davantage comme des compagnons de travail que comme des employés sur lesquels il doit exercer son autorité. A l'inverse, plus le dirigeant s'identifie à la dimension économique de son entreprise (les affaires qu'elle brasse, le marché qu'elle dessert, etc..), plus il s'estime responsable de " gérer " la santé-sécurité de ses employés, comme il est courant de le faire dans les plus grandes entreprises. Un quatrième facteur également mis en évidence par une autre étude de Eakin (1997) est le climat des relations de travail employeur-employés. Ce facteur influence notamment l'attitude, les perceptions et les comportements des travailleurs en matière de santé-sécurité. Dans cette étude, Eakin commence par montrer que les travailleurs valorisent fortement le caractère " personnalisé " des relations employeur-employés qui est nettement plus accentué dans les petites entreprises. Conséquemment, lorsque les employés estiment que le climat de ces relations est bon et axé sur la confiance et le respect mutuel, ils s'identifient plus fortement à l'entreprise et tendent à ne pas dramatiser les risques de leur travail, alors qu'à l'inverse, s'ils jugent que le climat de relations est mauvais et axé sur la domination et l'exploitation, ils tendent à percevoir les problèmes de santé-sécurité comme un symbole de la déconsidération de l'employeur à leur égard. Ainsi, selon Eakin, l'attitude des employés à l'égard de leur santé au travail est socialement produite par la dynamique des relations sociales de travail. Ce facteur de climat de relations de travail a aussi été noté dans des études évaluatives de l'implantation de programmes de santé dans des petits établissements de la région de Québec, comme étant un facteur jouant favorablement sur le succès d'implantation du programme (Gignac, 1996,1997). Enfin, un dernier facteur a déjà été évoqué : il s'agit de la présence de femmes parmi le personnel, et surtout leur position d'influence basée soit sur leur rôle dans la structure de pouvoir de l'entreprise ou sur leur qualification (Lamm, 1997).

Au plan conceptuel, et pour les fins de la présente recherche, on peut considérer que ces études suggèrent les principaux éléments d'une définition du concept de " dynamique préventive " qui constitue l'objet de notre propre étude, et donc notre variable dépendante. Ainsi, en premier lieu, ces études mettent l'accent sur les acteurs en interaction dans la petite entreprise et qui sont à considérer, en l'occurrence : le propriétaire et/ou dirigeant de l'établissement et les travailleurs qui sont les deux principaux acteurs, et auxquels il faut ajouter, selon nous, le superviseur immédiat des travailleurs lorsque ce dernier est distinct du dirigeant et qui, il faut l'observer, a été jusqu'ici plutôt négligé. Au plan sociologique, tous ces acteurs sont déjà en interaction pour d'autres fins (travail, production, etc...), et c'est en interagissant sur les questions de santé au travail qu'ils construisent progressivement une dynamique préventive. En second lieu, on peut tirer de ces études que les dynamiques préventives semblent se distinguer sur deux dimensions complémentaires. La première dimension est plus " culturelle " et renvoie aux valeurs, attitudes, représentations/perceptions et comportements que ces acteurs développent à l'égard des risques et de la prévention . En somme, la culture de prise en charge de la santé au travail dans le quotidien peut être plus ou moins développée. La seconde dimension est plus " structurelle " et réfère aux structures et programmes d'activités de prévention (comité de SST, activités d'identification et de contrôle des risques) que les acteurs décident de mettre sur pied pour prendre en charge plus formellement les problèmes de santé au travail, cette dimension pouvant elle aussi être plus ou moins développée. Le croisement de ces deux dimensions, tenant compte de leur degré de développement, nous permet donc de construire une typologie des dynamiques préventives comprenant quatre types possibles qui sont présentés dans la figure 1 qui suit.

Figure 1
Typologie des dynamiques préventives eh SST

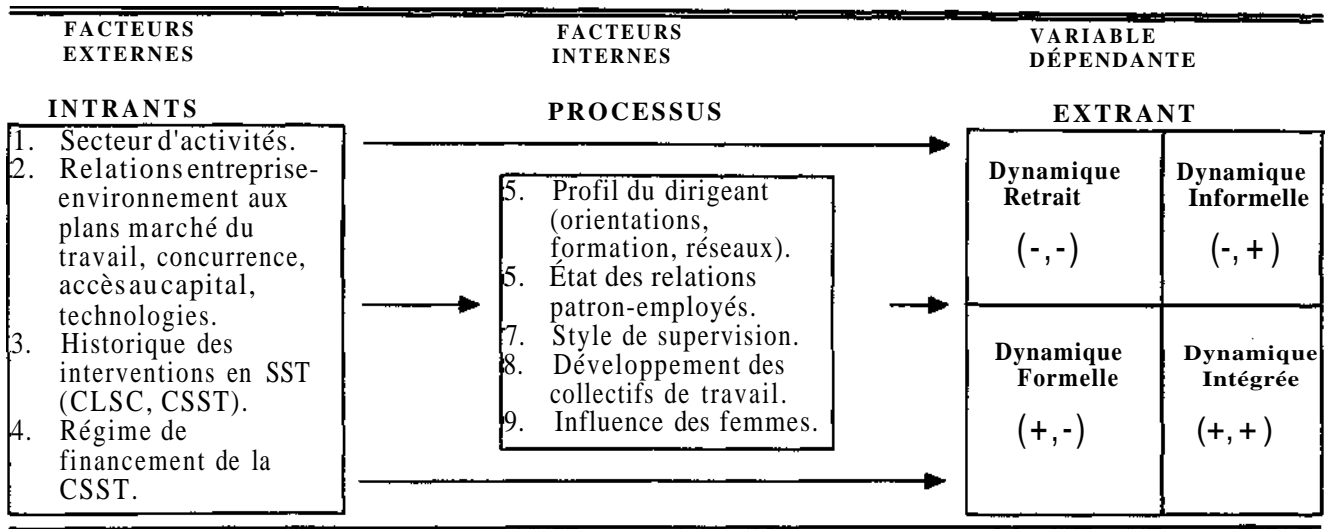


En ce qui concerne maintenant les facteurs pouvant influencer les petites entreprises à adopter l'un ou l'autre type de dynamiques préventives présentées plus haut, nous avons tenu compte des facteurs qui ont déjà été identifiés par les études antérieures, auxquels nous en avons ajouté d'autres découlant des deux approches théoriques complémentaires que nous avons privilégiées. La première est l'approche systémique qui nous porte à considérer les dynamiques préventives comme un extrant résultant de certains processus ou facteurs internes à l'entreprise qui interagissent avec des intrants qui se situent dans l'environnement externe de l'entreprise. Certains de ces facteurs externes sont suggérés par les résultats d'études antérieures, par exemple le secteur d'activités qui renvoie à certaines caractéristiques socio-économiques au plan de la main-d'œuvre, de la technologie, de l'accès au capital (Lamm, 1995). Compte tenu du contexte particulier de notre recherche, nous pensons qu'il faut ajouter deux autres facteurs externes qui renvoient d'une part aux caractéristiques des interventions en santé au travail qui ont été faites dans l'entreprise par des intervenants mandatés, tels que les CLSC et la CSST, et d'autre part au régime de financement de la SST applicable à l'entreprise, lequel peut être plus ou moins incitatif à la prévention (taux personnalisé versus fixe). De même, au niveau des processus ou facteurs internes à l'entreprise, plusieurs ont déjà été documentés ou évoqués dans des recherches antérieures, par exemple : (1) certaines caractéristiques du dirigeant de la petite entreprise comme son orientation (professionnelle versus économique) à l'égard de son entreprise, sa formation managériale, son insertion dans des réseaux (Champoux & Brun, 1999 ; Eakin, 1992 ; Lamm, 1995), (2) la présence de personnel féminin et surtout la position d'influence des femmes dans l'entreprise (Lamm, 1997), (3) le climat des relations employeur-employés tel que perçu par ces derniers (Eakin, 1997).

Nous avons cherché à conceptualiser ces différents facteurs internes à l'aide de la psychodynamique du travail que nous avons utilisée comme seconde approche théorique complémentaire. Selon cette approche, le rapport des travailleurs aux risques de leur travail est en grande partie déterminé par deux axes de relations sociales vécues dans l'entreprise, soit l'axe vertical des relations hiérarchiques, et l'axe horizontal des relations entre les travailleurs. L'importance du premier axe, celui des relations employeur-employés, a déjà été mis en évidence par l'étude de Eakin (1997), et il sera repris ici, mais en différenciant le style de supervision et l'état des relations entre le patron et ses employés. Quant à l'axe horizontal des relations entre les travailleurs, il n'a pas jusqu'ici été exploré en lien avec les questions de santé au travail dans le contexte des petites entreprises, alors que plusieurs études en psychodynamique du travail montrent l'importance de ces relations, lorsqu' étudiées à l'aide du concept de " collectif de travail " (Carpentier-Roy, 1995 ; Cru, 1988 ; Dejours, 1995). Ce dernier concept a été développé en psychodynamique du travail pour désigner un groupe de travailleurs soumis à une même organisation et une même supervision du travail, et dont la cohésion interne a permis de développer des règles de travail dites " règles de métier ". Or, certaines de ces règles sont des " savoir-faire de prudence " qui visent à protéger les travailleurs des dangers de leur travail, d'où l'intérêt d'utiliser la psychodynamique du travail pour approfondir l'exploration et l'analyse des collectifs de travail en présence dans les petites entreprises en lien avec la prévention des risques à la santé au travail.

L'ensemble des facteurs externes et internes précédemment identifiés, ainsi que les différentes dynamiques préventives en santé au travail, sont présentées schématiquement à la figure 2 qui représente **le modèle exploratoire** que nous utilisons comme **cadre de référence** pour les fins de la présente étude.

Figure 2
Schéma du modèle conceptuel exploratoire de la recherche



3. MÉTHODOLOGIE.

3.1. Les données.

Des données qualitatives et quantitatives ont été recueillies entre 1998 et 1999 auprès de huit petites entreprises appartenant à une même région du Québec. Sur ce territoire, les petites entreprises emploient près de 40% de la main-d'oeuvre. La sélection de l'échantillon s'est effectuée à partir des listes d'entreprises visitées par le CLSC au cours des deux dernières années lors d'une intervention en santé au travail. Un échantillon à choix raisonné a été constitué selon le type d'intervention (PSSE: n=6; PII: n=2)³, la réponse du milieu (moins favorable: n=4; plus favorable: n=4) et d'autres critères afin d'examiner une variété de contextes opérationnels. Les autres critères ont été les suivants: syndicalisation (oui, non), taille de l'entreprise (≤ 20 , > 20), comité de SST (oui, non), et une diversité de secteurs industriels. L'échantillon final comprend trois entreprises syndiquées, quatre ont un comité de SST, avec les secteurs suivants : carrosserie (n=2), bois (n=1), meuble (n=1), carrière (n=2), alimentation (n=1), transformation de la pierre (n=1). Pour l'ensemble de l'échantillon on retrouve en moyenne 20,5 travailleurs (médiane=10,5) et un grand total de 164 travailleurs employés par ces entreprises.

Les données qualitatives ont été recueillies par entrevues semi-structurées auprès des propriétaires-dirigeants (n=8), des présidents du syndicat (n=3), les superviseurs (n=9), les comités de SST (n=4) et 8 équipes de travail (n=71). Les données quantitatives ont été récoltées par questionnaires administrés à tous les travailleurs. Au total, 126 employés ont complété le questionnaire pour un taux de réponse de 76,8% qui est similaire entre les entreprises ($\chi^2=5,83$

³ PSSE signifie "programme de santé spécifique à rétablissement" tel que défini dans la Loi sur la santé et la sécurité du travail. PII signifie un "programme intégré d'intervention" qui réfère à un programme établi par la CSST sur certains risques priorités.

df=7 p=,56).

3.2. Méthodes.

Le protocole de la collecte de données débutait par une journée d'observation en entreprise afin d'identifier et bien comprendre le travail réalisé, les risques auxquels sont exposés les travailleurs ainsi que la dynamique des relations sociales à l'oeuvre dans le milieu de travail. L'entrevue avec le propriétaire-dirigeant cherchait à documenter les éléments suivants : la position concurrentielle de l'entreprise sur son marché, sa situation financière et technologique, la qualification et la disponibilité de la main-d'oeuvre, le niveau d'éducation du propriétaire-dirigeant, ses expériences managériales antérieures, son identification à l'entreprise (économique v/s familiale), sa participation à des réseaux professionnels, sa perception des travailleurs et du syndicat (lorsque présent), son style de gestion, sa connaissance et évaluation des risques ainsi que les ressources investies en SST, et enfin son évaluation des interventions réalisées par le CLSC et l'inspecteur de la CSST. Pour le superviseur, l'entrevue abordait les éléments touchant son style de supervision, le climat des relations de travail avec les employés, sa connaissance et évaluation des risques, son rôle et implication en SST, son évaluation de l'implication de l'entreprise et des travailleurs en SST, ainsi que son évaluation des interventions réalisées par le CLSC et l'inspecteur de la CSST. L'entrevue avec le président du syndicat récoltait de l'information sur la position concurrentielle de l'entreprise sur son marché, sa situation financière et technologique, le climat des relations employeur-employés-syndicat, la connaissance et l'évaluation des risques par le président du syndicat, son rôle et implication en SST, l'implication de l'entreprise et des travailleurs en SST, ainsi que son évaluation des interventions réalisées par le CLSC et l'inspecteur de la CSST. L'entrevue avec les membres du comité de SST portait sur le fonctionnement et les priorités du comité ainsi que les relations avec les intervenants du CLSC et de la CSST. Enfin, l'entrevue avec les groupes de travailleurs documentait le style de supervision et de gestion du management, le climat des relations employeur-superviseur-travailleurs, le fonctionnement de l'équipe de travailleurs comme un collectif de travail, les attitudes et connaissances par rapport aux risques du travail, les actions et comportements adoptés pour se protéger des risques, l'implication de l'entreprise et des travailleurs en SST., ainsi que l'évaluation des interventions réalisées par le CLSC et l'inspecteur de la CSST.

Quant au questionnaire administré aux travailleurs, il a été construit afin de mesurer, pour l'ensemble de l'usine, l'évaluation des travailleurs de l'implication en SST du propriétaire-dirigeant et du superviseur, le niveau de respect des règles de SST ainsi que le niveau d'initiatives en SST, le niveau d'utilisation des stratégies défensives, le climat de travail, le niveau de gestion et de supervision orientée vers la personne, le niveau de développement du collectif de travail ainsi que le niveau de pouvoir de l'équipe de travail. On trouvera à l'annexe 1 une présentation détaillée de la définition et de la mesure des variables du modèle présenté à la figure 2.

Les données ont été analysées de la façon suivante. Pour les variables documentées par entrevue, une analyse de contenu a été réalisée pour chacune des entrevues afin d'en dégager une synthèse pour chacune des variables étudiées. Lorsqu'une variable était mesurée par les entrevues de plusieurs acteurs de la même entreprise, une analyse de comparaison croisée a été effectuée et par la suite synthétisée. A partir de l'analyse de contenu, ces variables ont été codées par

l'équipe de recherche selon la procédure développée par Simard et Marchand (1995)⁴ en utilisant la cotation 0=faible, 1=moyen, 2=fort, pour fournir une mesure du niveau de développement de ces variables dans chaque entreprise. Quant aux variables documentées par le questionnaire, la mesure de chaque entreprise a été établie en tenant compte des réponses de tous ses travailleurs. Ces variables ont été ramenées sur une échelle variant entre 0 et 2 pour assurer la comparabilité avec les autres variables. Pour ce qui est de la typologie des quatre dynamiques préventives, elle a été mesurée en deux étapes. La première a consisté à additionner les indicateurs respectifs de la dimension culturelle et de la dimension structurelle de prise en charge afin de calculer le score de chaque entreprise sur une échelle mesurant chaque dimension. Ces scores ont été transposés en des valeurs variant entre 0 et 1, et la médiane de chaque échelle a été retenue comme point de césure pour dichotomiser la distribution des scores des entreprises sur chaque échelle (+/-). La seconde étape a consisté à croiser les deux échelles dichotomisées afin d'établir la typologie à quatre cases. Enfin, étant donné la petite taille de l'échantillon, les associations entre la typologie des dynamiques préventives et les facteurs micro et macro organisationnels n'ont pu être évaluées au plan statistique. Par conséquent, les associations ont plutôt été estimées avec chacune des échelles mesurant les deux dimensions de la typologie au moyen de la corrélation de rang de Spearman⁵. Les corrélations ayant un seuil de signification de $p \leq ,10$ ont été retenues pour identifier les facteurs explicatifs importants, lesquels ont ensuite été présentés qualitativement selon les quatre types de la typologie des dynamiques préventives.

4. RESULTATS

4.1. Description des dynamiques préventives

Le tableau 1 présente la classification des huit établissements étudiés dans les quatre types de dynamiques préventives, en utilisant un point de césure médian de 0,65 pour la dimension culturelle de SST et de 0,46 pour la dimension structurelle. Chaque type de dynamique préventive comprend ainsi deux établissements et au total, ce tableau permet de constater que la dimension culturelle de la prise en charge de la SST est, dans l'ensemble, plus développée que la dimension structurelle.

⁴ Selon cette procédure, chaque membre de l'équipe donnait individuellement une cote à la variable pour chaque acteur interviewé. En cas de différence significative entre les cotes des membres de l'équipe, une discussion avait lieu pour permettre à chacun d'exposer son interprétation du matériel qualitatif, et à la lumière de cette discussion, chaque membre de l'équipe pouvait rajuster sa cote. Au terme de cette procédure, la cote moyenne devenait la cote retenue de cette variable pour cet acteur. La même procédure était appliquée à chaque acteur dont l'entrevue avait permis de documenter cette variable. La moyenne des cotes moyennes devenait alors la mesure de cette variable pour l'entreprise considérée.

⁵ Le coefficient de Spearman était le plus approprié à la nature essentiellement ordinale de nos variables, même si la quantification de ces variables pouvait donner l'illusion qu'elles étaient continues.

Tableau 1
Classification des entreprises selon les dynamiques préventives en fonction des scores obtenus pour la dimension culturelle et la dimension structurelle de la SST (N = 8)

Entreprises	Score dimension culturelle SST	Score dimension structurelle SST	Types de dynamique préventive
1-Carosserie	0,42	0,25	Retrait
2-Carrière	0,56	0,14	Retrait
3-Carosserie	0,8	0,17	Informelle
4-Meuble	0,72	0,13	Informelle
5-Bois	0,64	0,63	Formelle
6-Carrière	0,59	0,82	Formelle
7-Alimentation	0,76	0,79	Intégrée
8-Transformation de la pierre	0,69	0,79	Intégrée

Comme on peut le voir, les établissements dans les dynamiques de type intégré et informel partagent une culture de SST plus développée, alors que les établissements dans la dynamique intégrée et formelle ont en commun une structure SST plus développée. La dynamique de type retrait est constituée d'établissements ayant un développement faible à la fois sur les dimensions culturelle et structurelle de la prise en charge de la SST.

Le tableau 2 présente les scores moyens obtenues pour les indicateurs mesurant chaque dimension de la typologie et leurs variations selon les quatre dynamiques préventives. Au niveau de la dimension culturelle de la SST, les propriétaires-dirigeants de six petits établissements, répartis dans trois des quatre dynamiques préventives, obtiennent le score maximal de 2 pour la connaissance des risques. Dans leur cas, en effet, les entrevues montrent qu'ils connaissent les risques de leur entreprise respective et qu'ils n'ont pas tendance à minimiser les dangers auxquels sont exposés leurs travailleurs, alors que les propriétaires-dirigeants de la dynamique de retrait ont obtenu un score plus faible parce qu'ils ont tendance à méconnaître et à sous-estimer les risques de leurs employés. Dans les deux cas, ils n'ont pas été en mesure de faire une liste exhaustive des risques pour la santé et la sécurité présents dans leur entreprise. Ces derniers dirigeants connaissent aussi moins bien la loi en santé-sécurité et surtout les règlements applicables à certains risques spécifiques de leur entreprise. Autre aspect sur lequel ces dirigeants ont obtenu un score faible de 1 : la question de la responsabilité en matière de SST qu'ils sont portés à attribuer essentiellement aux travailleurs plutôt qu'à la considérer comme une responsabilité partagée. Quant aux six autres propriétaires-dirigeants, ils considèrent plutôt que la prise en charge de la SST relève à la fois de la responsabilité de l'employeur et des travailleurs, mais seuls les dirigeants des établissements de la dynamique intégrée insistent fortement sur le fait que les deux parties doivent travailler main dans la main pour prévenir les risques de maladies et d'accidents. Conséquemment, le niveau d'implication en SST de ces six employeurs a été évalué

assez élevé à partir de leurs entrevues, du fait qu'ils se sont montrés assez favorables à apporter des correctifs et à injecter de l'argent pour améliorer la SST. Toutefois, les dirigeants des entreprises ayant une dynamique informelle et intégrée soulignent que leur intérêt pour la prévention des risques à la santé est tout de même limité par des contraintes financières propres aux petites entreprises dont les exigences de la Loi et des règlements, à leur avis, ne tiennent pas suffisamment compte. Ainsi, leurs comportements vis-à-vis certaines solutions correctives plus coûteuses, comme les solutions techniques à la source, expriment une certaine crainte de ne pas pouvoir concilier respect de la loi et des exigences à l'égard de la santé de leurs travailleurs et survie de l'entreprise. Quant aux dirigeants des entreprises ayant une dynamique de retrait, leur implication en SST est évaluée comme étant vraiment plus faible, du fait à la fois qu'ils favorisent essentiellement la fourniture d'équipements de protection individuelle aux travailleurs et qu'ils estiment qu'ils n'ont tout simplement pas les moyens de faire davantage. Dans leur cas, l'évaluation de l'implication faible de ces dirigeants faite par les chercheurs est confirmée par les travailleurs de ces deux entreprises qui, dans le questionnaire, expriment un assez fort désaccord avec l'opinion que leurs dirigeants font tout leur possible pour améliorer la santé-sécurité des employés, que la compagnie donne suite aux demandes des employés en SST, et que la compagnie fait tout son possible pour aider les travailleurs qui ont un accident du travail. Cette évaluation de l'implication en SST du dirigeant par les travailleurs est nettement plus élevée dans les entreprises ayant une dynamique intégrée et informelle, comme on peut le voir au tableau 2. Dans leur cas, le degré d'accord des travailleurs avec les opinions énumérées plus haut est forte. Par contre, l'évaluation des travailleurs est plus faible pour les propriétaires-dirigeants des entreprises ayant une dynamique formelle, alors que ces derniers obtiennent un score nettement plus élevé selon la cote attribuée par l'équipe de recherche, laquelle est basée sur l'entrevue des dirigeants eux-mêmes, d'où l'intérêt de confronter l'opinion des dirigeants sur eux-mêmes avec l'évaluation faite par leurs travailleurs.

Toujours en référence avec la dimension culturelle de la prise en charge de la SST, le tableau 2 fournit aussi les scores obtenus pour certaines attitudes et comportements des superviseurs. Au niveau de l'attitude à l'égard des risques en termes de connaissance et d'évaluation des risques exprimée par les superviseurs, on note une assez bonne consistance entre les scores obtenus par les superviseurs et ceux de leurs dirigeants traités plus haut, en ce qui concerne les entreprises ayant une dynamique de retrait, informelle et intégrée. Par contre, dans les entreprises ayant une dynamique préventive formelle, le score des superviseurs est relativement plus faible chez ces derniers comparativement à leurs dirigeants. En effet, ces superviseurs ont une faible connaissance et tendent à minimiser les risques vécus par les travailleurs (1,0). De plus, leur implication en SST est également très faible (0,5) : ils disent intervenir rarement auprès de leurs employés pour faire respecter les règles de SST, ils ne parlent pas de SST avec leur patron, ils ne se souviennent pas d'un projet ou d'une mesure en SST qu'ils ont initié et ils disent s'occuper peu du suivi des demandes en SST des employés, puisque ces demandes sont le plus souvent adressées directement au patron. Conséquemment, l'évaluation que les employés de ces entreprises font de l'implication en SST de ces superviseurs est aussi faible (0,7), telle que mesurée par les cinq indicateurs utilisés dans le questionnaire, et qui sont énumérés à l'annexe 1. A peu de choses près, le profil d'implication en SST des superviseurs des entreprises ayant une dynamique préventive de retrait ressemble à celui qui vient d'être décrit plus haut, tant au niveau de l'évaluation qui en est faite par les travailleurs (0,6) que par les superviseurs eux-mêmes (1,0). Seule différence qui explique le score légèrement plus élevé accordé à cette évaluation par les superviseurs, ceux-ci disent qu'ils essaient assez souvent de s'occuper du suivi des demandes des employés en SST, mais en ajoutant qu'ils ont peu de succès auprès de leur patron parce que ce dernier est peu enclin

à y donner suite. Par contre, dans le cas de l'implication des superviseurs des entreprises ayant une dynamique informelle et intégrée, les scores sont plus élevés autant pour l'évaluation faite par les superviseurs eux-mêmes que pour l'évaluation faite par les travailleurs. Dans l'ensemble, ces scores se rapprochent de ceux obtenus pour l'évaluation de l'implication des dirigeants, ce qui indique que la dimension culturelle de la SST est assez bien partagée entre les deux niveaux d'autorité dans ces entreprises. Cette consistance existe aussi dans les entreprises ayant une dynamique de retrait, mais sur une dimension culturelle faible. Par contre, l'intérêt de ces premières données est de révéler l'inconsistance qui existe dans les attitudes et comportements en SST entre les dirigeants et les superviseurs dans les entreprises ayant une dynamique préventive formelle. Manifestement, le niveau d'intérêt des dirigeants pour la SST est peu partagé par la supervision, ce qui constitue la principale faiblesse de ces entreprises au plan de la culture en SST.

Poursuivant l'analyse de la dimension culturelle de la SST, nous abordons maintenant certaines attitudes et comportements en SST des travailleurs. Les scores indiqués au tableau 2 sont ceux calculés à partir des réponses au questionnaire complété par les travailleurs de chaque entreprise, et présentés pour les deux entreprises de chaque type de dynamique préventive. On peut trouver une description des indicateurs utilisés pour mesurer chacun des trois aspects identifiés au tableau 2, en consultant l'annexe 1. En ce qui concerne le respect des règles de sécurité, les scores sont assez élevés dans les six entreprises réparties dans les dynamiques préventives informelle, formelle et intégrée. Sur ce point, le score est un peu plus faible pour les deux entreprises ayant une dynamique de retrait, ce qui est assez consistant avec les scores également plus faibles de ces entreprises au niveau de leurs dirigeants et superviseurs. Dans l'ensemble, toutefois, il faut noter que le score maximum obtenu pour le respect des règles de sécurité est de 1,5 sur 2,0, ce qui implique qu'une partie des travailleurs a tendance à contourner les règles de sécurité et ce, quelle que soit la dynamique préventive. Pour contextualiser ce constat, on peut dire que dans les entrevues réalisées auprès de groupe de travailleurs de ces entreprises, plusieurs ont indiqué qu'ils ne connaissent pas toujours précisément la nature des risques à la santé auxquels ils sont exposés, non plus que les mesures de prévention et de protection qu'ils devraient appliquer. En ce qui concerne maintenant la propension des travailleurs à prendre des initiatives en SST (par exemple: rapporter des situations dangereuses, suggérer des correctifs, faire pression pour accélérer le suivi à une demande en SST, discuter avec d'autres travailleurs de problèmes de santé au travail, etc.), les scores obtenus indiquent qu'il s'agit de comportements moins fréquents que le respect des règles de sécurité, et ce dans l'ensemble de l'échantillon. Enfin, en ce qui concerne la propension des travailleurs à utiliser des stratégies défensives d'ordre psychologique (par exemple: minimiser les risques, ne pas y penser en faisant son travail, etc...) pour se donner une sorte de sécurité psychologique face aux risques du travail, elle est présente dans toutes les entreprises, bien qu'elle soit beaucoup plus fréquente chez les travailleurs des entreprises ayant une dynamique de retrait. Dans une certaine mesure, le recours des travailleurs à ces stratégies défensives traduit une certaine ignorance des effets de certains risques sur leur santé. Cependant, surtout là où la dynamique de retrait prévaut, ce recours à des stratégies défensives traduit aussi une assez grande insécurité d'emploi ressentie par les travailleurs et leur crainte de mettre en péril la survie de l'entreprise s'ils ne font pas silence sur la réalité des risques de leur travail.

Tableau 2
Moyennes obtenues sur les indicateurs mesurant les dimensions culturelle
et structurelle de la SST dans les quatre dynamiques préventives (N = 8)

Aspects de la dimension culturelle de la SST	Retrait (n=2)	Informelle (n=2)	Formelle (n=2)	Intégrée (n=2)	Total (n=8)
Propriétaire-dirigeant:					
Connaissance et évaluation des risques	1,5	2	2	2	1,9
Responsabilité partagée	1	1,5	1,5	2	1,5
Implication en SST	1	1,5	2	1,5	1,6
Évaluation des travailleurs de l'implication en SST du propriétaire-dirigeant	1	1,5	1,1	1,4	1,2
Total	1,1	1,6	1,7	1,7	1,6
Superviseur:					
Connaissance et évaluation des risques	1,5	2	1	1,5	1,5
Implication en SST	1	2	0,5	1,5	1,3
Évaluation des travailleurs de l'implication en SST du superviseur	0,6	1,3	0,7	1,1	0,9
Total	1	1,8	0,7	1,4	1,2
Travailleurs:					
Respect des règles de sécurité	1,2	1,5	1,4	1,5	1,4
Initiatives sécuritaires	0,9	1	1,2	1,1	1,1
Stratégies défensives (faible)	0,6	1,2	1,3	1,3	1,1
Total	0,9	1,2	1,3	1,3	1,2
Aspects de la dimension structurelle de la SST					
Responsable SST patronal	0	0	1	2	0,8
Responsable SST syndical/employé	0	0	2	1,5	0,9
Comité SST	0	0	2	2	1
Activités d'identification des risques (Enquête et analyse d'accident, inspection, analyse sécuritaire des tâches)	1	0,5	1,5	2	1,3
Activités de contrôle des risques (Entretien préventif, Simdut, formation, information)	0,5	0,5	0,5	1,5	0,8
Mesures correctives réalisées	1	1	2	1,5	1,4
Total	0,4	0,3	1,5	1,8	1

Au niveau de la dimension structurelle de la SST, les entreprises caractérisées par une dynamique de type intégré et ou de type formel sont plus développées que les autres entreprises sur presque tous les aspects considérés. D'abord, elles sont les seules ayant des personnes au niveau patronal et des employés clairement identifiés comme responsables pour s'occuper du dossier SST, de même que les seules ayant un comité de SST. Leurs activités d'identification des risques sont également plus développées: elles pratiquent l'enquête-analyse d'accident et l'inspection régulière des lieux de travail de manière structurée (formulaires, procédure, personnes mandatées), et aussi l'analyse sécuritaire des tâches, mais sur une proportion plus faible des postes pour les entreprises ayant une dynamique formelle. Quant à leurs activités de contrôle des risques, elles sont plus développées dans les entreprises ayant une dynamique intégrée: celles-ci sont très actives dans l'entretien préventif, le SIMDUT et l'information en SST mais une seule entreprise donne de la formation en SST à ses employés. Ces activités de contrôle sont moins développées dans les entreprises ayant une dynamique formelle: elles utilisent le SIMDUT, mais une seule entreprise procède à l'entretien préventif et seulement lors des "shut down". Par contre, dans les entreprises ayant une dynamique de type informel ou de retrait, l'ensemble des aspects structurels de la SST sont plus faiblement développés: aucune n'a de cadre ou d'employé ayant des responsabilités identifiées en SST, et elles n'ont pas de comité de SST. Leurs activités d'identification des risques se réduisent à l'enquête d'accident et à l'inspection des lieux de travail, et ces activités se font de manière peu structurée. Quant aux activités de contrôle des risques, celles-ci sont peu utilisées et se résument à appliquer le SIMDUT et à faire un peu d'entretien préventif (deux entreprises). En conséquence de ces différences marquées, il n'est donc pas surprenant que les petits établissements caractérisés par une dynamique formelle ou intégrée, étant donné le niveau plus élevé de développement des aspects structurels de la prise en charge, appliquent davantage de mesures correctives à la source que les autres entreprises et que leurs scores soient meilleurs sur ce point. Cependant, même si la structure SST est moins développée dans les entreprises ayant une dynamique de type informel et de type retrait, on y retrouve néanmoins la réalisation de quelques mesures correctives appliquées pour sécuriser l'environnement de travail, mais à un degré nettement moindre que dans les autres entreprises ayant une dynamique de type formel et intégré.

4.2. Les facteurs micro et macro organisationnels

Les tableaux 3 et 4 présentent les résultats obtenus de l'analyse des facteurs micro (tableau 3) et macro (tableau 4) organisationnels associés à la dimension culturelle et structurelle de la typologie des dynamiques préventives en santé au travail. Rappelons que nous estimons les associations entre ces facteurs et chacune de ces deux dimensions parce que la taille réduite de l'échantillon ne permet pas d'évaluer statistiquement l'association de ces facteurs avec l'ensemble de la typologie des dynamiques préventives.

Comme on peut le voir au tableau 3, le développement de la dimension culturelle en SST est principalement associé à des facteurs micro organisationnels et plus spécifiquement, à divers aspects de l'état des relations employeur-employés et à divers indicateurs mesurant la force des collectifs de travail. Ainsi, la dimension culturelle en SST est davantage développée lorsque le propriétaire-dirigeant et le superviseur décrivent leur style de gestion et de supervision comme étant de type participatif (consultent les travailleurs, donnent suite à leurs demandes, font confiance à leurs employés et leur donnent de l'autonomie décisionnelle, reconnaissent et

valorisent la contribution des employés par des gestes concrets, et utilisent des moyens pour renforcer le sentiment d'appartenance), et que les travailleurs évaluent que le climat de travail est basé sur la confiance et le respect mutuel, et que les travailleurs évaluent que la culture managériale et de supervision est orientée sur la personne (cf. Annexe 1 pour une description des indicateurs). En ce qui concerne la relation avec les collectifs de travail, le développement de la dimension culturelle de la SST est positivement associée au fait que, dans les questionnaires complétés, les travailleurs perçoivent leur équipe de travail comme ayant une forte propension à s'entraider, à s'échanger des trucs, et à avoir davantage de pouvoir pour négocier avec leur superviseur. Quant aux facteurs macro-organisationnels présentés au tableau 4, le seul facteur significativement associé avec le développement de la dimension culturelle en SST renvoie aux pressions externes en SST, et plus spécifiquement à la perception que les travailleurs ont de l'utilité des modalités de l'intervention en santé au travail réalisée par le CLSC. Ainsi, l'utilité perçue de l'intervention du CLSC est négativement associée au développement de la dimension culturelle de la SST dans l'entreprise. Ce résultat surprenant, basé sur le questionnaire rempli par les travailleurs, appelle certaines précisions qui ont été obtenues lors des entrevues réalisées avec des groupes de travailleurs. En effet, les entrevues nous indiquent qu'il ne s'agit pas ici d'un jugement sur la « nécessité » comme telle des interventions externes en santé au travail, laquelle est largement acceptée et même souhaitée par les travailleurs et même les patrons des entreprises participantes à l'étude, puisqu'ils reconnaissent avoir besoin d'aide extérieure dans ce dossier. Il s'agit plutôt d'un jugement sur « l'utilité » des interventions considérant leurs modalités actuelles de réalisation dans ces entreprises. Or, dans les établissements où l'utilité des interventions en santé au travail est perçue comme faible, ce qu'on reproche aux intervenants, c'est par exemple de faire l'analyse des risques du milieu sans vraiment prendre le temps de consulter les travailleurs sur leur vécu en rapport avec ces risques, ou encore de faire des recommandations à l'employeur sans que les travailleurs en soient pleinement informés, ou encore d'être peu disponibles au niveau du suivi et du support apportés après le dépôt du programme de santé. Comme on peut le voir, il s'agit là de modalités de l'intervention qui n'affectent pas comme telle la perception de la nécessité de telles interventions, mais qui affectent plutôt la perception de l'utilité, au sens de la capacité de ces interventions d'atteindre le résultat attendu en termes de réduction des risques à la santé.

Pour les facteurs associés à la dimension structurelle des dynamiques préventives, on peut voir aux tableaux 3 et 4 que le profil du propriétaire-dirigeant ainsi que le contexte socio-économique de l'entreprise sont les seuls facteurs significativement associés. Ainsi, la dimension structurelle en SST est plus développée lorsque le propriétaire-dirigeant a un plus haut niveau de scolarité, particulièrement un niveau universitaire, et qu'il a une plus forte propension à avoir une identification économique à son entreprise, i.e à la gérer d'abord dans le but de faire du profit et de façon indépendante de la famille (par exemple, le dirigeant ne souhaite pas que ses enfants y travaillent ou prennent sa relève). Aussi, la dimension structurelle de la SST est plus élevée lorsque le dirigeant est d'avis que son entreprise est en bonne position vis-à-vis la concurrence, qu'elle a une bonne situation financière, qu'elle est dans une situation d'expansion et moderne au niveau de sa technologie.

Enfin le tableau 5 présente une synthèse descriptive et qualitative du profil des facteurs micro et macro organisationnels significatifs issus des tableaux 3 et 4 selon les quatre types de dynamiques préventives en SST identifiés par la typologie.

Tableau 3
Associations (corrélations de rang de Spearman) entre les facteurs micro-organisationnels
et les dimensions culturelle et structurelle des dynamiques préventives (N = 8)

Profil du propriétaire-dirigeant :	Culture SST	Structure SST
Identification économique à l'entreprise	-,36	,80**
Niveau d'éducation	-,17	,85**
Expérience en gestion	-,19	-,45
Réseaux professionnels	,25	-,07
Relations employeur-employés :		
Perception positive de l'employeur de ses employés	,48	,03
Évaluation du climat de travail par les travailleurs	,79**	-,10
Gestion participative	,87***	-,19
Évaluation par les travailleurs de la gestion orientée sur la personne	,93***	-,06
Supervision participative	,74**	-,42
Évaluation par les travailleurs de la supervision orientée sur la personne	,71**	-,28
Stabilité de la main-d'oeuvre	-,10	,15
Sentiment d'appartenance à l'entreprise des travailleurs	,63	-,12
Statut de pouvoir des femmes :		
Employées qualifiées	na	na
Postes cadres	,41	,33
Responsable SST	,25	,39
Collectif de travail		
Entraide	,80**	-,06
Échange	,66*	-,23
Fierté du travail	,08	,13
Évaluation du collectif par les travailleurs	,55	,24
Perception du pouvoir du groupe de travail	,91***	-,26

Note: * $p \leq .10$, ** $p \leq .05$, *** $p \leq .01$

Tableau 4
Associations (corrélations de rang de Spearman) entre les facteurs macro-organisationnels
et les dimensions culturelle et structurelle des dynamiques préventives (N = 8)

	Culture SST	Structure SST
Contexte socio-économique :		
Bonne position v/s concurrence	,25	,94***
Bonne situation financière	-,03	,71**
Possibilité d'expansion	-,08	,82**
Stratégie qualité	-,03	,19
État de la technologie (récente)	-,39	,74**
Niveau de qualification des travailleurs	,12	,06
Disponibilité de la main-d'oeuvre	-,13	-,09
Pressions externes en SST :		
Intervention de l'inspecteur de la CSST	,11	-,62
Support donné par l'inspecteur de la CSST	-,43	-,47
Utilité perçue des modalités de l'intervention du CLSC	-,69*	-,01
Support donné par le CLSC	-,62	-,01

Note: * $p \leq .10$, ** $p \leq .05$, *** $p \leq .01$

Tableau 5
 Profil descriptif des entreprises selon les dynamiques préventives (N = 8)

Dynamique préventive	Description
Intégrée	<p>Caractérisée par un style de gestion et de supervision axé sur la souplesse, l'écoute et la participation. Le climat de travail repose sur la confiance et le respect mutuel et le collectif de travail y est fort, opérant, capable de pressions et d'opposition. Le profil du dirigeant est marqué par une vision affaire de son entreprise et il possède une formation universitaire. Les entreprises ayant cette dynamique préventive sont en bonne position par rapport à la concurrence, elles cherchent à prendre de l'expansion, leur technologie est récente et la situation financière est assez bonne. L'intervention du CLSC est perçue comme ayant peu d'utilité.</p>
Formelle	<p>Similaire à la dynamique intégrée en ce qui concerne le profil du dirigeant et la situation économique et technologique, elle se distingue de cette dernière par un style de gestion et de supervision qui fait peu de place à la participation et à l'écoute, le style de supervision pouvant même être qualifié d'autoritaire. Le climat de travail est basé sur la confiance et le respect mutuel mais dans une moindre mesure que la dynamique intégrée. Le collectif de travail est y assez fort, la capacité de pression et d'opposition y est plus faible et le collectif est fragilisé par les pratiques de gestion. L'intervention du CLSC est évaluée comme étant très utile.</p>
Informelle	<p>Caractérisée par un style de gestion et de supervision axé sur la souplesse, l'écoute et la participation de même qu'un climat de travail axé sur la confiance et le respect mutuel. Le collectif de travail y est très fort et capable de pression et d'opposition. Ces éléments sont similaires à ceux de la dynamique intégrée mais à des niveaux plus élevés. Les dirigeants ont une vision familiale de leur compagnie et ils n'ont pas de formation en gestion. Les entreprises sont cependant dans une position beaucoup plus difficile au niveau économique. Tout comme dans la dynamique intégrée, l'intervention du CLSC est perçue comme ayant peu d'utilité.</p>
Retrait	<p>Les entreprises de cette catégorie sont dans une position difficile. Le style de gestion et de supervision est de type autoritaire, le climat de travail est caractérisé par la méfiance, le collectif de travail est inexistant et la capacité de pression et d'opposition est faible. Les dirigeants ont une vision affaire mais une gestion familiale avec peu de formation en gestion. La situation économique est précaire en ce qui à trait à la concurrence et aux possibilités d'expansion quoique la situation financière peut-être qualifiée de moyenne. Tout comme dans la dynamique formelle, l'intervention du CLSC est évaluée comme étant très utile.</p>

5. DISCUSSION.

Il importe d'abord de mentionner les plus importantes limites de cette recherche. En premier lieu, la petite taille de l'échantillon élimine d'emblée toute prétention à la validité externe des résultats. Nous avons assumé cette limite dès le départ, puisque l'objectif de notre recherche n'était pas la représentativité statistique de la population des petits établissements, mais plutôt la représentativité analytique, ce que nous avons tenté d'atteindre par la construction d'une typologie des dynamiques préventives à l'œuvre dans les petites entreprises: En second lieu, les corrélations que nous avons estimées pour explorer les facteurs potentiellement influents sur les dynamiques préventives doivent être interprétées avec prudence, étant donné le petit nombre de cas observés. Néanmoins, nous pensons qu'elles sont indicatives de certaines tendances.

Cela dit, et malgré ces limites, nous pensons que nos résultats apportent plusieurs éléments nouveaux de connaissance concernant la prise en charge de la santé au travail dans les petites entreprises.

Premièrement, au niveau conceptuel, notre étude propose un concept nouveau, celui de "dynamique préventive", pour appréhender la réalité de ce qui se passe dans les petits établissements concernant la santé au travail. Ce concept est nouveau parce qu'il intègre deux dimensions fondamentales de la prise en charge, à savoir la dimension structurelle d'une part qui avait été négligée dans la plupart des études antérieures, et la dimension culturelle d'autre part. De plus, sur cette dernière dimension, notre concept est plus englobant puisqu'il tient compte d'aspects nouveaux, comme les perceptions et comportements des superviseurs et les comportements des travailleurs (conformité aux règles et initiatives sécuritaires), en plus des aspects généralement considérés dans les études antérieures, comme les perceptions des patrons-dirigeants et des travailleurs à l'égard des risques et de la prévention (Eakin, 1997,1992 ; Holmes et al. 1997 ; Lamm, 1995). Enfin, notre conceptualisation propose une typologie de quatre types de dynamiques préventives, tenant compte des variations sur ces dimensions culturelle et structurelle, alors que la plupart des études antérieures ont eu tendance à représenter la réalité de la prise en charge d'une manière dualiste, surtout celles qui ont privilégié l'étude des perceptions des patrons de petites entreprises (Eakin, 1992 ; Lamm, 1995).

Deuxièmement, au niveau empirique, le fait que nos résultats montrent l'existence dans la réalité des quatre types de dynamiques préventives proposées par la typologie apporte évidemment un certain soutien à la validité interne de cette typologie et conséquemment à notre hypothèse de départ selon laquelle il y a une variété de dynamiques préventives dans les petites entreprises. En fait, cette variété semble plus grande encore que ce que suggéraient plusieurs études antérieures (Eakin, 1992 ; Lamm, 1995), une conclusion qui est également supportée par les résultats récents de l'étude québécoise de Champoux et Brun (1999) qui ont observé également quatre profils de prise en charge de la sécurité dans les petites entreprises qu'ils ont étudiées. Ces résultats, et les nôtres, sont très différents de ceux de Frick et Walters (1998) qui concluaient que la prise en charge de la santé-sécurité dans les petites entreprises est généralement très déficiente, alors que dans notre étude, cette situation est le fait de deux seulement de nos huit entreprises, en l'occurrence celles qui ont été classées comme ayant une dynamique de retrait en matière de prévention. De la même manière, nos résultats sont assez différents de ceux de Eakin (1992) et Holmes et al. (1997) qui concluaient que la tendance nettement prédominante chez les patrons-dirigeants de petites entreprises était de se décharger de la responsabilité de la prévention

sur leurs employés. Cette attitude n'est pas celle observée dans au moins six des huit entreprises de notre échantillon.

Cette discussion sur la question de savoir s'il y a diversité ou non au niveau des dynamiques préventives dans les petites entreprises peut paraître spéculative, mais en fait elle est assez fondamentale si on se place du point de vue de l'intervention. En effet, s'il y a diversité, les intervenants doivent en tenir compte de manière à adapter de façon conséquente leur intervention dans la perspective d'optimiser l'efficacité de celle-ci. Mais cette question est aussi fondamentale d'un point de vue scientifique. S'il y a diversité, il faut identifier les facteurs qui influent sur le développement des divers modes de prise en charge de la santé au travail dans les petits établissements. A cet égard, nos résultats suggèrent quelques pistes intéressantes.

En effet, un des résultats intéressants de notre approche, qui a consisté à considérer à la fois la dimension culturelle et la dimension structurelle de la prise en charge, est d'apporter une certaine évidence empirique à l'hypothèse que les facteurs favorisant le développement de chacune de ces deux dimensions ne sont pas les mêmes. En bref, le développement de la dimension structurelle de la prise en charge semble principalement influencé par la situation économique de la petite entreprise (compétitivité, situation financière, opportunités de croissance, modernisme technologique) et par certaines caractéristiques du patron-dirigeant (vision " affaires " de son entreprise, réseaux professionnels, formation universitaire), tandis que le développement de la dimension culturelle de la prise en charge est plutôt influencé par la dynamique des relations de travail internes à l'entreprise (valorisation des ressources humaines, style participatif de gestion et de supervision, collectifs de travail). Ces corrélations, même si elles doivent être interprétées avec prudence étant donné le petit nombre de cas, sont très suggestives quant aux logiques différentes qui semblent déterminer le développement de chacune des deux dimensions de la prise en charge de la prévention dans les petits établissements. En effet, le développement de la dimension structurelle de la prise en charge semble résulter essentiellement d'une logique de ressources financières découlant d'abord de la situation économique de la petite entreprise, et qui sont par la suite plus ou moins utilisées par le patron-dirigeant (selon sa vision et sa formation en gestion) pour être investies dans les moyens formels et structurels de prévention (comité, programmes, activités). De son côté, le développement de la dimension culturelle de la prise en charge semble résulter avant tout de la logique des relations de travail entre les acteurs de la petite entreprise. Sur ce plan, nos résultats confirment ceux de l'étude de Eakin (1997) tout en allant plus loin, notamment en mettant en évidence l'influence assez déterminante du superviseur, un acteur qui avait été pratiquement ignoré jusqu'ici dans les études sur les petites entreprises. En effet, nos résultats montrent que lorsque le superviseur a un style de supervision participatif et valorisant pour les travailleurs, il favorise ainsi le développement d'un solide collectif de travail, et ces deux facteurs (style de supervision et collectif de travail) sont très influents dans le développement d'une culture de prise en charge informelle de la santé au travail : un tel superviseur s'occupe davantage de prévention avec ses employés, et ces derniers respectent davantage les règles et procédures de prévention et utilisent moins des stratégies défensives (minimisation et déni des risques) dans leur travail. A l'inverse, lorsque le superviseur a un style de supervision autoritaire qui alimente des relations tendues avec les employés, il défavorise la constitution d'un collectif de travail parmi les travailleurs, ce qui affaiblit la culture de prise en charge informelle de la santé-sécurité dans le travail tout en contribuant à faire des risques à la santé-sécurité un « problème » où se cristallisent les mauvaises relations de travail. On voit donc ainsi l'importance pour les intervenants en santé au travail de tenir compte dans leur stratégie

d'intervention de cette importante influence du superviseur. Or tous les superviseurs rencontrés dans le cadre de la recherche nous ont indiqué avoir été pratiquement ignorés par les intervenants en santé au travail, l'essentiel se passant avec le patron-dirigeant et à l'occasion avec les travailleurs et leurs représentants syndicaux.

Poursuivant sur cette question des rapports entre les interventions externes en SST et les dynamiques préventives dans les petites entreprises, il y a lieu de d'approfondir l'interprétation de ce résultat surprenant du questionnaire qui a révélé une corrélation négative entre l'utilité perçue des modalités d'intervention en santé au travail du CLSC et la dimension culturelle des dynamiques préventives. Rappelons d'abord qu'il ne s'agit pas ici d'un jugement sur la « nécessité » comme telle des interventions externes en santé au travail, laquelle est largement acceptée et même souhaitée par tous les acteurs des entreprises participantes à l'étude, puisqu'ils reconnaissent avoir besoin d'aide extérieure dans ce dossier. Il s'agit plutôt d'un jugement sur « l'utilité » des interventions considérant leurs modalités actuelles de réalisation dans ces entreprises. A l'origine, nous avons conçu cette question pour nous permettre d'explorer une influence potentielle des interventions sur les dynamiques préventives, mais suite à la collecte de données complémentaires par entrevue et à l'analyse des résultats, il nous apparaît maintenant qu'on est davantage devant une situation de « causalité inversée » au sens où c'est davantage la dynamique préventive qui influence la perception que les acteurs ont de l'utilité des modalités actuelles de l'intervention en santé au travail par le CLSC. En effet, ce que les résultats indiquent, c'est que lorsque la culture de prise en charge de la SST est forte dans le milieu de travail, l'utilité perçue des interventions externes est moindre. Les entrevues avec les acteurs dans ces milieux suggèrent l'interprétation suivante de cette corrélation négative: dans ces milieux, la culture de prise en charge et son corollaire, une dynamique très coopérative de relations de travail, assurent une « auto-régulation » des problèmes de santé-sécurité qui fait en sorte que les parties concernées s'attendent à ce que les intervenants externes tiennent compte des efforts et des pratiques de prise en charge par les acteurs du milieu et les accompagnent dans le suivi post-intervention. Or, la corrélation traduit une déception certaine par rapport à ces attentes, particulièrement au niveau de la contextualisation des risques et du suivi post-intervention par les intervenants, ce qui soulève certaines questions par rapport aux modalités actuelles des interventions qui seront abordées dans la prochaine section de ce rapport. A l'inverse, dans les milieux où la culture de prise en charge est faible, et où généralement la dynamique des relations de travail est plutôt tendue, l'auto-régulation des problèmes de SST par les parties est très difficile, et alors les interventions externes sont perçues comme plus utiles, pour des raisons différentes selon les parties : les travailleurs voient dans l'intervention et les problèmes qu'elle permet de documenter un soutien à leurs préoccupations et demandes en santé au travail, tandis que le patron-dirigeant juge très utile d'avoir un rapport d'experts indépendants qui peut calmer les employés lorsqu'aucune maladie professionnelle n'est détectée, ce qui, selon lui, confirme que la situation n'est pas aussi grave que le disent les employés.

Enfin, nous n'avons pas pu trouver dans notre étude d'effet spécifique du statut de pouvoir des femmes sur les dynamiques préventives en santé au travail, tel qu'identifié dans l'étude de Lamm (1997) qui avait porté précisément sur cette question. La raison est que seulement une de nos huit petites entreprises avait du personnel féminin. Dans cette entreprise, cependant, une femme était gestionnaire de l'établissement et avait mandaté un superviseur comme responsable du dossier SST. Or cette petite entreprise est l'une des deux à avoir été classée comme ayant une dynamique préventive intégrée. Ce seul cas est évidemment trop limité

pour tirer une conclusion quant à l'influence des femmes en contexte de petite entreprise sur la dynamique préventive dans ces milieux, mais au moins les observations effectuées ne vont pas à rencontre des hypothèses découlant de l'étude de Lamm.

6. IMPLICATIONS POUR L'INTERVENTION

Le travail de compréhension des différentes dynamiques préventives à l'oeuvre dans les petites entreprises (PE) et des facteurs potentiellement explicatifs des différences observées entre les types de dynamiques préventives en santé au travail a supposé l'investigation de l'expérience subjective des acteurs du milieu (gestionnaires, cadres et travailleurs). Cette expérience renvoie à leur vécu à travers les rapports sociaux de travail ainsi qu'au sens de leurs attitudes et comportements face aux risques et face aux interventions en santé au travail. Les dimensions significatives de cette expérience subjective et de certains facteurs plus objectifs ont déjà été prises en compte dans la présentation des résultats ainsi que dans la discussion, et elles ont certaines implications pour l'intervention en santé au travail. Toutefois, afin d'enrichir notre réflexion sur ces implications, il faut aussi tenir compte des perceptions (divergentes et convergentes) des intervenants en santé (CLSC, CSST), car c'est l'ensemble de ces perceptions qui nous a guidés dans notre réflexion sur un modèle renouvelé d'intervention en santé dans les PE.

6.1. Perceptions des intervenants

L'analyse des perceptions des intervenants montre plusieurs points de concordance avec les perceptions des acteurs du milieu. Nous en retenons quatre. Ils admettent en premier lieu le peu de connaissance pré-intervention qu'ils ont de la PE avant d'intervenir. Ils reconnaissent que cette lacune les prive de la saisie d'éléments touchant le niveau organisationnel de la PE, le contexte culturel et relationnel et le degré de sensibilisation des acteurs du milieu aux risques. Face à cette situation anxiogène, ils adoptent une attitude basée sur la "logique de l'expert", logique de type instrumental, peu nourrie par le point de vue des acteurs impliqués, qui les conduit à appliquer systématiquement telle recommandation à tel type de risque nonobstant le contexte spécifique de la PE considérée. Ils partagent aussi ce constat d'une certaine méconnaissance des risques chez certains travailleurs et employeurs. Ils y voient le signe d'un travail important de sensibilisation à faire. En ce sens, ils reconnaissent la nécessité de dépasser la connaissance théorique des risques et d'avoir une connaissance sensible et contextualisée des risques propres à chaque entreprise. Ils notent également la difficile applicabilité de la loi, de manière stricte, à la PE où s'opposent parfois l'application à la lettre de la loi et la survie de l'entreprise. Cette situation est, pour les intervenants, source de grande anxiété et d'insatisfaction et en plus elle n'est pas, disent-ils, reconnue par les organismes qui les emploient. Les inspecteurs de la CSST, dont le mandat est d'appliquer la loi de manière stricte, vivent difficilement cette situation. Le dilemme dont il est question est anxiogène et ils sont laissés seuls face aux solutions et ils sont seuls imputables des décisions prises. Enfin, le dernier point de concordance a trait au suivi post-intervention. Les intervenants des CLSC sont très conscients de cette lacune et ne minimisent pas son impact et voient des changements à apporter à l'organisation de leur travail pour pallier cette lacune. Ce suivi concerne surtout les PSSE car, dans le cas des PII, il est obligatoire. Les intervenants mesurent bien l'attaque implicite à leur crédibilité générée par cette absence systématique de suivi et savent nommer l'influence négative qu'elle a sur la prise en charge par le

milieu des problèmes de santé.

Au-delà de ces similitudes, quelques perceptions divergentes apparaissent. Une première est celle qui met en doute l'intérêt réel que tous les employeurs disent avoir pour la santé et la prévention. Selon les intervenants, un travail de sensibilisation reste à faire car la situation financière précaire dont parlent les employeurs, bien que réelle, sert trop facilement d'alibi et occulte, parfois, leur faible niveau d'intérêt. La difficulté dont ils parlent de rencontrer les travailleurs lors de leur première visite, traduit, selon eux, le peu d'intérêt de certains employeurs pour la prévention et la santé. La collaboration des employeurs dans le cas des PII est, selon les intervenants, motivée d'abord par le caractère coercitif de ce type d'intervention. Pour bien comprendre ce faible intérêt dont parlent les intervenants, on ne peut faire l'économie d'un constat qui ressort des entrevues avec les intervenants. En effet, ces derniers dont les inspecteurs de la CSST, rappellent que la PE n'est pas le lieu privilégié d'intervention, étant donné que l'indice de risques (critère utilisé pour cibler les lieux d'intervention par la CSST, par exemple) y est globalement moins élevé que dans les moyennes et grandes entreprises. Il est plausible de penser qu'une présence plus grande des intervenants -- comme celle des médecins qui travaillent actuellement, (faute d'effectifs, dit-on) principalement aux problèmes de retrait préventif et de ce fait sont peu présents dans les PE, ou encore celle des inspecteurs -- aurait une influence sur la motivation des acteurs du milieu de travail.

Quant aux interventions elles-mêmes, il y a consensus chez les intervenants qui les jugent certes limitées, lacunaires, difficiles mais absolument nécessaires, voire utiles, malgré les difficultés actuelles. Toutefois, eu égard aux difficultés rencontrées, il est certaines perceptions qu'il est utile de rappeler. Les intervenants jugent que la confusion des rôles des différents intervenants (CLSC, CSST) est très répandue dans les PE. Les mandats *de* ces intervenants étant différents, les intervenants du CLSC doivent d'abord déconstruire l'image de "contrôleurs" qui est accolée aux inspecteurs de la CSST avant de pouvoir entreprendre un travail de soutien et d'aide à plus long terme. Un travail de clarification par les instances responsables (CSST, CLSC, Régie régionale) auprès des entreprises leur semble nécessaire. Enfin une autre perception généralisée chez les intervenants est celle de la nécessité d'une collaboration plus active entre les différents intervenants (CSST et CLSC et au sein de ce dernier) car leur expertise et leur mandat étant complémentaires, un partage des connaissances théoriques et expérientielles serait profitable.

6.2. Vers un modèle renouvelé d'intervention

Les résultats qui ont mis en lumière d'une part les dynamiques préventives en santé au travail et certains facteurs qui peuvent en expliquer la diversité, d'autre part l'analyse des perceptions convergentes et divergentes des acteurs et des intervenants en regard des interventions en santé au travail nous amènent à poursuivre notre réflexion sur les modèles d'intervention actuels et sur une possible amélioration. Rappelons rapidement quelques éléments qui ont guidé notre réflexion.

- 1) Le nécessaire travail de contextualisation afin d'assurer une meilleure réceptivité et une plus grande efficacité de l'intervention. Travail qui, en l'absence de structures fortes en SST comme c'est le cas très souvent dans les PE, revient aux intervenants.
- 2) La faible connaissance des risques chez plusieurs travailleurs et employeurs.

- 3) L'importance cardinale de la dimension culturelle de la dynamique préventive pour une prise en charge de la santé par le milieu.
- 4) La précarité de plusieurs PE (avec des variances) et la difficile application stricte de la loi.

Ces quelques éléments, parmi d'autres, nous forcent à voir l'importance de la prise en compte des dimensions sociale, culturelle, subjective et organisationnelle dont le modèle actuel d'intervention ne tient pas ou peu compte. Le modèle actuel repose sur une logique instrumentale de type bio-médical qui met l'accent sur la mise en place de moyens en vue d'une fin, enrayer les risques. Cette logique et ce modèle, dont il ne s'agit pas de nier certaines vertus et l'utilité, ne tiennent pas compte des éléments de contexte, des déterminants sociaux et psychologiques et il nous semble que leur efficacité pourrait s'accroître s'ils s'en nourrissaient. Si on accepte ce que notre analyse a mis en évidence, c'est-à-dire la place prépondérante des éléments reliés à la dimension culturelle d'une dynamique préventive, il nous semble que tout modèle d'intervention devrait s'y articuler en la prenant comme pivot central de toute démarche commune d'intervention. Cette démarche qui, si elle est le fruit d'un travail conjoint de tous les intervenants et de leur expertise, assurera une plus grande uniformisation des interventions et, conséquemment, rendra possibles l'évaluation et le suivi de l'intervention. Cette démarche commune pourrait comprendre cinq étapes.

1- Une période de consultation des données disponibles sur l'entreprise et sur les interventions déjà faites (CLSC, CSST) . Ces informations aideraient le travail de contextualisation que devront prendre en charge les intervenants.

2- Une période d'observation sur le terrain avec un protocole d'observation à construire (portant sur les dynamiques préventives existantes avec leur dimension structurelle et culturelle et sur les éléments de contexte présentés dans ce rapport); cette observation commune par les membres de l'équipe (technicien, infirmière, médecin) sera le lieu d'échanges informels avec acteurs du milieu. Être à l'écoute de ceux qui vivent le risque et le gèrent, c'est se donner une clé pour l'efficacité recherchée. On ouvre ainsi sur la connaissance du terrain, de la dynamique préventive présente et du degré de sensibilisation des acteurs du milieu, ce qui pourra orienter et renforcer le travail de contextualisation.

3- Un échange entre les trois membres de l'équipe sur (a) les priorités à fixer face aux risques décelés, (b) les exigences maximales et minimales à définir selon le type d'intervention (PSSE ou PII) et (c) la meilleure manière d'intervenir selon la réalité de l'entreprise (économique, organisationnelle, culturelle, structurelle, etc.) dont ils auront, grâce aux étapes précédentes, un aperçu plus raffiné.

4- Une élaboration du PSSE en s'ajustant au contexte de la PE, ce qui suppose: (a) qu'on prenne en compte les données contextuelles recueillies, (b) qu'on s'assure, en proposant des étapes à l'application du PSSE, d'une prise en charge de la santé par le milieu, et (c) qu'on concilie, dans l'élaboration de la démarche, le souci de la santé des travailleurs et la situation de l'entreprise.

5- Un suivi à assurer selon un "protocole de suivi " (à construire par les intervenants avec la collaboration des cadres et gestionnaires des organismes responsables de ces interventions).

Cette étape est essentielle pour pouvoir : (a) jouer correctement le rôle de soutien inhérent aux interventions, (b) convenir des outils d'évaluation de l'intervention à utiliser en impliquant les acteurs du milieu et (c) assurer la pérennité du travail de sensibilisation et de prévention. Ce protocole concerne les PSSE puisque, dans le cas des PII, le suivi est obligatoire.

Evidemment, l'application de ce modèle contient un certain nombre d'exigences pratiques pour les trois grands groupes d'acteurs impliqués: les intervenants, les gestionnaires des régies, des CLSC et de la CSST, et les gestionnaires des PE. Les intervenants doivent accepter de revoir leur façon de faire, de questionner leur mode actuel d'intervention et de travailler en collaboration plus large, entre intervenants. Cela suppose aussi qu'ils acceptent que le suivi soit un outil d'évaluation du modèle et donc de leur intervention.

Les gestionnaires des organismes mentionnés doivent saisir le travail de visibilité qui doit être fait afin de soutenir les intervenants et de revaloriser leur travail auprès des PE. Cela nécessitera également que soient reconnus les changements que cela implique dans les pratiques des intervenants et dans l'organisation de leur travail. Cela veut dire qu'une réflexion sera nécessaire sur la comptabilisation du travail d'intervention en tenant compte, par exemple, de tout le travail préparatoire qui devra être fait; cette réflexion questionnera la logique comptable au profit d'une logique d'efficacité. Une réflexion serait aussi utile sur l'anxiété des intervenants reliée à leur travail dans les PE compte tenu de ce qui a été dit sur le dilemme anxiogène (vécu surtout par les inspecteurs de la CSST) qui consiste à concilier l'application stricte de la loi et la survie des PE; dès lors, l'applicabilité de la loi actuelle à la réalité des PE devrait être questionnée. Et enfin, une clarification officielle et une publicisation des rôles spécifiques des intervenants (CSST et CLSC) seraient un soutien très utile. Quant aux gestionnaires des PE, un travail de sensibilisation reste à faire pour les amener à une plus grande ouverture et une plus large collaboration qui favoriseraient l'intégration des travailleurs et des cadres au processus d'intervention.

Nos résultats nous portent à penser que cette façon d'intervenir a plus de chances à la fois de stimuler l'intérêt pour la santé et la prévention chez les différents acteurs du milieu et de donner aux intervenants le souffle nécessaire pour que leurs interventions aient plus de chances de réussir.

7. CONCLUSION GENERALE.

Cette étude montre d'abord qu'on trouve différentes dynamiques préventives ou de prise en charge des problèmes de santé au travail dans les petits établissements. Une première dynamique consiste pour les acteurs du milieu de travail à très peu s'occuper de ces questions. Il s'agit d'une dynamique de « retrait » dans laquelle les travailleurs s'occupent, le plus souvent chacun pour soi, de protéger leur santé au travail. Une deuxième dynamique est tout le contraire : ici tous les acteurs du milieu manifestent une préoccupation tangible à l'égard de la santé au travail. Nous avons qualifié cette dynamique d' « intégrée », car elle combine la présence de structures et d'activités formelles de prévention (comité de SST, programme de prévention) avec des comportements actifs au quotidien des différents acteurs (patron, superviseur et travailleurs). Entre ces deux extrêmes, il y a deux dynamiques intermédiaires. D'une part, une dynamique dite « informelle » car elle consiste essentiellement en une culture de santé-sécurité forte, tous les

acteurs du milieu manifestant un intérêt et des comportements préventifs visibles au quotidien, même s'il y a très peu de structures et d'activités formelles de prévention. D'autre part, nous avons aussi observé dans certains établissements une dynamique « formelle », qui au contraire de la précédente, consiste à miser davantage sur des moyens formels (comité et programme de prévention) pour agir sur les problèmes de santé au travail, avec une implication moins grande au quotidien de la part des acteurs du milieu. Notre recherche étant basée sur un petit nombre d'établissements, nous ne pouvons pas dire quelle est la proportion de chacun de ces quatre types de dynamiques préventives parmi la population des petites entreprises au Québec, mais il est déjà fort utile d'apprendre que tous les petits établissements ne sont pas identiques en matière de prise en charge de la santé-sécurité. En effet, l'existence de cette diversité de dynamiques préventives devrait être prise en compte, notamment par les intervenants en santé au travail qui oeuvrent auprès des petites entreprises.

L'étude renseigne également sur les facteurs qui semblent influencer le développement de chacune des deux dimensions à la base de la dynamique préventive d'un établissement, en l'occurrence la dimension structurelle et la dimension culturelle. Brièvement, le développement de la dimension structurelle de la prise en charge semble principalement influencé par la situation économique de la petite entreprise (compétitivité, situation financière, opportunités de croissance, modernisme technologique) et par certaines caractéristiques du patron-dirigeant (vision " affaires " de son entreprise, réseaux professionnels, formation universitaire). En somme, la structuration de la prise en charge semble résulter principalement d'une logique liée aux ressources financières qui sont rendues plus ou moins disponibles par la situation économique de l'entreprise et qui sont plus ou moins utilisées par le patron-dirigeant (selon sa vision et sa formation en gestion) pour être investies dans les moyens formels et structurels de prévention (comité, programmes, activités). Alors que le développement de la dimension culturelle de la prise en charge est plutôt influencé par la dynamique des relations de travail internes à l'entreprise (valorisation des ressources humaines, style participatif de gestion et de supervision, collectifs de travail). En somme, le développement d'une culture santé-sécurité découle plutôt d'une logique relationnelle, en l'occurrence la logique des relations de travail entre les acteurs du milieu dans laquelle le superviseur a un rôle assez déterminant.

Ces éléments de connaissance sur les dynamiques de prise en charge de la santé au travail dans les petites entreprises devraient être utiles aux intervenants en santé au travail. Ces derniers, d'ailleurs, admettent le peu de connaissance dont ils disposent sur la petite entreprise avant d'y intervenir, et cette méconnaissance est ressentie par les acteurs du milieu, ce qui ne peut qu'affaiblir le lien de confiance qui doit s'établir entre les intervenants et les « clients » pour que l'intervention soit efficace en favorisant un suivi des recommandations des intervenants par les gens du milieu. De fait, le modèle actuel d'intervention qui est privilégié par les structures et les intervenants, tout au moins ceux de la région où l'étude a été réalisée, est le modèle de l'expert bio-médical. Ce modèle consiste pour l'intervenant à se concentrer sur l'identification et la mesure scientifique des risques à la santé et à proposer des mesures de prévention primaire, secondaire et tertiaire permettant d'éliminer ou de contrôler les effets néfastes de ces risques. Cette approche est nécessaire, mais à notre avis, elle n'est pas suffisante pour avoir des chances optimales d'efficacité. La principale insuffisance de ce modèle, selon nous, est au niveau de la connaissance concrète et sensible des éléments de contexte externe et interne à la petite entreprise dans laquelle ces risques sont vécus et plus ou moins pris en charge par les acteurs du milieu. Cette difficulté des intervenants à « contextualiser » leur intervention rend fragile leur crédibilité auprès des

acteurs du milieu et compromet le suivi post-intervention, d'autant que les pratiques des intervenants sur ce dernier point sont actuellement sous-développées. Voilà pourquoi nous proposons aux intervenants, dans la dernière section de ce rapport, une réflexion portant sur un modèle renouvelé d'intervention dont les principaux éléments novateurs sont d'une part de prendre le temps de mieux connaître le contexte externe et interne de la petite entreprise avant l'intervention proprement dite, et d'autre part de structurer le suivi post-intervention avec les acteurs du milieu.

BIBLIOGRAPHIE

- Berthelette, D., Lévesque, G., Gourde, D. (1997). Evaluation of a mandated health program: the effects of program process and firm characteristics on hazard abatement, in Seppela, P., Luopajarvi, T., Nygard, C-H., Mattila, M. (Eds). *From Experience to Innovation. Volume 5: Human-computer interaction. Proceedings of the 13th Triennial Congress of the International Ergonomics Association*, FIOH Press, Helsinki, pp. 644-646.
- Brody, J.G. (1988). Responses to collective risk: Appraisal and coping among workers exposed to occupational health hazards, *American Journal of Community Psychology*, 16, 5: 645-663.
- Brun, J.-P. (1995). Work activity and subjectivity: A behind-the-scenes look at the work of linemen. *Relations industrielles/Industrial Relations*, 50, 811-825.
- Brun, J.-P. (1992). *Les Hommes de ligne: analyse des phénomènes sociaux et subjectifs de l'activité de travail des monteurs de lignes électriques*. Thèse de doctorat. Paris : École pratique des hautes études.
- Burke, W.W., Litwin, G.H. (1992). A causal model of organizational performance and change. *Journal of Management*, 18, 523-545.
- Carpentier-Roy, M-C. (1995). *Corps et Âme. Psychopathologie dit travail infirmier*, Editions Liber, Montréal, 2e Edition augmentée.
- Carpentier-Roy, M.-C.; Chanlat, J-F.; Lanoie, P.; Patry, L. (1997). *Ergonomie participative, mode de gestion et performance en prévention des accidents du travail: le cas de la Société des alcools du Québec*. Collection études et recherches. Montréal: Institut de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec (IRSST).
- Champoux, D.; Brun, J.-P. (1999). *Prise en charge de la sécurité dans les petites entreprises des secteurs de l'habillement et de la fabrication de produits en métal* Rapport de recherche. Montréal : IRSST.
- Clôt, Y. (1995). *Le travail sans l'homme ?* Paris : Éd. La Découverte.
- Cohen, H. H.; Jensen, R. C. (1984). Measuring the effectiveness of an industrial truck safety training program. *Journal of Safety Research*, 15, 125-35.
- Cru, D. (1987). Les règles du métier. *Plaisir et souffrance dans le travail*, tome 1. C. Dejour, dir. Paris: CNRS, 21-42.
- Cru, D., Dejours, C. (1985). La peur et la connaissance des risques dans les métiers du bâtiment, in Dejours, C., Veil, A., Wisner, A., (eds) *Psychopathologie du Travail*, Entreprise moderne d'Édition, 27-34
- Cru, D., Dejours, C. (1983). Les savoirs-faire de prudence dans les métiers du bâtiment, *Cahiers médico-sociaux*, 3, 239-247.

- Davezies, P.(1991). Fiabilité et respect des consignes. *Santé et Travail*, 2, 45-49.
- Dejours, C. (1995). *Le Facteur humain*. Coll "Que sais-je ? ". Paris : Presses Universitaires de France.
- Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale. De la psychopathologie du travail à la psychodynamique du travail*. Bayard, Paris.
- Dodier, N. (1985). La construction pratique des conditions de travail: préservation de la santé et vie quotidienne des ouvriers dans les ateliers. *Sciences sociales et santé*, 3, 2, 5-39.
- Dryson, E. (1995). Preferred components of an occupational health service for small industry in New Zealand : health protection or health promotion? . *Occupational Médecine*, 45, 31-34.
- Dryson, E. (1993). Occupational health needs in small industry in New Zealand : preferred sources of information. *Occupational Médecine*, 34, 893-901.
- Eakin, J. (1997). The social production of health in small workplaces, in Seppela, P., Luopajarvi, T., Nygard, C-H., Mattila, M. (Eds). *From Experience to Innovation. Volume 7: Education and Training. Proceedings of the 13th Triennial Congress of the International Ergonomics Association*, FIOH Press, Helsinki, pp. 98-100.
- Eakin, J. (1992). Leaving it up to the workers: sociological perspective on the management of health and safety in small workplaces, *International Journal of Health Services*, 22: 689-704.
- Eakin, J., Weir, N. (1995). Canadian approaches to the promotion of health in small workplaces, *Canadian Journal of Public Health/Revue canadienne de santé publique*, 86,2:109-113.
- Frick, K.; Walters, D. (1998). Les délégués des travailleurs à la santé et à la sécurité dans les petites entreprises: enseignements du système suédois. *Revue Internationale du Travail*, 137,3:395-417.
- Gignac, S. (1997). *Évaluation du programme sectoriel du meuble et des articles d'ameublement: Évaluation d'implantation*. Régie Régionale de Québec, Centre de santé publique, Santé au travail.
- Gignac, S. (1996). *Évaluation du programme sectoriel du transport des marchandises: Evaluation d'implantation*. Régie Régionale de Québec, Centre de santé publique, Santé au travail.
- Gignac, S. (1996). *Évaluation du programme sectoriel du transport scolaire: Évaluation d'implantation*. Régie Régionale de Québec, Centre de santé publique, Santé au travail.
- Hass, J. (1977). Real feeling. A study of high steel ironworkers' reactions to fear and danger. *Sociology of Work and Occupations*, 4, 147-170.

- Hulshof, C.; Verbeek, J.; Van Dijk, F.; Van der Weide, W.; Derm, I. (1999). Evaluation research in occupational health services: general principles and a systematic review of empirical studies. *Occupational Environmental and Médecine*, 56, 361-377.
- Jayet, C. (1993). Fiabilité humaine et aspects collectifs du travail. *Performances humaines et techniques*, 66, 8-13.
- Lamm, F. (1997). Working environment of small businesses: a recognition of the feminist approach, in Seppela, P., Luopajarvi, T., Nygard, C-H., Mattila, M. (Eds). *From Experience to Innovation. Volume 7: Education and Training. Proceedings of the 13th Triennial Congress of the International Ergonomics Association*, FIOH Press, Helsinki, pp. 121-124.
- Lamm, F. (1995). Red tape unravelled: government regulations and small businesses in Queensland and New Zealand, Communication donnée au *Symposium international "Improving the Work Environment: From Medical-Technical Problem-solving to a Participative Development Process"*, Institutet för Arbetslivsforskning, Stockholm, 13 pages.
- Limborg, H.J., Hasle, P. (1997). A method for introduction of preventive working environment activities in small enterprises, in Seppela, P., Luopajarvi, T., Nygard, C-H., Mattila, M. (Eds). *From Experience to Innovation. Volume 7: Education and Training. Proceedings of the 13th Triennial Congress of the International Ergonomics Association*, FIOH Press, Helsinki, pp. 133-135.
- Marchand, A., Simard, M., Carpentier-Roy, M-C., Ouellet, F. (1998). Worker's safety behavior: From a unidimensional to a bidimensional concept and measurement. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 24, 4: 293-299
- Ministère de l'Industrie, du Commerce, de la Science et de la Technologie (MICST) (1998). *Les PME au Québec. État de la situation*. Gouvernement du Québec, MICST, Direction de l'analyse des PME et des régions.
- Nadler, D. A.. (1982). Managing transitions to uncertain future states. *Organisational Dynamics*, Summer, 37-45.
- Nadler, D.A. (1981). Managing organizational change: An integrative perspective, *Journal of Applied Behavioral Science*, 17: 191-211.
- Peterson, D. (1993). Establishing good "safety culture" helps mitigate workplace dangers, *Occupational Health & Safety*, 62: 20-24.
- Pidgeon, N.E. (1991). Safety culture and risk management in organizations, *Journal of Cross-cultural Psychology*, 22: 53-70.
- Simard, M. (1996). Safety culture and management. In *Encyclopaedia of Occupational Health & Safety*, International Labour Office, Genève, pp. 59.4-59.7.

- Simard, M., Marchand, A. (1997). Workgroups' propensity to comply with safety rules: the influence of micro-macro organisational factors. *Ergonomics*, 40, 2: 172-188.
- Simard, M.; Marchand, A. (1996). Participation des travailleurs à la sécurité et taux d'accident du travail. *Psychologie du travail et des organisations*, 2, 4, 34-44.
- Simard, M., Marchand, A. (1995a). A multilevel analysis of organisational factors related to the taking of safety initiatives by workgroups, *Safety Science*, 21: 113-129.
- Simard, M.; Marchand, A. (1995b). L'adaptation des superviseurs à la gestion participative de la prévention des accidents. *Relations industrielles/Industrial relations*, 50, 3, 567-589.
- Simard, M.; Marchand, A. (1994). The Behaviour of First-Line Supervisors in Prevention and Effectiveness in Occupational Safety, *Safety Science*, 17, 169-185.
- Simard, M, Carpentier-Roy, M-C.; Marchand, A.; Ouellet, F. (1999). *Processus organisationnels et psycho-sociaux favorisant la participation des travailleurs en santé-sécurité du travail*. Collection études et recherches. Montréal: Institut de recherche en santé-sécurité du travail du Québec (IRSST).
- Spiegel, J.; Yassi, A. (1989). Community Health Centre-based Occupational Health Services for the Small Workplace: An Ontario Study of Employer Acceptability. *Canadian Journal of Public Health / Revue canadienne de santé publique*, 80, Sept./Oct., 355-358.
- Thurman, J., Louzine, A.E.; Kogi, K. (1988). *Higher Productivity and a better Place to Work. Practical Ideas for Owners and Managers of Small and Medium sized Industrial Enterprises*. Genève : International Labour Office.
- Woodall, G.E.; Higgins, C.W.; Dunn, J.D. (1987). Characteristics of the frequent visitor to the industrial medical department and implication for health promotion. *Journal of Occupational Médecine*, 29, 660-664.
- Woodman, R.W. (1989). Organizational change and development: News areas for inquiry and action. *Journal of Management*, 15, 205-228.

Annexe 1

Définition et mesure des variables selon les données qualitatives ou quantitatives

Variable dépendante

Dimension culturelle de SST

Connaissance et évaluation des risques par le propriétaire-dirigeant	La capacité du dirigeant à identifier les risques d'accident et de maladie ainsi que sa propension à ne pas minimiser les risques rencontrés par les travailleurs.
Perception du propriétaire-dirigeant de la responsabilité partagée en SST	La propension à ne pas prioriser seulement la responsabilité des travailleurs en matière de SST. à ne pas blâmer les travailleurs pour les accidents, ainsi que le niveau d'implication commune (employeur-employés) sur les questions de SST
Implication en SST du propriétaire-dirigeant	La volonté d'appliquer des mesures correctives, d'investir de l'argent pour la SST, de donner suite aux demandes des travailleurs a du superviseur, de parler de SST avec le superviseur.
Évaluation des travailleurs de l'implication en SST du propriétaire-dirigeant	Sommation de trois indicateurs de type Likert (4 points: tout-à-fait en désaccord à tout-à-fait d'accord) bases sur la perception des travailleurs du comportement du propriétaire-dirigeant: Le directeur(trice)de l'usine fait tout son possible pour améliorer la santé-sécurité des employés, ça donne quelque chose de faire des suggestions pour améliorer la sécurité parce que la compagnie donne suite à nos demandes, la compagnie fait tout son possible pour aider les travailleurs qui ont un accident du travail. Cronbach alpha=.65.
Connaissance et évaluation des risques par le superviseur	La capacité du superviseur à identifier les risques d'accident et de maladie ainsi que sa propension à ne pas minimiser les risques rencontrés par les travailleurs.
Implication en SST du superviseur	La propension du superviseur à faire respecter la SST auprès des travailleurs, à parler de SST avec le dirigeant, à consulter les travailleurs sur la SST, à initier des projets en SST. à faire le suivi des demandes des travailleurs.
Évaluation des travailleurs de l'implication en SST du superviseur	Sommation de cinq indicateurs de type Likert (5 points: jamais à très souvent) basés sur la perception des travailleurs du comportement du superviseur: M'encourage à faire des suggestions pour améliorer la santé et la sécurité au travail, discute avec moi des risques de mon travail, me félicite pour mes pratiques sécuritaires au travail, tient compte de mes suggestions en santé-sécurité, fait un bon suivi des demandes des employé(e) concernant la santé-sécurité du travail. Cronbach alpha=.88.

Annexe 1 (suite)

Respect des règles de sécurité par les travailleurs

Sommation de sept indicateurs de type Likert (5 points: jamais à très souvent) basés sur l'auto-évaluation du travailleur de la fréquence des comportements suivants du travailleur: Travailler en portant tous les équipements de protection individuelle (chaussures, protecteurs auditifs, lunettes, etc...) suggérés ou requis à mon poste, utiliser un outil ou un équipement non-défectueux, assurer la propreté/bon ordre de mon espace de travail, vérifier si mes équipements ou outils de travail sont sécuritaires, travailler en appliquant les procédures de sécurité prévues (gardes sur les machines, cadenassage, capteur de fumée, etc...). appliquer les méthodes de travail sécuritaire prévues pour faire mon travail, travailler selon un rythme pleinement sécuritaire (pas de rush). Cronbach alpha=.68.

Initiatives sécuritaires des travailleurs

Sommation de six indicateurs de type Likert (5 points: jamais à très souvent) basés sur l'auto-évaluation du travailleur de la fréquence des comportements suivants: Rapporter une situation dangereuse à la personne qui me dirige sur le plancher (contremaître ou autre dirigeant), m'informer des risques d'un travail à faire auprès de la personne qui me dirige sur le plancher (contremaître ou autre dirigeant) ou d'un(c) autre employé(e), suggérer à la personne qui me dirige sur le plancher (contremaître ou autre dirigeant) une amélioration à la sécurité ou une mesure corrective, insister ou faire pression sur la personne qui me dirige sur le plancher (contremaître ou autre dirigeant) pour accélérer le suivi d'une demande de mesure corrective, discuter avec d'autres travailleur(euse)s de problèmes de santé au travail, suggérer à la personne qui me dirige sur le plancher (contremaître ou autre dirigeant) des mesures pour améliorer la santé au travail. Cronbach alpha=.85.

Utilisation de stratégies défensives par les travailleurs

Sommation de cinq indicateurs de type Likert (4 points recodés 1 =d'accord ou tout-à-fait d'accord. 0=autres) basés sur l'opinion du répondant: Quand je pense aux dangers de mon travail, je me dis que ça pourrait être pire ailleurs; il ne faut pas penser aux dangers du travail sinon on ne pourrait plus faire son ouvrage; prendre des risques, ça fait partie de la job; faire des demandes en santé-sécurité du travail pourrait nuire à la compagnie et menacer mon emploi; c'est normal que mon travail ait des risques qui peuvent affecter ma santé.

Dimension structurelle de SST

Responsable patronal

Présence du dirigeant ou d'un représentant ayant des responsabilités formelles pour la SST dans l'entreprise.

Responsable syndical ou employé

Présence d'un représentant du syndicat ou un des employés ayant des responsabilités formelles pour la SST dans l'entreprise.

Comité SST

Présence d'un comité SST dans l'entreprise.

Activités d'identification des risques

Présence d'une ou plusieurs des activités suivantes: enquête et analyse d'accident, inspection, analyse sécuritaire des tâches.

Activités de contrôle des risques

Présence d'une ou plusieurs des activités suivantes: entretien préventif, Simdut, formation, information

Annexe 1 (suite)

Mesures correctives réalisées Efforts de l'entreprise pour sécuriser l'environnement de travail. Les mesures appliquées peuvent être: la simple fourniture des équipements de protection individuels, les correctifs mineurs, les correctifs majeurs.

Facteurs micro-organisationnels

Profil du propriétaire-dirigeant:

Identification économique à l'entreprise Gère l'entreprise afin de maximiser les profits par opposition à une gestion de type familial, le dirigeant peut se voir à l'emploi d'une autre entreprise, ne cherche pas à ce que ses enfants prennent la relève ou tout simplement travaillent dans l'entreprise.

Niveau d'éducation Nombre d'années de scolarité et nombre d'années de scolarité en gestion ou d'éducation supérieure

Expérience en gestion Expériences antérieures en gestion dans d'autres entreprises

Réseaux professionnels Participation à des associations ou rencontres avec d'autres dirigeants de petites entreprises.

Relation employeur-employés

Perception positive de l'employeur pour ses employés Niveau d'accord du dirigeant sur les aspects suivants: les employés travaillent fort, ils valorisent la qualité du travail, sont autonomes, coopératifs, travaillent prudemment, ils sont dignes de confiance. Si un syndicat est présent, évaluation du niveau de coopération dans les relations entre l'employeur et le syndicat.

Évaluation du climat de travail par les travailleurs Sommation de deux indicateurs de type Likert (4 points: tout-à-fait en désaccord à tout-à-fait d'accord) basés sur la perception du travailleurs des items suivants: A l'usine, les travailleurs et les cadres se respectent mutuellement: à l'usine, les travailleurs et les cadres se font confiance mutuellement. Cronbachalpha=.41.

Gestion participative Propension du dirigeant à: consulter les travailleurs, donner suite à leurs demandes, faire confiance à ses employés, donner de l'autonomie, reconnaître la contribution des employés, mettre l'accent sur la valorisation des travailleurs, renforcer le sentiment d'appartenance à l'entreprise.

Évaluation des travailleurs de la gestion orientée sur la personne Sommation de trois indicateurs de type Likert (4 points: tout-à-fait en désaccord à tout-à-fait d'accord) basés sur la perception du travailleurs des items suivants: Le(la) directeur(trice) de l'usine se soucie beaucoup du bien-être et de la satisfaction des employés: Le(la) directeur(trice) de l'usine fait de gros efforts pour encourager et motiver les employés à faire un bon travail; Le(la) directeur (trice) de l'usine fait beaucoup pour reconnaître le bon travail des employé(e)s. Cronbach alpha=.94.

Supervision participative La propension du superviseur à: consulter les travailleurs, donner suite à leurs demandes, donner du support dans le travail, faire confiance, donner de l'autonomie, reconnaître la contribution des employés, essayer d'être un leader d'équipe, encourager l'entraide et l'esprit d'équipe.

Annexe 1 (suite)

Évaluation par les travailleurs de la supervision orientée sur la personne

Sommation de cinq indicateurs de type Likert (5 points: jamais à très souvent) basés sur la perception du travailleur de son superviseur: Me dit qu'il apprécie le travail que je fais; n'a pas de relations tendues avec ses employé(e)s; me fournit de l'aide et des conseils pour régler les problèmes dans le travail; fait confiance à ses employé(e)s; ne favorise pas certains employé(e)s au détriment d'autres. Cronbach alpha=. 70.

Stabilité de la main-d'œuvre

Niveau de stabilité ou faible roulement des travailleurs dans l'entreprise.

Sentiment d'appartenance à l'entreprise des travailleurs

La propension des travailleurs à être fiers de travailler pour cette compagnie, et à donner leur maximum au travail pour assurer la réussite de la compagnie.

Statut de pouvoir des femmes:

Employées qualifiées

Présence de femmes au niveau des employés de production.

Postes cadres

Présence d'une ou plusieurs femmes au niveau de la gestion.

Responsable SST

Présence d'une femme ayant des responsabilités formelles en SST.

Collectif de travail:

Entraide

La propension des travailleurs à s'entraider dans l'exécution du travail.

Échange

La propension des travailleurs à s'échanger des trucs et règles informelles de travail et de sécurité.

Fier du travail

La propension des travailleurs à être fiers du travail accompli.

Évaluation du collectif par les travailleurs

Sommation de cinq indicateurs de type Likert (5 points: jamais à très souvent) basés sur la perception du répondant de son équipe de travail: On s'avertit entre nous de certains risques du travail à faire; on s'entraide pour trouver des moyens de faciliter le travail; on se donne des règles à suivre pour faire le travail sans se blesser; on s'échange des idées pour solutionner des problèmes du travail; on s'entend sur certaines façons de travailler pour protéger notre santé au travail. Cronbach alpha=.88.

Perception du pouvoir du groupe de travail

Sommation de deux indicateurs de type Likert (5 points: jamais à très souvent) basés sur la perception du travailleur de son équipe de travail: On est capables de faire des pressions sur la personne qui nous dirige sur le plancher (contremaître ou autre dirigeant) pour appuyer nos demandes; On est capables de s'opposer à une décision qu'on désapprouve de la part de la personne qui nous dirige sur le plancher (contremaître ou autre dirigeant). Cronbach alpha=.79.

Facteurs macro-organisationnels

Contexte socio-économique:

Bonne position v/s concurrence

Position de l'entreprise sur le marché en regard de ses compétiteurs.

Bonne situation financière

Profit de l'entreprise et accessibilité aux capitaux

Annexe 1 (suite)

Possibilité d'expansion	La capacité de l'entreprise à prendre ou avoir pris de l'expansion dans son ou d'autres marchés
Stratégie qualité	La participation de l'entreprise à un programme de qualité comme ISO ou un autre type de programme touchant la qualité des produits.
État de la technologie	Évaluation du modernisme de la technologie, principalement la machinerie: récente, seulement quelques éléments récents, vieille machinerie.
Niveau de qualification des travailleurs	Niveau de qualification pour faire le travail demandé en termes de temps d'apprentissage, expériences antérieures, diplôme.
Disponibilité de la main-d'oeuvre	La facilité pour l'entreprise de trouver de la main-d'œuvre qualifiée dans la ville ou dans le voisinage proche.

Pressions externes en SST:

Intervention de l'inspecteur de la CSST	Nombre de visites de l'inspecteur de la CSST dans l'entreprise
Support donné par l'inspecteur de la CSST	Perception que l'inspecteur de la CSST a donné un support utile pour corriger le problème identifié.
Utilité perçue des modalités de l'intervention du CLSC	Perception que l'intervention a été utile pour l'entreprise évaluée en termes de comportements adoptés par les intervenants du CLSC et les solutions proposées pour régler les problèmes identifiés.
Support donné par le CLSC	Perception que les intervenants du CLSC ont donné un support utile pour corriger les problèmes et qu'ils ont fait un bon suivi des mesures correctives recommandées.
