

Université de Montréal

Les facteurs explicatifs de la présence des  
comités conjoints de santé et de sécurité du  
travail dans le réseau hospitalier du Québec

Par

MICHEL BOUDREAU

École de relations industrielles

Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté à la  
Faculté des études supérieures  
en vue de l'obtention du grade  
de Maître ès sciences (M.Sc.)  
en relations industrielles

Novembre 1994

© Michel Boudreau, 1994

Université de Montréal  
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé:

Les facteurs explicatifs de la présence des  
comités conjoints de santé et de sécurité du  
travail dans le réseau hospitalier du Québec

présenté par:

Michel Boudreault

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes:

Michel Brossard	: Président du jury
Marcel Simard	: Directeur du recherche
Bernard Brody	: Membre du jury

Mémoire accepté le: 12 avril 1995

## TABLE DES MATIÈRES

<b>CHAPITRE 1</b>	<b>OBJET DE LA RECHERCHE, CADRE THÉORIQUE ET HYPOTHÈSES</b>		
1.	Objet de la recherche . . . . .	3	
2.	L'objectif et la pertinence de la recherche . . . . .	5	
3.	Définition de la problématique . . . . .	7	
4.	Cadre théorique . . . . .	23	
4.1	Définition de la variable dépendante . . . . .	26	
4.2	Définition des variables indépendantes . . . . .	29	
4.2.1	Problématique des lésions professionnelles . . . . .	29	
4.2.2	Niveau d'activité syndicale . . . . .	34	
4.2.3	L'orientation de l'organisation en matière de gestion des ressources humaines . . . . .	39	
<b>CHAPITRE II</b>	<b>MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE</b>		
1.	La population visée . . . . .	51	
2.	Méthode de cueillette des données . . . . .	52	
3.	Echantillonnage des répondants . . . . .	54	

**CHAPITRE III PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

Introduction . . . . .	58
1. Présentation de la situation des comités conjoints de santé et de sécurité du travail dans le réseau hospitalier . . .	58
1.1 L'implantation des comités conjoints . . . . .	59
1.2 Les aspects structurels des comités . . . . .	63
1.3 Les aspects fonctionnels et les activités réalisées .	72
1.4 L'investissement consacré au fonctionnement . . . . .	81
1.5 L'impact perçu des comités conjoints . . . . .	87
2. Présentation des résultats concernant les hypothèses . . .	91
3. Elaboration d'une hypothèse alternative . . . . .	95
3.1 Présentation . . . . .	95
3.2 L'action de l'Association pour la Santé et la Sécurité du Travail, secteur Affaires Sociales . . .	99
3.3 L'action de la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail du Québec . . . . .	102
3.4 L'effet «réseau» . . . . .	105
3.5 Conclusion . . . . .	110
Conclusion . . . . .	113
Bibliographie . . . . .	118

Annexe A    Questionnaire expédié aux établissements . . . . . 127

## REMERCIEMENTS

Plusieurs personnes et organismes m'ont aidé pour la réalisation de cette recherche.

Je dois tout d'abord remercier ma famille, Louise, Julie et Mathieu pour leur patience et l'encouragement qu'ils m'ont démontré.

Je remercie M. Raymond Paquin de l'Association des hôpitaux du Québec ainsi que l'Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur affaires sociales et la Commission de la santé et de la sécurité du travail.

Il faut aussi souligner l'apport technique de Mme Denise Guay. De plus, les centres hospitaliers du Québec ont très bien collaboré, tel qu'en témoigne le taux de réponses au questionnaire.

Enfin, je remercie de manière particulière mon directeur de thèse, M. Marcel Simard. Ses précieux conseils et l'intérêt qu'il a témoigné sont dignes de mention.

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau I	Classification des centres hospitaliers selon leur vocation . . . . .	7
Tableau II	Dispositions des conventions collectives concernant les comités de santé et de sécurité . . . . .	9
Tableau III	Variables et indices de mesure utilisés par Beaumont et Deaton . . . . .	19
Tableau IV	Cadre théorique . . . . .	24
Tableau V	Variables et indices de mesure utilisés . . . . .	25
Tableau VI	Répartition des questionnaires expédiés et reçus selon la vocation des établissements . . . . .	55
Tableau VII	Questionnaires expédiés et reçus selon la taille des établissements . . . . .	56
Tableau VIII	Problématiques rencontrées lors de la création du comité de santé et de sécurité du travail . . . . .	61
Tableau IX	Durée de la phase d'implantation . . . . .	62
Tableau X	Types de comités de santé et de sécurité du travail .	64
Tableau XI	Nombre de représentants de l'employeur au comité de santé et de sécurité du travail . . . . .	66
Tableau XII	Nombre de représentants des employés au comité de santé et de sécurité du travail . . . . .	67
Tableau XIII	Fréquence des titres d'emploi des représentants de l'employeur au comité de santé et de sécurité du travail . . . . .	68

Tableau XIV	Mécanismes de fonctionnement . . . . .	69
Tableau XV	Mécanismes de prise de décision . . . . .	71
Tableau XVI	Durée des réunions du comité de santé et de sécurité du travail . . . . .	72
Tableau XVII	Activités réalisées par le comité de santé et de sécurité du travail . . . . .	74
Tableau XVIII	Nombre de recommandations effectuées au cours des 6 derniers mois (par comité) . . . . .	75
Tableau XIX	Nature des recommandations . . . . .	77
Tableau XX	Problèmes rencontrés dans le fonctionnement du comité . . . . .	78
Tableau XXI	Représentants de l'employeur: temps consacré à la préparation et au suivi de la réunion du comité de santé et de sécurité du travail . . . . .	82
Tableau XXII	Temps consacré à la préparation et au suivi des réunions par les représentants des employés . . . . .	83
Tableau XXIII	Temps effectué par le personnel de soutien en 1990 .	84
Tableau XXIV	Coût des recommandations formulées en 1990 (par comité) . . . . .	85
Tableau XXV	Coût des recommandations réalisées en 1990 (par comité) . . . . .	86
Tableau XXVI	Impacts du comité sur différents facteurs . . . . .	89
Tableau XXVII	Résultats des tests bivariés . . . . .	92

Tableau XXVIII	Résultats de l'analyse de régression logistique . . .	93
Tableau XXIX	Interventions de l'A.S.S.T.S.A.S. en matière de C.P.S.S.T. . . . .	101
Tableau XXX	Répartition géographique des comités de santé et de sécurité du travail. . . . .	109

## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Work System . . . . .	43
Figure 2	Nombre de comités créés selon l'année . . . . .	96
Figure 3	Impact des facteurs externes selon les périodes . .	112

## SOMMAIRE

L'objectif de cette recherche est de découvrir les facteurs explicatifs de la présence des comités conjoints de santé et de sécurité du travail en milieu hospitalier. Aucune réglementation n'oblige actuellement la formation de tels comités dans ce secteur d'activités. Cette structure existe donc sur une base volontaire, par entente entre les parties patronales et syndicales.

Les répondants représentent plus de 80% de la population totale et 71% d'entre eux ont déjà mis en place des comités conjoints. Ce phénomène est donc largement implanté dans le réseau hospitalier.

Ces comités sont relativement structurés et possèdent un fonctionnement formel. Nous remarquons beaucoup de similitudes d'un comité à l'autre, à tel point qu'il semble qu'un modèle général se soit développé sur les principaux aspects.

L'analyse des résultats nous démontre que le cadre théorique retenu ne permet pas d'expliquer le phénomène en présence. Or, ce dernier est basé sur des facteurs internes à l'entreprise.

Une hypothèse alternative, constituée de facteurs externes à l'organisation a donc été développée. Bien que cette hypothèse ne constitue qu'une voie d'exploration, il est concevable que certaines variables, telles que l'effet «réseau», l'action de l'Association pour la Santé et la Sécurité du Travail, secteur Affaires Sociales et les interventions de la CSST aient pu contribuer significativement à la création de comités conjoints de santé et de sécurité du travail dans les centres hospitaliers du Québec.

## **CHAPITRE I**

### **OBJET DE LA RECHERCHE, CADRE THÉORIQUE ET HYPOTHÈSES**

## OBJET DE LA RECHERCHE, CADRE THÉORIQUE ET HYPOTHÈSES

### 1. OBJET DE LA RECHERCHE

L'objet de cette recherche consiste en la formation volontaire de comités conjoints de santé et de sécurité du travail dans le réseau hospitalier.

La Loi sur la santé et la sécurité du travail de 1979 prévoit la mise sur pied de comités paritaires de santé et de sécurité du travail dans les établissements de vingt et un (21) employés et plus sur demande de la partie patronale ou syndicale. Les parties peuvent aussi, conjointement, demander la reconnaissance de leurs comités déjà existants. Le règlement sur les comités de santé et de sécurité du travail (Gouvernement du Québec 1983) prévoit les pouvoirs dévolus à ces comités ainsi que les modalités de formation et de fonctionnement.

Toutefois, ce règlement s'applique à certains secteurs d'activités économiques précis désignés sous le vocable de groupes prioritaires.

Certains secteurs de l'activité économique ne sont pas couverts par le règlement mentionné ci-haut. Donc, aucune modalité légale autre que celles prévues aux conventions collectives ne s'applique.

C'est le cas du secteur de la santé et des services sociaux et plus particulièrement hospitalier. Un certain nombre de centres hospitaliers du Québec ont mis sur pied des comités conjoints de santé et de sécurité du travail.

Ces comités, formés volontairement, possèdent des structures et un fonctionnement non investigués en profondeur jusqu'à ce jour. Il faut souligner qu'un comité conjoint formé volontairement n'est pas nécessairement conforme aux normes édictées par la législation.

La mise sur pied de ces comités est donc issue d'une décision conjointe de l'employeur et des organisations syndicales. Les motifs à l'origine de cette décision peuvent être de plusieurs ordres.

Cette recherche sera concentrée sur les facteurs explicatifs de la présence de comités conjoints de santé et de sécurité du travail dans les centres hospitaliers du Québec.

## 2. L'OBJECTIF ET LA PERTINENCE DE LA RECHERCHE

Cette recherche a pour objectif de découvrir les facteurs explicatifs de la présence des comités conjoints de santé et de sécurité. Bien que la loi ne peut être utilisée par l'une ou l'autre des parties pour la mise en place d'un tel comité, il apparaît que des centres hospitaliers du Québec ont créé cette structure. Quelles sont les motivations ayant incité les parties à créer volontairement et conjointement ces comités et quels sont les facteurs organisationnels ayant joué un rôle prédominant dans leur décision ? Voilà précisément ce que cette recherche servira à découvrir et à expliquer. L'ensemble des facteurs pouvant être à l'origine de la décision des parties sera investigué à partir de la littérature existante afin de cerner la problématique en profondeur. Selon cette dernière, ces facteurs peuvent être d'ordre socio-économique ou organisationnel.

Les centres hospitaliers n'appartiennent pas à un groupe prioritaire tel que défini par la loi. Toutefois, cette dernière prévoit que chaque secteur d'activités économiques deviendra un jour couvert par les dispositions concernant la formation de comités paritaires de santé et de sécurité du travail. Nous pouvons déduire que les centres hospitaliers ayant déjà mis en place cette structure auront davantage de facilité à s'adapter aux dispositions législatives lorsque celles-ci entreront en vigueur. Dès lors, il peut être utile de découvrir les facteurs communs qui ont déjà facilité l'avènement de tels comités dans certaines organisations. Cette recherche pourra donc être utile aux établissements qui désirent éventuellement instaurer un comité conjoint de santé et de sécurité du travail.

D'autre part, comme ce sujet a déjà été étudié en Angleterre par Beaumont et Deaton et que le cadre théorique de cette recherche s'inspire largement des travaux réalisés par ces auteurs, nous pourrions constater les différences ou similitudes du comportement des acteurs au Québec dans le réseau hospitalier, alors que les recherches antérieures sur le sujet portaient sur le secteur manufacturier. De plus, certains facteurs organisationnels portant notamment sur l'orientation de la gestion des ressources humaines.

D'autre part, cette recherche permet d'étudier un phénomène particulier dans la population d'un seul secteur d'activité économique où les établissements présentent de grandes similitudes.

### 3. DÉFINITION DE LA PROBLÉMATIQUE

Cette section servira à déterminer la problématique de cette recherche. Nous commencerons d'abord par une brève description du secteur étudié. Nous référerons au cadre légal ainsi qu'à la littérature pertinente à ce domaine afin de mieux cerner l'ensemble des facteurs pouvant présenter un intérêt notable pour l'étude du phénomène des comités conjoints de santé et de sécurité dans un secteur où l'établissement de cette structure est actuellement de nature volontaire.

C'est à partir de cette section que nous élaborerons un cadre théorique et que nous pourrons dégager les hypothèses de travail.

Tout d'abord, le secteur étudié est constitué du réseau hospitalier du Québec. Ce dernier est composé de 187 centres hospitaliers. Ces derniers sont classés selon leur vocation (mission) qui est elle-même reliée au type de clientèle traitée. Les centres hospitaliers sont classés à l'intérieur de trois grandes catégories: courte durée, longue durée, psychiatrique (Voir Tableau I).

**TABLEAU I**

**CLASSIFICATION DES CENTRES HOSPITALIERS SELON LEUR VOCATION**

<b>VOCATION</b>	<b>NOMBRE</b>
Courte durée	123
Longue durée	48
Psychiatrique	16
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>

Notons au passage que la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail du Québec (CSST) applique un indice de risque différent selon les vocations des établissements. Nous y reviendrons plus loin.

Ce secteur est fortement syndiqué et on y retrouve notamment les centrales syndicales CSN et FTQ. De plus, des syndicats spécifiques du secteur de la santé y sont présents. Il s'agit de syndicats à caractère professionnel tel que la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ) et la Centrale des professionnels de la santé (CPS). De plus, d'autres centrales syndicales telles que la CEQ et la CSD sont présentes. Le réseau hospitalier est couvert par des conventions collectives dites «nationales», c'est-à-dire qui s'appliquent à l'ensemble du réseau.

Ces conventions collectives prévoient la création de comités de santé et de sécurité. Toutefois, il s'agit de comités fonctionnant sur la base des unités d'accréditation présentes dans l'établissement. Les clauses concernées varient sensiblement d'une convention à l'autre et prévoient la mise sur pied d'un comité de style «consultatif» dont les modalités de fonctionnement sont déterminées par les parties.

En ce qui concerne les tâches dévolues à ces comités de convention collective, elles se situent au niveau de l'inspection des lieux de travail, de l'identification des risques, de l'étude des accidents, de celle des plaintes et de l'information aux salariés. Ils possèdent aussi un rôle de recommandation sur les mesures préventives et sur les équipements de protection. Le Tableau II donne une représentation schématique du contenu des principales conventions collectives du réseau.

TABLEAU II

**DISPOSITIONS DES CONVENTIONS COLLECTIVES CONCERNANT LES  
COMITÉS DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ \***

	C.S.N. C.E.Q.	F.T.Q. C.S.D.	F.I.I.Q.	C.P.S.
Sujets traités	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convenir des modes d'inspection des lieux de travail;</li> <li>- Identifier les situations qui peuvent être sources de danger pour les salariés;</li> <li>- Recueillir les renseignements utiles concernant les accidents survenus;</li> <li>- Recevoir et étudier les plaintes des salariés concernant les conditions de santé et de sécurité;</li> <li>- Recommander toute mesure jugée utile à la correction des problèmes qu'il a identifiés;</li> <li>- Informer les salariés sur tous sujets jugés pertinents par le comité.</li> </ul>			Non définis
Règles de fonctionnement	- Les modalités de représentation et de fonctionnement sont définies par arrangement local entre les parties.			
Autres dispositions	- Nil			

\* Renseignements extraits des conventions collectives suivantes:

- Le Comité patronal de négociation du secteur de la Santé et des

Services Sociaux, le Sous-Comité patronal des affaires sociales (CSN), 90-91, p.184

- Le Comité patronal de négociation du secteur de la Santé et des Services Sociaux, le Sous-Comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics et le Syndicat canadien de la fonction publique (FTQ), 90-91, pp.201-202
- Le Comité patronal de négociation du secteur de la Santé et des Services Sociaux, le Sous-Comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics et la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (FIIQ), 90-91, p.137
- Le Comité patronal de négociation du secteur de la Santé et des Services Sociaux, le Sous-Comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics et la Centrale de l'enseignement du Québec (CEQ), 90-91, p.240
- Le Comité patronal de négociation du secteur de la Santé et des Services Sociaux, le Sous-Comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics et la Centrale des syndicats démocratiques (CSD), 90-91, p.259
- Le Comité patronal de négociation du secteur de la Santé et des Services Sociaux, le Sous-Comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics et la Centrale des professionnels de la santé (CPS), 90-91, p.138

D'autre part, le règlement sur les comités de santé et de sécurité prévoit la mise sur pied d'un comité paritaire de santé et de sécurité du travail sur demande d'une partie ou sur demande conjointe des deux parties. Les modalités de fonctionnement et les responsabilités du comité y sont énoncées. Ce règlement s'applique toutefois à certains groupes prioritaires dont ne fait pas partie le secteur de la santé et des services sociaux à l'intérieur duquel nous retrouvons le réseau hospitalier qui regroupe 80% des effectifs du personnel du secteur.

L'établissement d'un comité conjoint de santé et de sécurité dans le réseau hospitalier ne peut donc découler d'une disposition législative présentement en vigueur. D'autre part, tel que nous l'avons vu, les conventions collectives prévoient autant de comités qu'il y a d'unités d'accréditation alors que cette recherche est axée sur les comités sur lesquels siègent les représentants de la majorité des salariés de l'établissement donc généralement des comités multi-accréditation. Nous voyons donc, par conséquent, un caractère fortement volontaire relié à la formation de ces comités.

La formation de comités conjoints de santé et de sécurité du travail découle donc de la décision des parties à l'intérieur de chaque centre hospitalier. Le but de cette recherche est de découvrir les facteurs explicatifs de la présence de cette structure.

La littérature traitant de la création volontaire de comités de santé et de sécurité du travail est relativement limitée. Toutefois, en Angleterre, Beaumont et Deaton (1981) ont effectué des recherches dans cette voie. De même, au Québec, Bernier (1987) et Chevalier (1985) ont étudié une problématique connexe à notre sujet.

Beaumont et Deaton (1981 A) ont testé un modèle visant à expliquer l'établissement volontaire de comités de santé et de sécurité du travail. Ce modèle est tiré d'une étude réalisée dans le but d'expliquer les variations dans le comportement des entreprises concernant l'application du règlement sur les délégués à la santé et à la sécurité et sur les comités de sécurité en 1978.

Les auteurs ont identifié trois catégories de facteurs pouvant influencer le comportement des parties. Il s'agit de la préoccupation des acteurs en matière de santé et sécurité, de la variation du pouvoir syndical et enfin de l'orientation de l'entreprise en matière de gestion des ressources humaines.

Une de leurs études a traité spécifiquement du phénomène de la mise sur pied volontaire d'un comité de santé et de sécurité (Beaumont et Deaton 1981 B).

Les auteurs ont voulu identifier les caractéristiques des organisations ayant établi volontairement ce type de comité avant le passage de la Loi sur la santé et la sécurité du travail de 1974. Pour eux, un certain nombre de conditions sont nécessaires pour l'établissement et la survie de ces comités. Cette étude fut menée auprès de 970 établissements manufacturiers et visait à établir les différences inter-sectorielles. Avant que la législation soit en vigueur en 1974, 44,4% de ces établissements avaient créé des comités de santé et de sécurité.

Les auteurs se sont inspirés de la littérature traitant du développement

organisationnel et plus particulièrement des travaux de Kochan et Dyer (1976) traitant de l'impact des interactions entre l'employeur et le syndicat.

Tout d'abord, l'établissement volontaire d'un comité de santé et de sécurité du travail est considéré comme étant la réponse organisationnelle à une problématique existante dans l'entreprise. L'importance des problèmes de santé et de sécurité du travail représente donc le premier facteur pouvant expliquer la création d'une telle structure.

*«The logical starting point for our analysis is to view these committees as adaptive structures, representing an institutional response to a perceived problem ». (Beaumont et Deaton 1981 B, 335)*

Les auteurs ont utilisé deux indices de mesure soit: le taux d'accidents du travail et le type de technologie utilisée.

L'importance de la problématique des accidents du travail conduira donc les parties à entrevoir ces comités comme un moyen d'améliorer la situation. Les auteurs ajoutent:

*«We hypothesize that the higher the industrial accident rate the greater the pressure on union and management representatives to consider the case for setting up a joint health and safety committee». (Beaumont et Deaton 1981 B, 335)*

La seconde mesure de la variation de l'importance de la problématique est reliée à la technologie utilisée. Le type de production, donc la nature de l'équipement utilisé et des procédés de fabrication peuvent agir sur le degré

de risque présent dans l'établissement. Les auteurs ont fait l'hypothèse que la production en série aura un impact positif sur la création de comités conjoints de santé et de sécurité du travail, car ce type de technologie comporte davantage de risque que la technologie artisanale ou la production en continu. Leur étude mettait en évidence les différences entre des groupes industriels utilisant des technologies différentes. Le type de technologie était donc utilisé afin de déterminer le degré de risque.

Toutefois, la seule existence d'une problématique importante au niveau des accidents du travail n'est pas suffisante pour expliquer la décision des parties d'implanter ces comités.

L'employeur peut percevoir cette structure comme une limitation à son pouvoir. Il sera alors peut-être davantage favorable à l'établissement d'une structure administrative ayant pour rôle de gérer les activités reliées à la santé et à la sécurité du travail. Il s'en suit que le syndicat doit inciter l'employeur à établir un comité de type «conjoint».

*«This sort of evidence suggests that unions will have to have exerted pressure or power in favour of the establishment of such committees ». (Beaumont et Deaton 1981 B, 336)*

Donc, les auteurs considèrent que l'établissement d'un comité de santé et de sécurité est aussi l'expression du pouvoir syndical. Tel est leur deuxième facteur explicatif.

Cela nous ramène à un paradigme central en relations industrielles: des

parties ayant des intérêts partiellement différents pourront trouver avantage à travailler ensemble à travers une structure conjointe où elles pourront rencontrer leurs objectifs respectifs. (Kochan et Dyer 1976)

Les variables ayant été utilisées à cet effet sont le taux de syndicalisation du secteur dans lequel se situe l'entreprise, la présence de plusieurs syndicats, l'organisation des délégués d'ateliers et la fréquence des grèves. Nous constatons qu'il s'agit d'indicateurs reliés au pouvoir de l'organisation syndicale. Cette dernière pourra exercer plus ou moins de pressions sur l'employeur pour l'obliger à accepter la création d'un comité conjoint de santé et de sécurité du travail selon la force qu'elle peut utiliser.

*«The basic line of argument developed to date is that the voluntary establishment of a joint health and safety committee is the institutional outcome of union power pressuring management to establish such a committee in preference, for example, to them appointing their own safety officer as an alternative institutional response to the presence of a problem of workplace health and safety ». (Beaumont et Deaton 1981 B, 338)*

Les employeurs ne sont pas nécessairement systématiquement opposés à la création de tels comités. Ainsi le troisième facteur d'influence est constitué par l'intérêt porté par l'entreprise à la gestion des ressources humaines. En ce sens, les employeurs qui accorderont une priorité en matière de relations humaines seront davantage incités à créer un comité de santé et de sécurité. L'orientation de la gestion des ressources humaines dans l'entreprise détermine le comportement de l'employeur face à une problématique affectant ses employés et par le fait même les relations qu'il entretient avec eux.

Les variables utilisées à ce niveau sont: l'absence ou la présence d'un comité général de relations de travail, la taille de l'établissement, le fait que la compagnie soit la propriété d'une entreprise étrangère ou non et le fait que le responsable des relations industrielles soit membre de la haute direction. Les auteurs considèrent que si les parties ont, dans le passé, utilisé la formule d'un comité comme lieu de discussion et de règlement de leurs problèmes, elles ont déjà acquis l'habitude de la concertation et elles seront davantage enclines à créer un comité conjoint de santé et de sécurité.

La taille de l'entreprise est utilisée car des études antérieures ont démontré une relation significativement positive entre cette variable et l'importance accordée aux ressources humaines. Les auteurs utilisent donc la taille de l'entreprise en tant qu'approximation de l'orientation en gestion des ressources humaines:

*«The use of the size variable for this purpose follows from the studies which have own shown that larger plants devote proportionately more resources to their personnel management function than their smaller sized counterparts, possibly because of the alleged nonpecuniary disadvantages of employment in the more structured, regimented environment of larger plants».* (Beaumont et Deaton 1981 B, 399)

Par ailleurs, les auteurs s'appuient sur la littérature du développement organisationnel pour avancer que les changements en matière de gestion des ressources humaines sont souvent l'effet du travail des spécialistes en ce domaine (Beckhard 1969). Ainsi, la présence d'un spécialiste qui possède un pouvoir réel au niveau de la haute direction aura comme effet que l'entreprise mettra davantage d'emphase sur les questions reliées au personnel et

permettra la réalisation d'initiatives novatrices.

Les résultats de leur étude démontrent que les deux plus importants facteurs pouvant prédire la présence d'un comité de santé et de sécurité sont: la taille de l'entreprise et l'existence d'un comité consultatif général. D'autres facteurs dont l'importance est moindre sont aussi présents: un haut taux d'accidents, la présence de plusieurs syndicats et la structure des délégués d'ateliers.

Les deux principaux facteurs sont reliés à l'orientation de l'entreprise en matière de gestion des ressources humaines.

Toutefois, certains facteurs reliés à la problématique des accidents du travail ainsi qu'au syndicalisme sont aussi présents.

Par conséquent, la présence ou l'absence d'un comité conjoint de santé et de sécurité du travail semble être l'effet conjugué de plusieurs facteurs. Plusieurs éléments peuvent affecter la variable dépendante. Le Tableau III présente les variables ainsi que les indices de mesure utilisés par ces auteurs. Le modèle développé par Beaumont et Deaton (1981 B) dans leurs études constitue la base du cadre théorique de notre recherche. Leur problématique s'apparente de très près à la nôtre.

Ces auteurs avaient comme objectif de découvrir les caractéristiques organisationnelles des entreprises qui avaient mis sur pied volontairement un comité de santé et de sécurité du travail avant le passage du «Health and Safety at Work Act» de 1974.

De notre côté, nous voulons découvrir les facteurs explicatifs de la présence de comités conjoints de santé et de sécurité dans un secteur où la législation ne prévoit pas encore la reconnaissance légale de cette structure. Il s'agit donc de comités volontaires et nous explorerons les variables pouvant jouer un rôle sur la variable dépendante. En ce sens, la problématique explorée par Beaumont et Deaton (1981 B) ainsi que la nôtre s'apparentent de très près.

TABLEAU III

**VARIABLES ET INDICES DE MESURE UTILISÉS  
PAR BEAUMONT ET DEATON**

VARIABLES	INDICES DE MESURE
Problématique des lésions professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux d'accidents</li> <li>- Technologie utilisée</li> </ul>
Pouvoir du syndicat	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de syndicalisation</li> <li>- Présence de plusieurs syndicats</li> <li>- Structure des délégués d'ateliers</li> <li>- Utilisation de la grève</li> </ul>
Orientation en gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existence d'un comité consultatif général</li> <li>- Taille</li> <li>- Compagnie étrangère ou anglaise</li> <li>- Présence d'un membre de la haute direction responsable des relations industrielles.</li> </ul>

Toutefois, certains éléments de notre recherche s'avèrent différents du cadre de l'étude de Beaumont et Deaton (1981 B). Ces éléments sont principalement reliés à la population étudiée. Premièrement, cette étude avait pour population des entreprises manufacturières de plusieurs secteurs, alors que nous étudions, de notre côté, des entreprises de services d'un seul secteur, soit le réseau hospitalier.

Deuxièmement, le secteur manufacturier étudié par Beaumont et Deaton comprenait une vaste gamme de sous-secteurs tels que l'alimentation, les mines, les pâtes et papiers, les textiles, etc. Ces sous-secteurs possèdent chacun leur propre technologie qui conduit à des niveaux de risque différents. Tel n'est pas notre cas. La technologie utilisée en secteur hospitalier est similaire partout au Québec. Toutefois, le niveau de risque peut varier en fonction de la vocation de l'établissement.

Troisièmement, le taux de syndicalisation de notre secteur est uniforme dans la quasi totalité des centres hospitaliers. De plus, les centrales syndicales québécoises sont présentes partout dans le réseau.

Quatrièmement, tous les établissements possèdent des conventions collectives qui prévoient des clauses similaires concernant la mise sur pied et le fonctionnement des comités de santé et de sécurité du travail. Cette variable étant d'égale importance partout, nous pouvons nous permettre de ne pas en tenir compte.

Cinquièmement, les structures hiérarchiques des centres hospitaliers (conseil d'administration, direction générale, directorats, cadres intermédiaires) sont très similaires d'une organisation à l'autre. Le responsable des

relations industrielles, soit le directeur des ressources humaines est un cadre supérieur de l'établissement. Par ailleurs, certaines dispositions législatives prévoient la mise sur pied d'un certain nombre de structures et de comités consultatifs (comité consultatif à la direction générale, comité consultatif du personnel clinique, etc.). (Gouvernement du Québec 1977)

D'autres chercheurs se sont intéressés à des problématiques connexes à la nôtre.

Au Québec, Chevalier (1985) a étudié les facteurs conditionnant le statut du comité de santé et de sécurité. La Loi sur la santé et la sécurité du travail de 1979 prévoit que l'une ou l'autre partie ou que les parties conjointement peuvent demander la reconnaissance légale du comité de santé et de sécurité existant déjà dans l'entreprise. L'auteur a étudié les facteurs expliquant la motivation des parties à utiliser le dispositif légal concernant les comités de santé et de sécurité.

Son cadre d'analyse, largement inspiré de celui développé par Beaumont et Deaton mettait en évidence la situation des lésions professionnelles comme facteur de base. À ce dernier, se greffaient trois (3) types de facteurs: ceux reliés aux caractéristiques de l'entreprise, ceux reliés à l'état des relations de travail et finalement certains facteurs touchant l'organisation.

Les résultats sont à l'effet que l'utilisation du cadre légal est un phénomène ne pouvant être expliqué par un seul facteur:

«Du côté de l'entreprise, cette décision semble être influencée par la capacité générale de l'organisa-

tion de répondre au problème de santé et de sécurité. De plus, cette décision paraît être en relation avec une stratégie d'un sous-groupe particulier de l'organisation. Par ailleurs, il semble que la capacité développée par les parties de travailler conjointement dans le domaine des relations de travail, à la résolution de problèmes les concernant, est un autre facteur pouvant conditionner le comportement des milieux de travail. Les stratégies développées par les centrales syndicales en regard de la santé et de la sécurité semble aussi avoir une influence déterminante dans des milieux de travail spécifiques.» (Chevalier 1985, VI)

#### 4. CADRE THÉORIQUE

Cette partie a pour objet d'exposer le cadre théorique de la recherche. Je commencerai par la définition de la variable dépendante, soit la présence ou non d'un comité conjoint de santé et de sécurité du travail. Par la suite, viendront les variables indépendantes pouvant présenter un intérêt en termes d'impacts sur la présence du comité. Le modèle théorique de Beaumont et Deaton servira de base au nôtre. Les indices de mesure des variables sont toutefois différents en raison des caractéristiques de notre population et des récents développements dans la littérature traitant de l'orientation des entreprises en matière de gestion des ressources humaines.

Notre cadre théorique tel qu'illustré au Tableau IV comprend trois blocs de variables indépendantes, soit l'importance de la problématique des lésions professionnelles, le niveau d'activité syndicale ainsi que l'orientation de l'organisation en matière de gestion des ressources humaines.

## TABLEAU IV

## CADRE THÉORIQUE

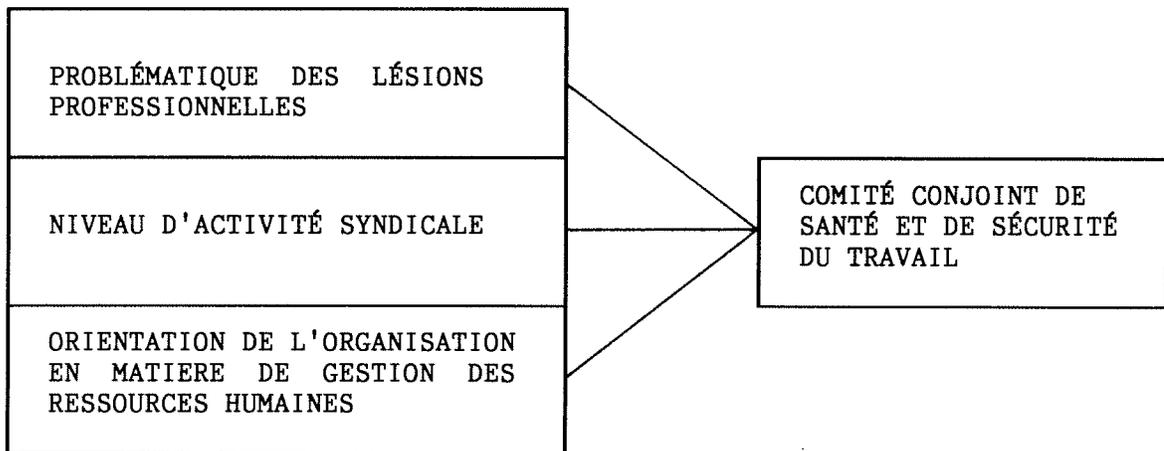


TABLEAU V

## VARIABLES ET INDICES DE MESURE UTILISÉS

VARIABLES	INDICES DE MESURE
Problématique des lésions professionnelles	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Indices de risque</li> <li>- Vocation du C.H.</li> <li>- Vétusté du C.H.</li> </ul>
Niveau d'activité syndicale	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ratio d'heures de libérations syndicales</li> </ul>
Orientation de gestion des ressources humaines	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taille</li> <li>- Activités : <ul style="list-style-type: none"> <li>. Comités de gestion participative</li> <li>. Programme de reconnaissance</li> <li>. Programme d'aide aux employés</li> <li>. Journal interne</li> <li>. Programme de formation (cadres)</li> </ul> </li> </ul>

#### 4.1 DÉFINITION DE LA VARIABLE DÉPENDANTE

La variable dépendante de cette recherche est l'existence ou non du comité conjoint de santé et de sécurité du travail.

Le comité conjoint tel que nous le concevons est un lieu d'échanges et de discussions en matière de santé et de sécurité du travail dans l'organisation. Dans cette voie, nous nous rapprochons de l'esprit du législateur tel qu'énoncé dans le Livre Blanc:

«C'est sur les lieux mêmes du travail que surviennent les accidents du travail et les maladies professionnelles. Des gestes posés et des attitudes adoptées par les hommes et les femmes qui y sont présents, employeurs ou travailleurs, dépend en grande partie le succès ou l'échec de toute politique de santé et de sécurité du travail. C'est donc là tout d'abord que doit s'incarner la participation des travailleurs et des employeurs.» (Gouvernement Québec 1978, 207)

C'est donc un comité formé de représentants de l'employeur et des salariés. Il s'agit ici de la première caractéristique fondamentale de ce comité, nous excluons les comités formés exclusivement des représentants de l'employeur ou des comités syndicaux, même si ces derniers peuvent exister et traiter des mêmes questions et problèmes que le comité conjoint.

Deuxièmement, ce comité conjoint ne doit pas traiter exclusivement d'une seule problématique, même si celle-ci fait partie du domaine de la santé ou de sécurité du travail. Il peut exister des comités

conjoint mis sur pied pour s'occuper d'une seule question particulière. À ce titre nous pourrions mentionner les problématiques des matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) ou celles visant à établir une démarche d'identification des risques et de recommandations de solutions dans un service précis de l'entreprise (PAD-PRAT) <sup>1</sup>. La nature «ad hoc» ou temporaire de tels comités pourrait fausser les résultats de cette recherche.

Troisièmement, il peut exister plusieurs comités conjoints de santé et de sécurité du travail dans un seul établissement. Ces comités peuvent être coordonnés par un comité général ou être indépendants l'un de l'autre. C'est le cas, si, notamment, certains comités ne s'adressent qu'aux seuls membres d'un syndicat présent dans l'organisation. Cela pourrait être aussi le cas de comités s'occupant d'un secteur particulier de l'établissement tel que l'alimentation, la direction des soins infirmiers, etc.

S'il s'avère que dans certains centres hospitaliers, il existe plus d'un comité conjoint de santé et de sécurité du travail, nous nous intéresserons au comité couvrant le plus grand nombre de salariés. Nous supposons que ce dernier exerce un leadership en cette matière au

---

<sup>1</sup> Le programme pour la réduction des accidents du travail et la prévention des accidents au dos a été créé par l'Association pour la Santé et la Sécurité du Travail, secteur Affaires Sociales. Il s'agit d'une démarche visant à l'identification des risques d'accidents, ainsi que d'élaboration et de mise en oeuvre de recommandations. Cette démarche nécessite l'implication de représentants de chaque partie. A cet effet, un comité conjoint doit être instauré de manière temporaire.

niveau de l'organisation.

Le comité conjoint doit aussi couvrir un nombre important de salariés de l'établissement. S'il s'avère, à titre d'exemple, que dans un établissement, il n'existe qu'un seul comité conjoint et que celui-ci ne couvre que les membres d'un syndicat, regroupant un petit nombre de salariés de l'établissement «ex: inhalothérapie», nous ne tiendrons pas compte des données recueillies.

D'autres caractéristiques du comité, telles que les matières obligatoires dont il doit s'occuper, la composition ou le mode de fonctionnement, ne seront pas retenues car elles ne représentent pas d'intérêt pour l'objet de notre recherche.

En résumé, aux fins de cette étude, un comité conjoint de santé et de sécurité du travail doit regrouper les représentants de l'employeur et des salariés, s'occuper de plus d'un aspect de la santé et de la sécurité du travail, présenter un caractère de permanence et couvrir un nombre important de salariés de l'établissement.

Ayant ainsi défini notre variable dépendante, la suite de ce chapitre sera consacrée aux variables pouvant l'influencer.

## 4.2 DÉFINITION DES VARIABLES INDÉPENDANTES

Cette section servira à définir nos variables indépendantes:

- la problématique des lésions professionnelles
- le niveau d'activité syndicale
- l'orientation de l'organisation en matière de gestion des ressources humaines.

### 4.2.1 PROBLÉMATIQUE DES LÉSIONS PROFESSIONNELLES

Nous considérons que le comité conjoint de santé et de sécurité du travail est un mécanisme adaptatif des acteurs en réponse à une problématique existante dans le milieu de travail. Par conséquent, le taux d'accidents est un élément majeur dans la décision des parties d'instaurer cette structure. Nous croyons qu'un haut taux d'accidents du travail peut inciter les parties à mettre sur pied un tel comité (Beaumont et Deaton 1981 B, 335). À l'opposé de Beaumont et Deaton qui ont utilisé en tant qu'indice le taux de fréquence des accidents au niveau sectoriel <sup>2</sup>, nous utiliserons le facteur de risque personnalisé de chaque établissement. Les centres hospitaliers appartenant tous au même secteur d'activités, nous utiliserons donc un indice personnalisé pour chacun d'entre eux.

---

<sup>2</sup>

Le taux de fréquence est un indice objectif. Il faut toutefois souligner que le taux de fréquence ne tient pas compte de la gravité des accidents survenus, un accident est comptabilisé de la même manière, que l'employé ait perdu deux ou cent jours de travail. Il s'agit là d'une faiblesse de la littérature.

Ce facteur de risque tient compte de l'historique de la gravité des accidents du travail dans l'établissement au cours des trois dernières années. Cet indice se retrouve sous forme d'un chiffre qui représente un rapport entre l'historique des coûts des accidents de l'établissement et celui des coûts des accidents des autres établissements de l'unité de classification de la CSST. À titre d'exemple, un indice de risque de 1.5 signifie que les coûts d'accidents du travail d'un établissement sont 50% plus élevés que la moyenne des coûts des autres établissements de l'unité <sup>3</sup>. Il s'agit donc d'un indice basé sur des données historiques. Notre première hypothèse est donc la suivante:

H<sub>1</sub>

Plus l'indice de risque de l'établissement sera élevé, plus fortes seront les chances qu'existe un comité conjoint de santé et de sécurité.

---

<sup>3</sup> La Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail du Québec calcule l'indice de risque des employeurs de la manière suivante:

EXPÉRIENCE DE L'EMPLOYEUR

EXPÉRIENCE MOYENNE DE L'UNITÉ

*L'expérience comprend les coûts engendrés par les lésions professionnelles au cours des trois années précédentes. Il faut noter que cet indice est différent de l'incide combiné de la CSST qui prend en compte la fréquence et la gravité sans tenir compte des coûts.*

Source: Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail du Québec, Le Mode de Tarification, CSST, 1989, pp.16-43

Un autre aspect de la problématique des accidents du travail est le risque plus ou moins grand associé au processus de production. Certains procédés présentent davantage de risque que d'autres. À cet effet, Beaumont et Deaton (1981 B) ont utilisé comme indice la technologie de l'entreprise. Dans notre cas, les centres hospitaliers du Québec utilisent une technologie et des procédés de travail similaires. Il existe cependant des différences dans le degré de risque entre les établissements de santé et ces différences sont associées aux types de clientèles traitées. Ainsi, les déplacements physiques de bénéficiaires effectués par le personnel, sont à la source de la plus grande proportion de lésions professionnelles dans le secteur hospitalier (AHQ 1989). Donc, le déplacement de bénéficiaires semi ou non autonomes présente davantage de risques que celui d'un bénéficiaire autonome.

Par conséquent, le travail dans les centres hospitaliers ayant une vocation d'hébergement et de traitement des patients chroniques peu ou non autonomes, présente plus de risques que celui dans les autres types de centres hospitaliers. La vocation de l'établissement sera donc utilisée comme indice de mesure du niveau de risque présent dans l'établissement.

H<sup>2</sup>

Dans les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHLD), la proportion de comités conjoints de santé et de sécurité du travail sera plus grande que celle des autres établissements.

Le niveau de risque varie selon la catégorie de clientèle traitée mais aussi selon la structure des lieux physiques où se déroule le travail.

L'importance de la conformité aux normes ergonomiques des lieux physiques en rapport avec les risques d'accidents du travail a été reconnue par l'Association pour la Santé et la Sécurité du Travail, secteur Affaires Sociales (ASSTSAS). Cette dernière a élaboré un programme visant à déterminer les causes d'accidents et les actions à prendre pour y remédier, il comprend notamment une section entière sur les lieux physiques. Le programme PAD-PRAT prend en compte la conformité aux normes ergonomiques des lieux physiques où s'effectue le travail auprès des bénéficiaires <sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup>

L'inspection de la conformité aux normes est effectuée à l'aide de grilles d'évaluation. L'aspect fonctionnel des lieux physiques (volume et surface des chambres, salles, salles de bain, garde-robres, emplacement des baignoires, des portes, etc.) est systématiquement évalué.

Ainsi, à titre d'exemple, un employé ayant à déplacer un bénéficiaire peu autonome dans des lieux exigus où les déplacements sont difficiles, doit adopter une position de travail moins ergonomique augmentant ainsi le risque de blessures. De même, le transport de bénéficiaires par fauteuil roulant ou civière est compliqué par des éléments physiques tels que la grandeur de l'ouverture des portes, le niveau du seuil des portes à franchir, la grandeur de la chambre, etc.

Par conséquent, la vétusté ou la modernité d'un centre hospitalier peut influencer le degré de risque de lésions professionnelles. Un hôpital de construction récente sera davantage adaptée aux normes actuelles qu'un établissement plus ancien. L'Association des Hôpitaux du Québec (AHQ) a développé un indice de vétusté appliqué à chaque centre hospitalier <sup>5</sup>.

Notre dernière hypothèse en ce qui concerne la problématique des lésions professionnelles est donc à l'effet que la vétusté des centres hospitaliers, telle que mesurée par l'indice de vétusté de l'AHQ, influence directement le niveau de risque et peut conditionner les acteurs à établir des structures pour pallier à ce problème. Ainsi, la création d'un comité conjoint de santé et de sécurité du travail peut être reliée à la vétusté de l'établissement.

---

<sup>5</sup>

L'AHQ a développé un indice de vétusté qui est un chiffre représentant l'état de désuétude de la structure physique du bâtiment. Ceci n'inclut pas l'état des équipements (ex: lève-patients).

H<sup>3</sup>

Dans les établissements où l'indice de vétusté est supérieur à la moyenne, la proportion des comités conjoints de santé et de sécurité du travail sera plus grande que dans les autres établissements.

Cependant, la seule présence d'une problématique au niveau des lésions professionnelles ne saurait expliquer à elle seule la présence d'un comité conjoint de santé et de sécurité du travail. La décision d'implanter volontairement cette structure répond aussi à des objectifs stratégiques des acteurs en présence. Chaque partie peut voir dans ce comité un danger de perte de contrôle ou de pouvoir. À la limite, chacune d'elles pourrait créer un comité sur lequel ne siègeraient pas les représentants de l'autre partie. À titre d'exemple, l'employeur pourrait créer un service de santé et de sécurité du travail sans nécessairement adhérer à un comité conjoint. Ainsi, la pression créée par le syndicat sur l'employeur, afin que celui-ci accepte la création d'un comité conjoint, pourrait être un élément à considérer.

#### **4.2.2 NIVEAU D'ACTIVITÉ SYNDICALE**

Bien que les études antérieures démontrent que le rôle joué par les aspects reliés au syndicalisme n'a pas d'impact majeur sur

la présence d'un comité conjoint de santé et de sécurité du travail (Beaumont et Deaton, 1981; Bernier, 1987; Chevalier, 1985) il n'en demeure pas moins que l'on pourrait considérer que la pression exercée sur l'employeur par les organisations syndicales en présence, pourrait avoir une certaine influence sur la variable dépendante. L'effet de la pression exercée sur l'employeur a par ailleurs été démontrée dans une étude effectuée aux Etats-Unis par David Weil (1990). D'après ses recherches, la présence d'un syndicat conduit à l'augmentation de la conformité aux normes gouvernementales, particulièrement dans les grands établissements.

Ainsi que le soulignent Beaumont et Deaton, l'existence d'un comité conjoint de santé et de sécurité du travail, pourrait être le résultat de la pression exercée par le syndicat sur l'employeur. (Beaumont et Deaton 1981 B, 338)

Toutefois, les indices utilisés par Beaumont et Deaton ne peuvent être utilisés dans le cadre de cette recherche en raison de la nature même du syndicalisme pratiqué dans le réseau hospitalier. À titre d'exemple, l'utilisation de la grève comme moyen de pression, ne permet pas une discrimination suffisante entre les organisations syndicales. Les négociations collectives se déroulant au niveau national, les recommandations de grève, lorsqu'il y a lieu, sont données à l'ensemble des syndicats de chaque centrale dans la totalité du réseau. Il est

aussi permis de se demander si un syndicat qui doit avoir recours à la grève pour influencer l'employeur possède davantage de pouvoir; ce moyen de pression peut aussi être un aveu de faiblesse.

D'autre part, les données relatives au nombre de griefs sont présentement affectées par l'application de la Loi 160 (loi concernant le respect des dispositions sur les services essentiels) suite aux grèves de 1989. L'application de la loi a provoqué le dépôt d'un nombre imposant de griefs.

Il serait d'ailleurs très difficile de recueillir des données fiables sur le nombre de griefs déposés chaque année dans chaque établissement.

En ce qui concerne la présence de plusieurs syndicats, la proportion d'établissements n'ayant qu'un seul syndicat représentant l'ensemble des salariés est inférieure à 10%, ce qui ne permet pas d'analyse discriminante. La présence d'un syndicat ou le taux de syndicalisation, présente si peu de variations d'un centre hospitalier à l'autre qu'il est inutile d'utiliser ces indices. À titre d'exemple, le taux de syndicalisation dans le réseau hospitalier est de 95%<sup>6</sup>.

Ces particularités du réseau hospitalier du Québec, nous ont

---

<sup>6</sup> D'après des renseignements obtenus auprès de l'AHQ.

conduit à évaluer la pression exercée par l'organisation syndicale à travers son niveau d'activité. Un indice discriminant, pour le secteur, qui peut être utilisé pour mesurer le niveau d'activité syndicale générale sur le plan des relations de travail est le ratio des libérations syndicales.

Dans l'exercice de son rôle de représentation des salariés, un syndicat doit utiliser un certain nombre d'outils. Un support majeur qui permet à l'organisation syndicale d'exercer son rôle, consiste dans le temps consacré par les représentants syndicaux à la défense des intérêts professionnels de ses membres. Ainsi, les conventions collectives du secteur de la santé et des services sociaux prévoient des modalités à l'intérieur desquelles les syndicats peuvent utiliser du temps de travail sous forme de libérations syndicales. En plus d'être utilisées pour assistance aux congrès et colloques des centrales syndicales, ces libérations sont utilisées par les officiers syndicaux pour faire enquête sur les conditions de travail, rencontrer les salariés ou les permanents syndicaux, rencontrer les représentants de l'employeur, préparer les arbitrages et y assister <sup>7</sup>.

Donc, le temps de libération syndicale est une ressource utilisée par les organisations syndicales dans l'exercice de

---

<sup>7</sup>

Conventions collectives: CPNSSS-FAS (CSN), op cit article 9; CPNSSS-SCFP (FTQ), op cit article 9; CPNSSS-FIIQ, op cit article 9; CPNSSS-CEQ, op cit article 7; CPNSSS-CPS, op cit article 10; CPNSSS-CSD, op cit article 11.

leur rôle, au même titre que les ressources financières ou matérielles. Le syndicat possède le contrôle, à l'intérieur du cadre de la convention collective, de la quantité et de l'utilisation des libérations syndicales. Nous pouvons retrouver de la variation dans la quantité de libérations syndicales utilisées d'un syndicat à l'autre.

Nous postulons qu'un syndicat actif et militant utilisera davantage d'heures de libération syndicale comparativement à une organisation syndicale moins active. Le nombre d'heures de libération syndicale effectivement utilisé sera calculé en proportion du nombre d'employés présents dans les centres hospitaliers, afin d'obtenir un ratio. Par conséquent :

H<sup>4</sup>

Dans les établissements, plus le ratio d'heures de libération syndicale est élevé, plus grande sera la possibilité de l'existence d'un comité conjoint de santé et de sécurité.

La pression exercée par le syndicat en vue de l'établissement d'un comité conjoint de santé et de sécurité du travail, peut ne rencontrer que peu de résistance de la part de l'employeur dans certains cas. Ainsi, certains employeurs pourront être favorables à la création de ce comité et y trouver avantage (Simard, Lévesque, Bouteiller, 1986). Ce postulat est à la base

de notre troisième variable soit l'orientation de l'organisation en matière de gestion des ressources humaines.

#### **4.2.3 L'ORIENTATION DE L'ORGANISATION EN MATIÈRE DE GESTION DES RESSOURCES HUMAINES**

Nous croyons que la décision de l'employeur de participer à la création d'un comité conjoint de santé et de sécurité du travail n'est pas le résultat de la seule pression syndicale. Cette décision doit aussi s'inscrire à l'intérieur de la stratégie globale de gestion des ressources humaines de l'entreprise. Elle reflète donc l'orientation de l'organisation en cette matière. Cette section y sera consacrée. Nous examinerons tout d'abord l'effet de la taille de l'entreprise en tant qu'approximation de l'orientation en matière de gestion des ressources humaines. Par la suite, nous nous inspirerons de la littérature récente relative aux nouvelles tendances en gestion des ressources humaines, de manière à dégager certains éléments pouvant nous aider à estimer l'orientation de cette gestion.

L'étude de Beaumont et Deaton (1981 B) a démontré l'importance de facteurs reliés à l'orientation de l'entreprise en matière de ressources humaines. De plus, Chevalier (1985) a découvert une relation positive entre ce facteur et le statut du comité. Les conclusions de Bernier (1987) sont à l'effet que l'orientation de l'organisation en matière de gestion des ressources humaines influence positivement l'utilisation des mécanismes législatifs.

L'étude de Beaumont et Deaton démontre que :

*«... that the two most important factors predicting the existing of a voluntarily established joint health and safety committee are establishment size ... and a general consultative committee.»* (Beaumont et Deaton 1981 B, 341)

Ces deux indices étaient utilisés comme indicateurs de l'orientation de l'entreprise en matière de gestion des ressources humaines. De même que Beaumont et Deaton, nous postulons que les entreprises de plus grande taille consacrent proportionnellement davantage de ressources en matière de gestion des ressources humaines que les petites entreprises. Ceci nous conduit à notre première hypothèse à l'intérieur de cette variable.

H<sub>5</sub>

La proportion de comités conjoints de santé et de sécurité sera plus élevée dans les centres hospitaliers de grande taille.

La taille du centre hospitalier sera mesurée à l'aide du nombre d'employés en équivalent temps complet (ETC).

La décision pour l'employeur de mettre sur pied un comité de

santé et de sécurité pose comme préalable que la prévention des accidents du travail puisse être traitée de manière à tout le moins partiellement conjointe avec les représentants des employés. L'entreprise doit accepter de partager son pouvoir de gestion sur cette matière, particulièrement dans un contexte où la législation ne l'oblige pas présentement à le faire. Il s'agit donc d'un choix stratégique de l'acteur patronal.

Cette notion de pouvoir partagé et de responsabilisation du personnel fait partie intégrante des nouvelles tendances en matière de gestion des ressources humaines où le gestionnaire accepte de subir l'influence de l'employé par des canaux formels intégrés à la structure de l'organisation (Beer, M. et al., 1984; Dyer and Holder, 1988; Walton and Lawrence, 1985).

La gestion des ressources humaines au sein des entreprises a connu de profonds changements au cours de la dernière décennie. Selon Beer (1984), dans le passé, la haute direction délégait volontiers la responsabilité de la gestion des ressources humaines à des spécialistes du domaine. Toutefois, aujourd'hui, la gestion des ressources humaines doit être intégrée à la stratégie de gestion globale de l'entreprise. Il explique les pressions à l'origine de ce mouvement:

- l'accroissement de la compétition internationale
- l'augmentation de la taille et de la complexité des entreprises

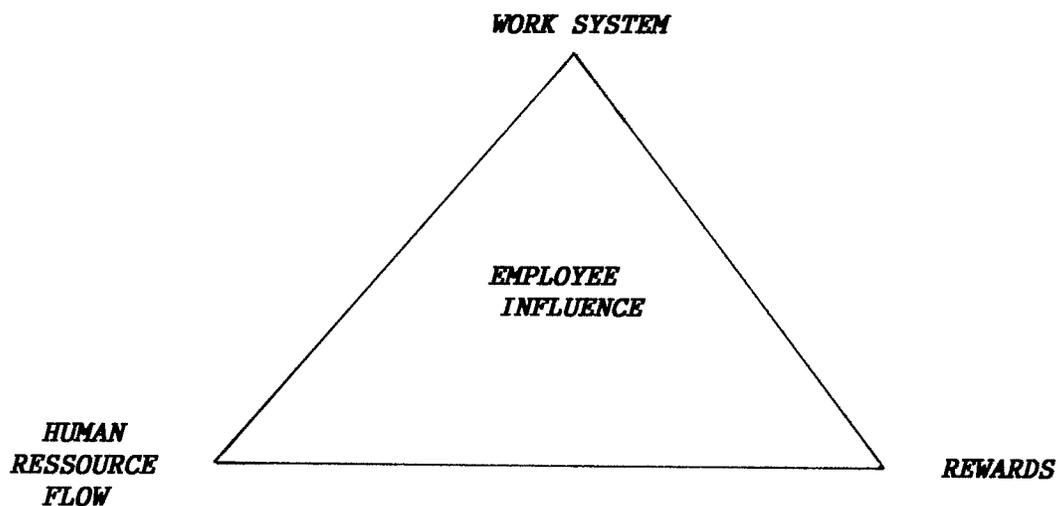
- la croissance économique moins rapide qu'auparavant
- l'implication de l'état par la législation
- l'augmentation de l'éducation de la main-d'oeuvre
- la modification des valeurs de la main-d'oeuvre
- les attentes des travailleurs en ce qui concerne la satisfaction du travail
- les changements démographiques dans la composition de la main-d'oeuvre (Beer, M. et al., 1984).

Ces pressions sur l'entreprise ont provoqué un réalignement des méthodes et politiques de gestion des ressources humaines au cours des dernières années. Plusieurs auteurs ont récemment proposé de nouveaux modèles de gestion des ressources humaines (Beer, M. et al., 1984; Besseyre des Horts, 1988; Dyer and Holder, 1988; Fombrun, 1984; Shuler, 1986; Ulrich, 1987; Guérin et Wills, 1992). Nous ne reverrons pas en détail chacun de ces modèles, mais il importe aux fins de cette recherche de tirer certaines conclusions sur lesquelles nous pourrions nous appuyer pour dégager une hypothèse sur les nouvelles pratiques de gestion des ressources humaines.

Notamment, le modèle de la «Harvard Business School» intègre certains éléments utiles à cette recherche. En effet, tel que représenté à la Figure 1, ce modèle est axé sur la gestion participative, c'est-à-dire sur la gestion de systèmes où l'employé pourra exercer une influence (Beer, M. et al., 1984).

La participation des employés au partage des responsabilités est l'élément clé de la réussite d'une saine gestion des ressources humaines.

**FIGURE 1**



Le premier système comprend les activités reliées au flux des ressources humaines. Le deuxième touche le système relié à la rétribution du personnel en terme de stimulation. Enfin, le troisième système a trait à l'organisation du travail lui-même.

Certaines activités peuvent être dégagées afin d'être vérifiées empiriquement dans le cadre de notre recherche. Ainsi, l'existence de cercles de qualité est considérée généralement par les auteurs mentionnés ci-haut, comme étant une pratique d'avant-garde en matière de gestion des ressources humaines.

*«Employees in such innovative organizations are given greater responsibility and authority for making decisions about the task itself than is common in most organizations. This involvement is accomplished by reversing the historical trend toward more division of labor and giving employees or groups of employees more responsibility for a «whole task».*  
*«... Such groups are called «quality circles» and are increasingly finding their way into U.S. companies.» (Beer, M. et al., 1984, 53)*

Une seconde activité est la reconnaissance de la contribution de l'employé à l'organisation. La littérature nous indique différentes formes de rétribution. Cela stimule un comportement productif de la part de l'employé et démontre l'importance que l'organisation porte à son personnel.

*«Rewards, both financial and otherwise, send a powerful message to employees of an organization as to what kind of organization management seeks to create and maintain, and what kind of behavior and attitudes management seeks from its employees.» (Beer, M. et al., 1984, 9)*

En raison de la nature des systèmes de rémunération existants dans le domaine hospitalier, nous retiendrons donc le message essentiel de cet élément qui est que la performance est reconnue par l'employeur et publicisée dans l'organisation. La compensation associée à des réalisations peut être autre que monétaire.

Une troisième activité de la plus haute importance est la

formation et le développement du personnel.<sup>8</sup> Ces éléments sont essentiels à l'adaptation du personnel aux nouvelles technologies et permettent à l'employé de progresser dans son plan de carrière.

Dans le réseau hospitalier, les conventions collectives prévoient des budgets ainsi que des modes de répartition de ces derniers pour le personnel syndiqué sur la base des unités d'accréditation.<sup>9</sup>

Le critère primordial de la répartition de ces sommes entre les centres hospitaliers est constitué par la quantité de salariés. Il serait donc difficile d'établir une discrimination sur la base des budgets consacrés par l'établissement à la formation du personnel syndiqué. Toutefois, la formation du personnel cadre est laissée à la discrétion de chaque centre hospitalier. Il sera donc possible d'établir une typologie des organisations selon qu'il existe ou non un programme structuré de formation pour le personnel cadre. Nous considérerons que cet indice nous permettra de dégager l'importance accordée à la formation par l'organisation.

---

<sup>8</sup> Voir à ce sujet: BEER, M., (1984), pp. 85-88  
WALTON AND LAWRENCE, (1985), pp. 285-319

<sup>9</sup> Le mode de répartition des budgets de formation entre les établissements est principalement basé sur la quantité de salariés détenteurs de postes à temps complet ou à temps partiel de chaque établissement. Les dispositions de toutes les conventions collectives du réseau sont donc identiques à ce sujet. Voir, à titre d'exemple, la convention collective CPNSSS-FAS (CSN), op cit pp. 462-463

L'information et la communication jouent un rôle important en matière de gestion des ressources humaines. Le modèle de Ulrich (1987) intègre la communication au même titre que l'organisation du travail, la dotation, la rémunération, la formation et le développement ainsi que l'évaluation. Ces éléments font partie de la capacité organisationnelle. De même, l'information est essentielle dans le système d'organisation du travail du modèle de Beer et al. (1984).

Une étude sur les tendances des politiques et activités en gestion des ressources humaines menée auprès de 135 entreprises québécoises par Dolan, S.L. et al. (1990), révèle que l'activité «communication» se situe au premier rang, alors qu'elle était classée au huitième rang dans le passé par ces mêmes entreprises.

«En effet, nous remarquons que l'aspect communication se démarque, peu importe la taille des entreprises, pour devenir la priorité des années à venir.»  
(Dolan, S.L. et al 1990, 786)

Evaluer objectivement la quantité ou la qualité de l'information et/ou de la communication, à l'intérieur d'un centre hospitalier, peut s'avérer difficile, surtout en ce qui concerne la communication informelle. Dans les entreprises de grande taille (400 employés et plus), telles que les centres hospitaliers faisant partie de la population sous étude, un outil essentiel de

communication formelle est le journal interne. Nous retiendrons donc ce média comme indice de mesure de la communication dans l'organisation.

Notre cinquième élément de l'orientation de l'organisation en matière de gestion des ressources humaines est constitué du souci de l'entreprise pour le bien-être du personnel. En ce sens, les programmes d'aide aux employés offerts par l'employeur ou conjointement par l'employeur et le syndicat, reflètent une priorité de l'organisation envers son personnel.

«On peut définir un programme d'aide aux employés comme étant l'ensemble des actions prises dans l'organisation pour apporter aide et support à l'employé aux prises avec des problèmes personnels, compromettant ou susceptibles de compromettre sa santé, son équilibre psychologique ou son rendement au travail.» (A.H.Q. 1988, 19)

Alors qu'au début, ces programmes étaient conçus pour traiter principalement la problématique de l'absentéisme, les entreprises ont développé une approche plus globale de l'aide aux employés. Les problèmes traités sont maintenant de nature financière, psychologique, familiale, de toxicomanie, etc. De plus, ces programmes ont connu une expansion considérable depuis les vingt dernières années.

Ayant servi d'instrument de contrôle de l'assiduité à leur début, les programmes d'aide aux employés sont maintenant

considérés en tant qu'outil de gestion (Dickman et al., 1988; Masi, 1984; Myers, 1984; Philipowicz, 1979) et font partie des choix stratégiques des entreprises (Dyer and Holder, 1988).

Au Québec, en 1984, l'Association des Intervenants en Toxicomanie du Québec dénombrait une centaine de programmes d'aide aux employés (A.I.T.Q. 1984).

Il est intéressant de noter que certains auteurs favorisent la gestion participative des programmes d'aide aux employés par le biais d'un comité conjoint (A.H.Q. 1988; Myers 1984).

L'existence d'un programme d'aide aux employés constitue notre dernier indice en matière d'orientation de la gestion des ressources humaines. Ce bref tour d'horizon de certaines nouvelles tendances nous permet de dégager l'orientation en matière de gestion des ressources humaines dans l'organisation. Nous considérerons que la mise sur pied volontaire d'une structure de gestion participative des activités reliées à la problématique des lésions professionnelles constitue une approche nouvelle en matière de gestion des ressources humaines. Par conséquent, nous posons l'hypothèse que les centres hospitaliers ayant une orientation axée sur les nouveaux modèles de gestion des ressources humaines auront davantage tendance à mettre sur pied un comité conjoint de santé et de sécurité du travail.

$H_6$ 

Dans les centres hospitaliers, plus les activités ci-dessous mentionnées seront présentes, plus grande sera la proportion de comités conjoints de santé et de sécurité du travail.

Activités: comité de gestion participative (cercle de qualité), programme d'aide aux employés, programme de formation structuré pour le personnel cadre, reconnaissance des réalisations, journal interne.

**CHAPITRE 2**

**MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE**

## MÉTHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre a pour objet d'exposer la méthodologie utilisée pour cette recherche. Nous y verrons la description de la population visée, la méthode de cueillette des données ainsi que l'échantillonnage des répondants.

### 1. LA POPULATION VISÉE

La population visée par cette recherche est constituée du réseau des 187 hôpitaux du Québec. Ces établissements appartiennent à un secteur plus vaste qui comprend l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Les établissements hospitaliers regroupent l'équivalent de 160 913 employés à plein temps.<sup>10</sup> Le nombre de personnes à l'emploi est cependant plus considérable car nous retrouvons beaucoup d'employés à temps partiel.

Tel que mentionné précédemment, les centres hospitaliers sont classés en différentes catégories selon le type de clientèle qu'ils traitent et selon la nature des soins dispensés. Les centres hospitaliers appartiennent selon la loi sur la santé et la sécurité du travail au dernier groupe et ne sont pas visés par les dispositions législatives relatives au comité conjoint de santé et de sécurité du travail.

---

<sup>10</sup>

La notion «équivalent temps complet» est couramment utilisée dans le réseau de la santé et des services sociaux afin d'établir des normes de comparaison; elle est basée sur le nombre d'heures de travail effectuées.

Les renseignements obtenus auprès de l'Association pour la Santé et la Sécurité du Travail, secteur Affaires Sociales (ASSTSAS), nous indiquaient qu'il existait présentement approximativement une centaine d'établissements possédant un comité conjoint, ce qui équivaut à plus de 53% de l'ensemble de notre population.

Si on exclut la vocation de l'établissement, les centres hospitaliers présentent de fortes similitudes au niveau de la technologie utilisée, du taux de syndicalisation, de la structure hiérarchique, des conventions collectives s'y retrouvant etc. Cette situation nous permettra d'éliminer un certain nombre de facteurs qui auraient pu être pris en compte dans notre recherche, s'ils avaient varié substantiellement.

## 2. MÉTHODE DE CUEILLETTE DES DONNÉES

L'obtention de données fiables et factuelles est nécessaire pour la réalisation de cette recherche. Les données ont été fournies à partir de deux sources.

La première de ces sources est l'Association des Hôpitaux du Québec (AHQ). Cette association a collaboré à cette recherche et nous a fourni certaines données sur les établissements, ce qui a eu pour effet d'alléger le questionnaire à être expédié. Ces données sont introduites sur des supports informatiques et touchent la taille des établissements, la vocation, les syndicats présents, l'indice de risque, le nombre d'heures de libérations syndicales et l'indice de vétusté.

Les autres informations ont été fournies à l'aide d'un questionnaire expédié aux centres hospitaliers. Le choix de cet instrument s'explique par le fait qu'il permet d'obtenir des données sur des faits organisationnels facilement comparables, ce qui n'aurait pas nécessairement été le cas avec d'autres méthodes de cueillette des données.

Le choix du répondant s'est avéré facile, en raison de la similitude de l'organisation hiérarchique des centres hospitaliers. En effet, ces organisations ont un cadre supérieur «directeur» responsable de la gestion des ressources humaines. De plus, dans les établissements où un service de santé-sécurité est présent, ce dernier est, presque dans tous les cas, sous la juridiction de la direction des ressources humaines. Par conséquent, le questionnaire a été expédié au directeur des ressources humaines qui y a répondu ou qui a fait suivre au cadre responsable du dossier santé-sécurité le cas échéant. Cette situation présente un avantage supplémentaire, car un cadre supérieur a généralement accès à toutes les données demandées et nécessaires pour notre recherche. La majorité des questions nous fournissent des renseignements de nature factuelle sur le ou les comité(s) conjoint(s) de santé et de sécurité présent(s) dans l'établissement. Nous y aborderons notamment les thèmes suivants: types de comité présent dans l'établissement, mise sur pied, structure, fonctionnement, coûts et impacts du comité. Certaines questions s'adressent spécifiquement aux établissements ne possédant pas de comité.

D'autres questions s'adressent à tous les répondants, qu'ils possèdent ou non un comité conjoint. Il s'agit de questions relatives à la gestion du dossier

santé-sécurité. Ces questions traitent principalement des thèmes suivants: politique générale en santé et sécurité, registre des caractéristiques des postes et tâches, registre des matières dangereuses, gestion des accidents du travail, programme de prévention, financement et système d'information de gestion.

Cette recherche étant conduite en collaboration avec l'Association des Hôpitaux (AHQ), certaines questions visent à recueillir des informations non nécessaires pour l'objet spécifique de ce mémoire, mais utiles à cette association.

Le questionnaire a été pré-testé auprès du comité aviseur en santé et sécurité du travail de l'AHQ. Ceci a permis de vérifier la compréhensibilité des questions ainsi que d'obtenir des commentaires sur la structure générale et le contenu de cet outil.

### 3. ÉCHANTILLONNAGE DES RÉPONDANTS

Les questionnaires ont été expédiés aux établissements en mars 1991.

Le taux de réponse fût très élevé, cent cinquante établissements sur une possibilité de cent quatre-vingt-sept. Notre échantillon est donc constitué de 80% de la population totale. Malgré la forte proportion de répondants, un test de CHI-2 a été effectué afin de vérifier la représentativité de notre échantillon par rapport à la population. Le test indique qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux distributions et que, par conséquent,

notre échantillon peut être considéré comme représentatif de notre population.

Nous avons regroupé les répondants selon deux catégories soit la taille et la vocation. Les tableaux qui suivent illustrent la composition de notre échantillon.

**TABLEAU VI**

**RÉPARTITION DES QUESTIONNAIRES EXPÉDIÉS ET REÇUS  
SELON LA VOCATION DES ÉTABLISSEMENTS**

<b>CATÉGORIE</b>	<b>EXPÉDIÉS</b>	<b>REÇUS</b>	<b>%</b>
Courte durée	123	106	86%
Longue durée	48	36	75%
Psychiatrique	16	8	50%
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>150</b>	<b>80%</b>

## TABLEAU VII

QUESTIONNAIRES EXPÉDIÉS ET REÇUS SELON LA TAILLE (1)  
DES ÉTABLISSEMENTS

TAILLE	EXPÉDIÉS	REÇUS	%
Petite	62	52	84%
Moyenne	84	67	80%
Grande	41	31	76%
<b>TOTAL</b>	<b>187</b>	<b>150</b>	<b>80%</b>

(1) Les tailles retenues sont les suivantes:

1 - 300 E.T.C. : petite taille

301 - 1 000 E.T.C. : moyenne taille

Plus de 1 000 E.T.C. : grande taille

E.T.C. : équivalent temps complet.

Donc nous constatons que les établissements du réseau hospitalier ont fortement participé à notre étude, si l'on en juge par la proportion de répondants. De plus, notre échantillon peut être considéré comme étant représentatif de la population.

**CHAPITRE III**

**PRÉSENTATION DES RÉSULTATS**

## INTRODUCTION

Ce chapitre est consacré à la présentation des résultats. Elle se compose de deux sections. Premièrement, pour le bénéfice du lecteur, nous décrirons les réponses obtenues en ce qui concerne les aspects historiques, structurels et fonctionnels du phénomène étudié. Il s'agit d'une présentation descriptive et non analytique. Ceci est utile afin d'établir le portrait de la situation des comités conjoints de santé et sécurité du travail dans le milieu. Jusqu'à présent aucune étude de cette ampleur n'avait permis de cerner de près ce phénomène en milieu hospitalier.

### 1. PRÉSENTATION DE LA SITUATION DES COMITÉS CONJOINTS DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL DANS LE RÉSEAU HOSPITALIER

Bien que le questionnaire couvre un certain nombre d'aspects reliés à la gestion de la santé et de la sécurité du travail effectuée par les établissements, nous ne décrirons ici que les réponses concernant les comités paritaires. Nous y verrons tout d'abord les aspects reliés à la mise en place de ces comités. Par la suite, nous dégagerons les principaux modèles d'organisation ainsi que les activités réalisées. De plus, le fonctionnement d'une telle structure implique nécessairement un investissement en termes de ressources financières et humaines; nous verrons donc les coûts engagés par les établissements à ce chapitre. Enfin, nous examinerons l'impact perçu de tels comités dans les milieux de travail.

Les données qui suivent proviennent de 107 établissements ayant mis sur pied un comité conjoint de santé et de sécurité du travail. Ceux-ci représentent 71% du total des répondants.

## 1.1 L'IMPLANTATION DES COMITÉS CONJOINTS

Nous pouvons constater que ce mécanisme est largement implanté dans le réseau hospitalier. De plus, la création de ces comités est très récente. En effet, plus de 57% des comités ont été créés au cours des cinq (5) dernières années.

Les facteurs importants ayant incité les établissements à instaurer des comités conjoints de santé et de sécurité du travail sont d'ordre divers. Selon les répondants, ces facteurs sont l'intention de réduire les coûts engendrés par les lésions professionnelles (83%), l'effet positif escompté sur le climat de travail (74%) ainsi qu'un contexte favorable sur le plan des relations de travail (67%).

Pour les répondants n'ayant pas implanté cette structure, aucun facteur n'a été jugé important pour expliquer l'absence des comités conjoints de santé et de sécurité du travail. Nous pouvons toutefois noter que 90% de ces établissements prévoient la mise en place d'un comité de santé et sécurité du travail au cours des deux prochaines années. De plus, près du tiers d'entre eux possèdent un comité de santé et de sécurité du travail formé exclusivement de représentants de la partie patronale.

Dans cette partie, nous avons voulu regrouper certains éléments inhérents à la mise en place de comités conjoints de santé et de sécurité du travail dans les établissements.

Qu'elle soit ou non une réponse à la demande de certains syndicats présents dans l'établissement, la démarche d'implantation du comité de santé et de sécurité du travail a été initiée par l'employeur dans 63,5% des cas. Le processus a été initié conjointement par les parties patronales et syndicales dans 27% des cas. Les autres comités ont été mis en place suite à l'initiative du syndicat ou à une recommandation de la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail.

Un peu plus de la moitié (54%) des établissements ont eu recours à de l'aide d'organismes externes (ASSTSAS, CSST ou consultant) afin de faciliter l'implantation de leur comité. L'ASSTSAS est l'organisme externe le plus souvent cité (80% des cas).

En ce qui concerne les difficultés rencontrées lors du démarrage du comité, nous remarquons que la majorité des établissements n'ont pas connu de problèmes sérieux au cours de cette phase. (Voir Tableau VIII) Cependant, certains aspects semblent présenter un profil davantage problématique tels que la quantité de libérations syndicales requises et le débordement sur des questions ne faisant pas partie du mandat du comité. Le manque de formation des membres du comité apparaît clairement comme étant l'aspect le plus problématique; plus de 55,4% des répondants affirment avoir connu des problèmes à ce sujet.

TABLEAU VIII

**PROBLÈMES RENCONTRÉS LORS DE LA CRÉATION  
DU COMITÉ DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL**

ASPECTS	FRÉQUENCE DES PROBLÈMES RENCONTRÉS					
	PEU OU PAS		MOYENNEMENT À ÉLEVÉ		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
Nombre de libérations syndicales	64	61,5%	40	38,5%	104	100%
Durée des libérations syndicales	67	64,4%	37	35,6%	104	100%
Présence des représentants de plusieurs syndicats au comité	71	69,6%	31	30,4%	102	100%
Climat de relations patronales et syndicales au comité	79	76,0%	25	24,0%	104	100%
Manque de participation (représentants des employés)	84	80,0%	21	20,0%	105	100%
Débordement sur des questions ne faisant pas partie du mandat du comité (Ex: relations de travail)	56	56,0%	44	44,0%	100	100%
Manque de participation (représentants de l'employeur)	79	75,2%	26	24,8%	105	100%
Manque de coordination des représentants de l'employeur	79	76,0%	25	24,0%	104	100%
Manque de coordination des représentants des employés	80	76,9%	24	23,1%	104	100%
Formation insuffisante des membres du comité	46	43,8%	59	56,2%	105	100%
Manque de crédibilité du comité face aux employés	71	67,6%	34	32,4%	105	100%
Manque de crédibilité du comité face à la direction	82	78,1%	23	21,9%	105	100%
Elaboration des règles de fonctionnement interne du comité	65	63,1%	38	36,9%	103	100%

Un mécanisme paritaire de ce genre nécessite obligatoirement une certaine période de rodage.

Tel qu'illustré au Tableau IX, la phase d'implantation des comités fût généralement de courte durée. Dans les deux tiers des cas, le comité s'est avéré fonctionnel après six (6) mois.

**TABLEAU IX**

**DURÉE DE LA PHASE D'IMPLANTATION**

<b>DURÉE</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Moins de 6 mois	69	66%
6 mois à 1 an	20	20%
Plus d'un (1) an	15	14%
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	<b>100%</b>

## 1.2 LES ASPECTS STRUCTURELS DES COMITÉS

Dans cette partie, nous présenterons les modèles d'organisation des comités de santé et de sécurité du travail à l'intérieur du réseau. Il sera traité des différents types de comités, de leur composition ainsi que de leur mode de fonctionnement.

Afin d'établir une typologie des types d'organisation des comités, nous avons préalablement identifié cinq modèles possibles:

- Comité général (chapeau) sans sous-comités
- Comité général et présence de sous-comités
- Plusieurs comités indépendants
- Comité affecté à une problématique particulière  
(ex: Simdut, Pad-Prat)
- Comité affecté à un secteur particulier de  
l'établissement (ex: direction, service).

Le modèle du comité général (chapeau) sans sous-comités apparaît nettement comme étant majoritaire dans le réseau avec une fréquence de 60%. (Voir Tableau X) Les établissements semblent privilégier cette approche où tous les secteurs de l'établissement sont représentés et où tous les sujets reliés à la santé et à la sécurité du travail sont abordés dans un seul forum. À l'opposé, le modèle du comité général avec présence de sous-comités se retrouve dans 17,4% des cas.

TABLEAU X

## TYPES DE COMITÉS DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL

TYPES DE COMITÉS	NOMBRE	%
1. Comité général «chapeau» (sans sous-comités)	69	60,5%
2. Comité général et présence de sous-comités	20	17,5%
3. Plusieurs comités indépendants	3	2,6%
4. Comité affecté à une problématique particulière (Ex: Simdut, Pad-Prat)	0	0 %
5. Comité affecté à un secteur particulier ne relevant pas d'un comité général (Ex: direction, service)	2	1,8%
Type 1 et 4 Simultanément	11	9,7%
Type 2 et 4 Simultanément	3	2,6%
Type 3 et 4 Simultanément	2	1,8%
Autres	4	3,5%
<b>TOTAL</b>	<b>114</b>	<b>100 %</b>

Certains établissements ont adopté une structure plus élargie en créant plus d'un type de comité. Ainsi dans 9,7% des cas, nous remarquons la présence simultanée d'un comité général (chapeau) et d'un comité affecté à une problématique particulière.

La composition du comité a été examinée sous deux aspects: premièrement, le nombre de représentants des parties et la composition de la délégation patronale selon les titres d'emploi.

Tel qu'indiqué aux Tableaux XI et XII, la fréquence la plus élevée est de trois (3) représentants pour chaque partie. Nous pouvons observer des différences de fréquence au niveau du nombre de représentants des parties. Nous attribuons cette situation au fait qu'il s'agit de comités conjoints mais non formés paritairement au sens du règlement sur les comités de santé et de sécurité et ne possédant pas le pouvoir légal de décision qui y est rattaché.

En second lieu, la composition de la délégation patronale démontre que les cadres intermédiaires sont la catégorie oeuvrant majoritairement à l'intérieur des comités de santé et de sécurité du travail. (Voir Tableau XIII) Il est intéressant de noter que nous retrouvons un cadre supérieur dans plus de la moitié des cas.

TABLEAU XI

**NOMBRE DE REPRÉSENTANTS DE L'EMPLOYEUR  
AU COMITÉ DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL**

<b>REPRÉSENTANTS DE L'EMPLOYEUR</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Un	2	1,9%
Deux	12	11,4%
Trois	37	35,2%
Quatre	18	17,2%
Cinq	18	17,2%
Six	10	9,5%
Plus de six	8	7,6%
<b>TOTAL</b>	<b>105</b>	<b>100 %</b>

TABLEAU XII

**NOMBRE DE REPRÉSENTANTS DES EMPLOYÉS  
AU COMITÉ DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL**

<b>REPRÉSENTANTS DES EMPLOYÉS</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Un	2	1,9%
Deux	4	3,8%
Trois	32	30,2%
Quatre	24	22,6%
Cinq	16	15,1%
Six	16	15,1%
Plus de six	12	11,3%
<b>TOTAL</b>	<b>106</b>	<b>100 %</b>

TABLEAU XIII

FRÉQUENCE DES TITRES D'EMPLOI DES REPRÉSENTANTS DE L'EMPLOYEUR  
AU COMITÉ DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL

TITRES D'EMPLOI	NOMBRE (comités)	% (comités)
Directeur général	5	4,1%
Cadres supérieurs	60	54,5%
Cadres intermédiaires	95	85,1%
Professionnels de la santé	31	28,1%
Autres	15	13,2%

Le fonctionnement interne des comités a été disséqué selon certains critères afin de dégager un mode d'opération. Le Tableau XIV explicite les mécanismes opérationnels utilisés. Nous y voyons notamment que la majorité des comités ont établi des règles de fonctionnement, se réunissent avec un ordre du jour préparé à l'avance et tiennent des procès-verbaux de leurs réunions.

TABLEAU XIV

## MÉCANISMES DE FONCTIONNEMENT

MÉCANISMES	NOMBRE		%
	RÉPONSE AFFIRMATIVE	TOTAL	
LE COMITÉ:			
S'est doté d'une structure de fonctionnement	91	105	86,6%
Fonctionne selon un ordre du jour	102	105	92,1%
Tient des procès-verbaux de ses rencontres	104	105	99,0%
A établi des règles écrites de fonctionnement	93	103	90,3%
Produit un rapport annuel	64	102	63,0%
A prévu un mécanisme de prise de décision et de règlement des mécontentes	36	105	34,3%
Fonctionne selon la présidence alternative des parties patronales et syndicales	77	103	74,8%

Nous voyons donc que les comités ont atteint un certain degré de formalisme dans leur fonctionnement.

La transmission des recommandations s'effectue, dans 84% des cas à plusieurs personnes ou instances parmi le groupe suivant: directeur général, comité de régie, directeur des ressources humaines, directeur concerné, chef de service, salarié, syndicat. Il n'y a pas de modèle prédominant. Toutefois, les recommandations sont acheminées à une fréquence plus élevée à certaines personnes:

Directeur des ressources humaines	:	71% des cas
Directeur concerné	:	63% des cas
Directeur général	:	56% des cas
Chef de service	:	55% des cas.

Au niveau de la prise de décision, le consensus est la méthode la plus utilisée. Toutefois, près de 40% des comités tiennent des votes soit par individu ou par partie. (Tableau XV) Le choix majoritaire de la méthode du consensus s'explique possiblement par le fait que 93% des comités ont un mandat consultatif.

Afin de répondre à des besoins spéciaux, de permettre l'étude en profondeur de certains sujets et d'effectuer une redistribution du travail, plus de 71% des comités ont prévu la possibilité de mettre sur pied des sous-comités ad hoc.

En résumé, les comités de santé et de sécurité du travail sont des organismes de nature consultative dont le fonctionnement est assez structuré. Ceci reflète l'intention des parties d'assurer un certain encadrement de leurs travaux.

TABLEAU XV

## MÉCANISMES DE PRISE DE DÉCISION

MÉCANISMES	NOMBRE	%
Un individu Un vote	17	17%
Un vote pour chaque partie	20	20%
Consensus	60	60%
Autre	3	3%
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>	<b>100 %</b>

### 1.3 LES ASPECTS FONCTIONNELS ET LES ACTIVITÉS RÉALISÉES

Nous débuterons cette partie par le nombre de réunions tenues par les comités en 1990. En général, ces derniers semblent relativement actifs car ils tiennent majoritairement entre 6 et 10 réunions par année. La fréquence type de 10 réunions/an est celle que l'on retrouve le plus souvent. D'après les réponses observées pour l'année 1990:

- 32% des comités ont tenu entre 1 et 5 réunions
- 61% des comités ont tenu entre 6 et 10 réunions
- 7 % des comités ont tenu plus de 10 réunions.

La durée de la réunion présente aussi une certaine constance. Selon le Tableau XVI, la majorité des comités tiennent des réunions d'une durée variant entre une (1) et trois (3) heures.

**TABLEAU XVI**  
**DURÉE DES RÉUNIONS DU**  
**COMITÉ DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL**

<b>DURÉE (heures)</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>%</b>
Une à trois	64	62,7%
Quatre à sept	20	25,5%
Plus de sept	12	11,8%
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100 %</b>

Les activités réalisées par les comités sont très diversifiées. Nous avons regroupé les réponses selon trois fréquences:

- Jamais ou rarement réalisées
- Quelquefois réalisées
- Souvent ou très souvent réalisées.

Nous remarquons que certaines activités semblent davantage privilégiées. En effet, l'inspection des lieux de travail, les campagnes d'informations auprès des employés, l'élaboration ou l'analyse des statistiques d'accidents du travail ainsi que l'analyse des rapports d'accidents sont des activités fréquemment effectuées par les comités.

(Voir Tableau XVII)

TABLEAU XVII

ACTIVITÉS RÉALISÉES  
PAR LE COMITÉ DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL

ACTIVITÉS	JAMAIS RAREMENT		QUELQUEFOIS		SOUVENT TRÈS SOUVENT		ACTIVITÉS PRÉVUES A L'AVENIR		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
A. L'inspection des lieux de travail	19	18,6%	22	21,6%	49	48,0%	12	11,8%	102	100%
B. L'enquête et l'analyse des accidents	38	36,6%	23	22,1%	36	34,6%	7	6,7%	104	100%
C. La formation en santé-sécurité donnée aux employés	36	34,6%	36	34,6%	24	23,1%	8	7,7%	104	100%
D. La campagne d'information auprès des employés	8	7,9%	31	30,7%	54	53,5%	8	7,9%	101	100%
E. L'élaboration de méthodes sécuritaires de travail	33	31,7%	24	23,1%	40	38,5%	7	6,7%	104	100%
F. L'élaboration ou l'analyse des statistiques d'accidents du travail	33	32,4%	13	12,7%	53	52,0%	3	2,9%	102	100%
G. L'analyse des rapports d'accidents	26	25,2%	15	14,6%	56	54,4%	6	5,8%	103	100%
H. Des travaux sur des mandats spéciaux	17	16,7%	33	32,3%	46	45,1%	6	5,9%	102	100%

Le nombre de recommandations effectuées par les comités de santé et de sécurité du travail au cours des six (6) derniers mois varie considérablement. En effet, ce dernier varie de 1 à 164. Toutefois, nous observons que 70% des comités ont fait entre 1 et 10 recommandations durant cette période. (Voir Tableau XVIII)

**TABLEAU XVIII**

**NOMBRE DE RECOMMANDATIONS EFFECTUÉES AU COURS  
DES 6 DERNIERS MOIS (par comité)**

<b>NOMBRE (recommandations)</b>	<b>NOMBRE (comités)</b>	<b>%</b>
1 à 5	38	41,3%
6 à 10	27	29,3%
11 à 15	12	13,0%
16 à 20	5	5,4%
Plus de 20	10	11,0%
<b>TOTAL</b>	<b>92</b>	<b>100 %</b>

Notons que la fréquence la plus souvent observée est de quatre (4) recommandations pour cette période.

En ce qui concerne la nature des recommandations, nous constatons qu'elles traitent principalement de l'aspect physique. La majorité des comités font des recommandations fréquemment ou très fréquemment en ce qui regarde l'équipement, l'environnement de travail et les moyens de protection individuelle. (Voir Tableau XIX)

Par ailleurs, près de la moitié des comités effectuent des recommandations fréquemment ou très fréquemment sur un volet différent de la santé sécurité du travail qui est constitué par des méthodes utilisées au travail (48%) et de l'information en santé et sécurité du travail (45%).

Les recommandations reçoivent une suite favorable dans 71% des cas en moyenne par établissement, ce qui indique que ces derniers sont relativement sensibles aux demandes des comités.

Tel qu'illustré au Tableau XX, près des trois quarts des comités ne rencontrent que peu ou pas de difficulté au niveau de leur fonctionnement. Une seule exception est présente à ce chapitre: le réalisme économique des recommandations. La moitié des établissements affirment que cet aspect est moyennement ou beaucoup problématique.

Notons que les établissements étaient incités à répondre sur une échelle de 1 à 5 selon la gravité des problèmes rencontrés sur différents points. Aux fins de présentation, nous avons regroupé les réponses en deux catégories:

- Aucun ou peu de problème rencontré
- Moyennement à beaucoup de problèmes rencontrés.

TABLEAU XIX

NATURE DES RECOMMANDATIONS

NATURE DES RECOMMANDATIONS	AUCUNE		PEU FRÉQUENT		FRÉQUENT		TRÈS FRÉQUENT		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
1. Sur certains aspects de l'équipement pour le rendre plus sécuritaire	11	10,7%	25	24,3%	49	47,6%	18	17,4%	103	100%
2. Sur certains aspects de l'environnement de travail (Ex: ventilation, bruit, etc.)	10	10,5%	21	22,1%	48	50,5%	16	16,9%	95	100%
3. Sur les moyens de protection individuelle des employés	15	15,0%	31	31,0%	37	37,0%	11	11,0%	100	100%
4. Sur les méthodes de travail utilisées par les employés	21	21,0%	31	31,0%	37	37,0%	11	11,0%	100	100%
5. Sur l'information en santé et de sécurité du travail	19	19,6%	34	35,1%	36	37,1%	8	8,2%	97	100%
6. Sur la formation des employés en santé sécurité du travail	19	20,0%	40	42,1%	26	27,4%	10	10,5%	95	100%
7. Sur les règlements internes en matière de santé-sécurité	39	39,0%	33	33,0%	19	19,0%	9	9,0%	100	100%
8. Autres	2	66,6%	1	33,3%	-	-	-	-	3	100%

TABLEAU XX

## PROBLÈMES RENCONTRÉS DANS LE FONCTIONNEMENT DU COMITÉ

	PEU OU PAS		MOYEN A ÉLEVÉ		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
a) Coût des libérations	79	76,7%	24	23,3%	103	100%
b) Réalisme économique des recommandations	51	50,5%	52	49,5%	103	100%
c) Régularité des réunions du comité	77	74,8%	26	25,2%	103	100%
d) Souci des membres du comité de travailler sur des priorités réelles de l'établissement	72	69,2%	32	30,8%	104	100%
e) Souci des membres du comité de bien s'informer sur les problèmes de santé-sécurité	80	76,9%	24	23,1%	104	100%
f) Présence des représentants de plusieurs syndicats	88	87,1%	13	12,9%	101	100%
g) Climat des relations patronales/syndicales au comité	84	80,8%	20	19,2%	104	100%

TABLEAU XX (suite)

## PROBLÈMES RENCONTRÉS DANS LE FONCTIONNEMENT DU COMITÉ

	PEU OU PAS		MOYEN A ÉLEVÉ		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
h) Respect des règles de fonctionnement interne	93	89,4%	11	10,6%	104	100%
i) Crédibilité du comité auprès de la direction	87	83,7%	17	16,3%	104	100%
j) Crédibilité du comité auprès des syndicats	84	81,6%	19	18,4%	103	100%
k) Pertinence des recommandations du comité pour améliorer l'état de la santé/sécurité	85	82,5%	18	17,5%	103	100%
l) Esprit de compromis entre les membres du comité	77	74,8%	26	25,2%	103	100%
m) Souci des membres du comité de traiter exclusivement des questions de santé et de sécurité	80	77,7%	23	22,3%	103	100%
n) Volonté des représentants des travailleurs de travailler à la solution pratique des problèmes de santé/sécurité	86	83,5%	17	16,5%	103	100%

TABLEAU XX (suite)

## PROBLÈMES RENCONTRÉS DANS LE FONCTIONNEMENT DU COMITÉ

	PEU OU PAS		MOYEN A ÉLEVÉ		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
o) Capacité des membres du comité d'arriver à des décisions ou des recommandations unanimes.	85	82,5%	18	17,5%	103	100%
p) Présence des membres lors des réunions	81	78,5%	22	21,4%	103	100%
q) Intérêt des membres du comité pour les questions de santé/sécurité	95	92,2%	8	7,8%	103	100%
r) Souci des membres de respecter la structure hiérarchique de l'établissement	76	73,8%	27	26,2%	103	100%

#### 1.4 L'INVESTISSEMENT CONSACRÉ AU FONCTIONNEMENT

Le fonctionnement d'un comité de santé et sécurité du travail implique nécessairement certains coûts. Ceux-ci sont principalement reliés au temps utilisé par les représentants patronaux, aux libérations syndicales des membres du comité représentant les employés ainsi qu'au temps effectué par le personnel de soutien. De plus, il faut aussi considérer le coût des recommandations du comité.

Tel que mentionné précédemment, la majorité des comités tiennent des réunions d'une durée variant de une (1) à trois (3) heures.

En plus de la tenue des réunions du comité, les parties investissent du temps pour la préparation et le suivi. Nous avons donc demandé aux répondants de nous indiquer le temps (moyen) consacré par les représentants de l'employeur et par les représentants des employés à la préparation et au suivi de chaque réunion du comité.

TABLEAU XXI

**REPRÉSENTANTS DE L'EMPLOYEUR  
TEMPS CONSACRÉ À LA PRÉPARATION ET AU SUIVI  
DE LA RÉUNION DU COMITÉ DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL**

HEURES	NOMBRE	%
1 à 3	50	51,0%
4 à 7	19	19,4%
8 à 16	20	20,4%
Plus de 16	9	9,2%
<b>TOTAL</b>	<b>98</b>	<b>100 %</b>

La moitié des représentants patronaux doivent investir entre une (1) et trois (3) heures pour la préparation et le suivi de chaque réunion. (Voir Tableau XXI) Toutefois, il est intéressant de noter qu'un nombre relativement important d'employeurs (39,8%) consacrent entre quatre (4) et dix (10) heures à cette tâche; ceci démontre que chaque réunion nécessite autant sinon davantage de temps pour la préparation et le suivi que pour sa tenue.

Les libérations syndicales nécessaires pour les représentants

des employés suivent le même barème quoiqu'on constate que le nombre d'heures est légèrement inférieur à celui investi par les représentants des employeurs. Il faut cependant considérer que nous examinons ici le temps nécessaire pour les activités reliés à la réunion du comité de santé et de sécurité du travail. Nous ne possédons pas de données sur les libérations syndicales utilisées pour enquêtes sur les conditions de travail ou sur toutes les autres libérations reliées de près ou de loin au travail syndical effectué en matière de santé et sécurité du travail dans l'établissement.

**TABLEAU XXII**

**TEMPS CONSACRÉ À LA PRÉPARATION ET AU SUIVI DES RÉUNIONS  
PAR LES REPRÉSENTANTS DES EMPLOYÉS**

HEURES	NOMBRE	%
1 à 3	51	60,0%
4 à 7	20	23,5%
8 à 16	6	7,1%
Plus de 16	8	9,4%
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>100 %</b>

Un comité de santé et de sécurité du travail génère un besoin en termes de travail clérical. Nous avons donc demandé aux établissements de nous indiquer le nombre d'heures effectuées par le personnel de soutien (secrétariat, etc.) pour l'année 1990. Il s'agit évidemment du temps relié au fonctionnement du comité conjoint et non à la gestion des dossiers de santé et sécurité du travail.

Tel que le démontre le Tableau XXIII, un peu plus de la moitié des établissements doivent investir entre un (1) et cinq (5) jours de personnel de soutien afin d'apporter un support au comité de santé et sécurité du travail. La moyenne pour l'ensemble des établissements se situe à 5 jours/personne pour l'année 1990. Si on compare cette donnée avec la fréquence moyenne de 10 réunions/année, il apparaît que chaque réunion nécessite environ une demi-journée de travail clérical.

**TABLEAU XXIII**  
**TEMPS EFFECTUÉ PAR LE PERSONNEL DE SOUTIEN EN 1990**

JOURS/PERSONNE	NOMBRE (comités)	%
5 jours et moins	45	52,9%
6 à 10 jours	16	18,8%
11 à 20 jours	15	17,7%
Plus de 20 jours	9	10,6%
<b>TOTAL</b>	<b>85</b>	<b>100 %</b>

Un extrant important d'un comité de santé et sécurité du travail est constitué par les recommandations faites par ce dernier. Nous avons voulu étudier de plus près les coûts des recommandations formulées ainsi que ceux des recommandations réalisées.

Il apparait que peu d'établissements tiennent une comptabilité du coût de ces recommandations. Nous avons les données du tiers des établissements possédant un comité de santé et sécurité du travail. D'autre part, il faut garder en mémoire que certaines recommandations ne nécessitent que peu ou pas de coût (Ex: information, sensibilisation, etc.).

La moyenne du coût total des recommandations formulées est de 38 048,22 \$. Il faut mentionner que celle-ci est haussée par un petit nombre d'établissements ayant des coûts aussi élevés que 300 000 \$. La majorité des recommandations effectuées est de l'ordre de 25 000 \$ et moins pour l'année 1990.

TABLEAU XXIV

**COÛT DES RECOMMANDATIONS FORMULÉES EN 1990  
(par comité)**

COÛT (\$)	NOMBRE (comités)	%
25 000 \$ et moins	23	62,2%
26 000 \$ à 50 000 \$	7	18,9%
51 000 \$ à 100 000 \$	5	13,5%
Plus de 100 000 \$	2	5,4%
<b>TOTAL</b>	<b>37</b>	<b>100 %</b>

En ce qui concerne les recommandations réalisées, nous constatons que la moyenne est de 21 081,18 \$ et plus des deux tiers (68,4%) des comités ont effectué des recommandations dont le coût total s'établit à 25 000 \$ et moins pour l'année 1990.

**TABLEAU XXV**

**COÛT DES RECOMMANDATIONS RÉALISÉES EN 1990  
(par comité)**

COÛT (\$)	NOMBRE (comités)	%
25 000 \$ et moins	26	68,4%
26 000 \$ à 50 000 \$	9	23,7%
51 000 \$ à 100 000 \$	2	5,3%
Plus de 100 000 \$	1	2,6%
<b>TOTAL</b>	<b>38</b>	<b>100 %</b>

Une quantité minime de comités de santé et sécurité du travail possèdent un budget pré-établi pour la réalisation de ces recommandations. De ceux-ci, trois d'entre eux possèdent un budget annuel de 2 000 \$ alors que deux (2) autres disposent d'un budget de 5 000 \$. Ceci peut s'expliquer par le fait que les comités de santé et de sécurité du travail sont de nature consultative et que la décision d'appliquer les recommandations est prise selon les mécanismes prévus selon la structure administrative de l'établissement.

### 1.5 L'IMPACT PERÇU DES COMITÉS CONJOINTS

L'implantation d'une structure telle qu'un comité de santé et sécurité du travail provoque des impacts soit à court ou à long terme à l'intérieur d'une organisation. La nature du sujet traité, soit la santé et la sécurité du personnel étant directement reliée aux conditions de travail, provoque nécessairement des réactions dans l'ensemble de l'établissement. D'autre part, l'aspect paritaire d'un tel comité, créé volontairement par les parties, reflète ou influence les rapports collectifs de travail dans l'organisation.

Bien que cela s'avère difficile à évaluer, nous avons demandé aux établissements de nous donner leur appréciation sur les impacts provoqués par l'instauration et le fonctionnement du comité.

Les répondants nous ont indiqué majoritairement que le comité a un impact positif sur les points suivants:

- La réduction des accidents du travail.
- L'intérêt des employés à travailler davantage de manière sécuritaire.
- L'intérêt de la direction en regard de la santé et de la sécurité du travail.
- Les relations patronales-syndicales.

- L'intérêt des cadres en matière de santé et sécurité du travail.
- L'intérêt des employés à signaler des situations dangereuses.

Contrairement aux points mentionnés ci-haut, les établissements nous ont majoritairement signalé que le comité n'a eu aucun impact sur la productivité.

Tel que mentionné dans ce document, les établissements ayant implanté cette structure nous ont signifié que le contexte de relations de travail était favorable à cette démarche paritaire. Ceci explique peut-être que les impacts observés du comité soient généralement positifs.

TABLEAU XXVI

IMPACTS DU COMITÉ SUR DIFFÉRENTS FACTEURS

FACTEURS	NÉGATIF		AUCUN		POSITIF		TOTAL	
	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%	NBRE	%
A. Réduction des accidents du travail	17	19,5%	10	11,5%	10	69,0%	87	100%
B. Intérêt des employés à travailler davantage de manière sécuritaire	8	8,9%	8	8,9%	74	82,2%	90	100%
C. Intérêt de la direction en regard de la santé et de la sécurité du travail	5	4,9%	8	7,8%	89	87,3%	102	100%
D. La productivité des employés	12	13,0%	55	59,8%	25	27,2%	92	100%
E. Relations patronales syndicales	5	8,4%	23	23,2%	71	71,7%	99	100%
F. Intérêt des cadres en matière de santé-sécurité du travail	8	8,4%	15	15,6%	73	76,0%	96	100%
G. Intérêt des employés à signaler des situations dangereuses	4	4,1%	4	4,1%	90	91,8%	98	100%

En général, les comités conjoints de santé et sécurité du travail sont très structurés et possèdent un fonctionnement assez formalisé. Sur le plan des activités réalisées, nous remarquons certaines similitudes entre les établissements. Il ne semble pas y avoir de problèmes majeurs au niveau du fonctionnement et l'investissement consacré, particulièrement en termes de ressources humaines, est important. Ces comités possèdent une bonne crédibilité auprès des directions car près des trois quarts de leurs recommandations sont exécutées.

Bref, en l'absence de dispositions réglementaires applicables au milieu hospitalier, les établissements du réseau ont développé des mécanismes permettant de traiter des questions de santé et de sécurité de manière paritaire.

Cette description de la situation actuelle étant complétée, nous allons maintenant nous concentrer sur les résultats concernant la question principale de ce mémoire, à savoir des facteurs pouvant expliquer la présence des comités conjoints de santé et de sécurité du travail.

## 2. PRÉSENTATION DES RÉSULTATS CONCERNANT LES HYPOTHÈSES

Le cadre théorique de cette étude, largement inspiré des travaux de Beaumont et Deaton en Angleterre, privilégiait l'influence de plusieurs variables internes à l'entreprise pouvant inciter les parties à mettre en place un comité paritaire de santé et sécurité du travail.

Les facteurs retenus dans le cadre de cette étude sont reliés à la problématique des lésions professionnelles présente dans l'organisation, au niveau d'activité syndicale ainsi qu'à l'orientation de l'organisation en matière de gestion des ressources humaines. Un total de six hypothèses, découlant de ces facteurs avaient été sélectionnées.

Les résultats des tests sont à l'effet qu'aucune variable indépendante n'exerce de réelle influence sur la création des comités conjoints de santé et de sécurité du travail. Ainsi, au niveau bivarié, on peut observer au Tableau XXVII qu'aucune variable n'est significativement corrélée au seuil de .05.

TABLEAU XXVII

## RÉSULTATS DES TESTS BIVARIÉS

VARIABLE	T ou $X^2$	P
Indice de risque	-1.23	.09
Vocation (classe)	1.17	.28
Indice de vétusté	.41	.68
Ratio libérations syndicales	-1.30	.19
Taille (etc)	- .47	.60
Activités G.R.H.	-1.48	.14

De plus, par souci de rigueur méthodologique, diverses modifications des variables précédentes comme par exemple la mesure de la taille en continu et la prise en compte de l'affiliation syndicale ont été vérifiées sans résultat significatif. Enfin, une analyse de régression logistique a été effectuée pour estimer la corrélation de chaque variable indépendante sur la variable dépendante en contrôlant l'effet des autres variables du modèle. Comme on peut le voir au Tableau XXVIII, les résultats sont à nouveau non concluants, aucune variable n'étant significativement reliée au seuil .05.

TABLEAU XXXI

RÉSULTATS DE L'ANALYSE DE RÉGRESSION LOGISTIQUE  
(n=121)

VARIABLES	B	SIG.	R
Indice de risque	1.187	.07	.09
Vocation (classe)	-1.292	.10	.06
Indice de vétusté	0.389	.65	.00
Ratio libérations syndicales	-1.245	.23	.00
Taille	0.622	.32	.00
Activités GRH	-0.432	.09	.08
Constante	3.612	.04	

En résumé, les résultats obtenus ne permettent vraisemblablement pas de conclure en fonction d'un cadre théorique qui privilégie l'influence de facteurs internes à l'entreprise.

Nous ne pouvons conclure en toute certitude qu'aucun facteur interne n'a exercé d'influence sur la variable dépendante. À titre d'exemple, il aurait peut-être été utile de connaître davantage le climat de travail prévalant dans l'établissement au cours des années précédant la création des comités. Il est malheureusement impossible de recenser le nombre de griefs annuels ou le taux d'absentéisme dans les années 1980 à 1990.

Nous aurions peut-être eu avantage à imaginer des indices qui n'ont pas été utilisés couramment dans la littérature mais il faut constater que ces données sont pratiquement inaccessibles.

Par conséquent, nous avons cru utile d'explorer une hypothèse alternative basée sur l'influence de certains facteurs externes à l'organisation.

### 3. ÉLABORATION D'UNE HYPOTHÈSE ALTERNATIVE

#### 3.1 PRÉSENTATION

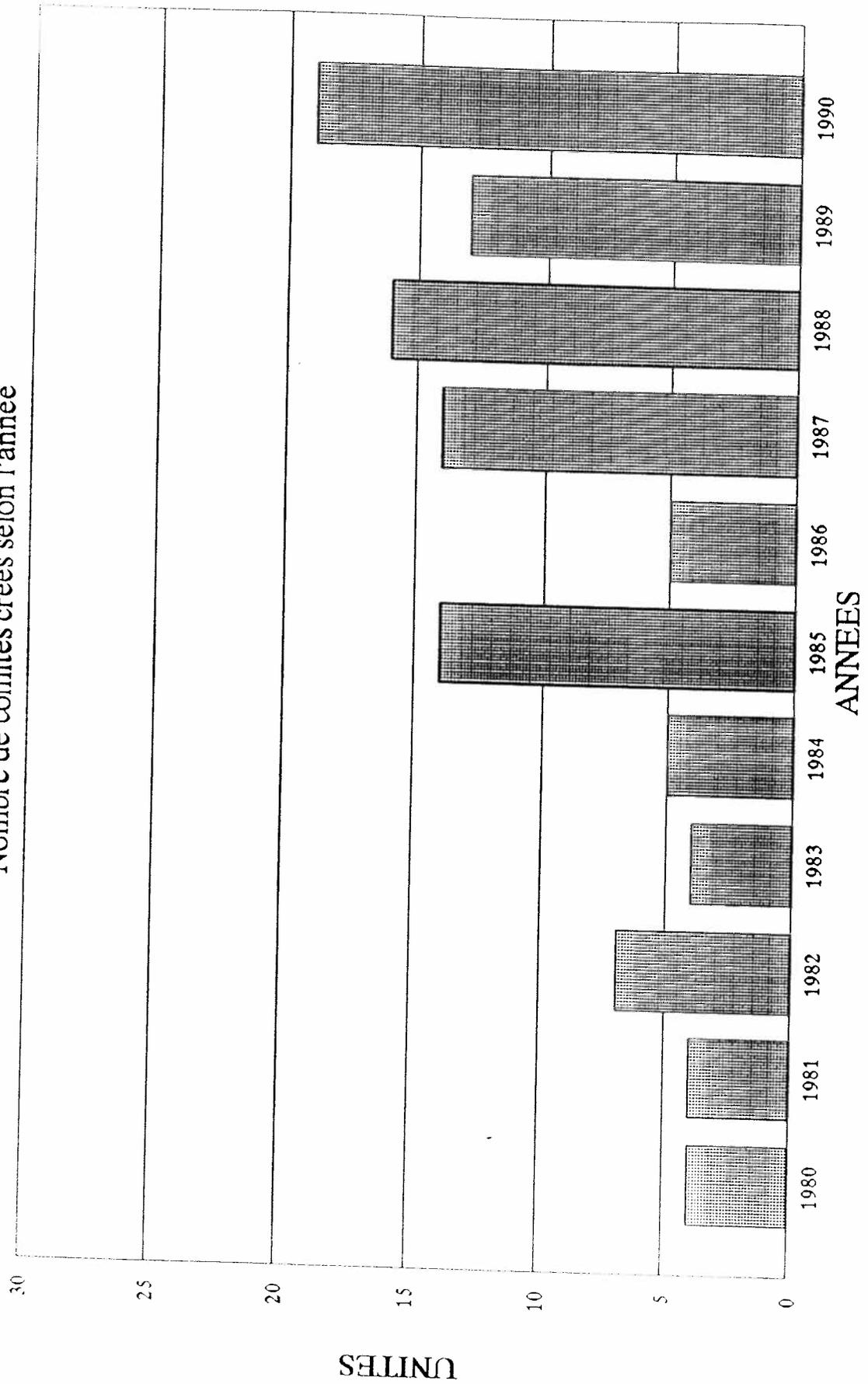
Tel que nous l'avons vu précédemment, le modèle théorique utilisé pour cette étude ne permet pas de prédire l'existence ou l'inexistence des comités conjoints de santé et de sécurité du travail dans les établissements hospitaliers. Rappelons que ce modèle était basé sur une série de facteurs qui possédaient comme point commun la particularité d'être internes à l'entreprise. Le modèle théorique ne tenait pas compte de facteurs externes pouvant exercer une influence sur la variable dépendante.

Si les hypothèses retenues ne permettent pas d'expliquer le phénomène sous étude, quels sont les autres facteurs pouvant avoir exercé une influence significative sur la création de ces comités en milieu hospitalier ? Il faut vraiment se tourner vers de nouvelles dimensions jusqu'alors inexplorées dans des travaux concernant ce sujet.

Avant d'aller plus loin, il faut mettre en évidence que le phénomène des comités conjoints en milieu hospitalier, en plus de ne pas être réglementé par des dispositions législatives, est particulièrement récent. De plus, les résultats démontrent des vagues massives d'implantation de comités dans les établissements du réseau à certaines périodes. La Figure 2 illustre cette situation.

FIGURE 2

Nombre de comités créés selon l'année



Cette figure démontre que, jusqu'en 1984, la mise en place des comités conjoints de santé et de sécurité du travail était un phénomène marginal. Entre 1985 et 1991, plus de 76,6% des comités existants à ce jour ont été créés. Nous pouvons, observer trois phénomènes:

- 1° Une hausse marquée en 1985 avec la création de 14 comités.
- 2° Une baisse significative dans le nombre de comités créés en 1986. Cette année-là, le niveau était semblable à celui des années 1980 à 1984.
- 3° À compter de 1987, une reprise de la création de comités avec des niveaux historiques de 16 et 19 en 1988 et 1990.

Les questionnaires ayant été expédiés aux établissements au début de 1991, les données pour cette année sont donc trop fragmentaires pour que nous puissions en tenir compte.

Par ailleurs, les établissements n'ayant pas encore mis en place de comité conjoint de santé et de sécurité du travail nous ont fait part de leur intention de procéder au cours des deux prochaines années dans une proportion de 91% et 73% d'entre eux ont déjà des démarches entreprises à cet effet. Nous sommes donc en mesure de prévoir que la tendance établie au cours des dernières années se maintiendra.

Pour en revenir à l'objet de cette étude qui est constituée par les

facteurs explicatifs de la mise sur pied des comités conjoints de santé et de sécurité dans le réseau hospitalier du Québec, nous pouvons donc nous poser la question suivante:

«Qu'est-il survenu pour que, depuis 1985 à ce jour, à l'exception de l'année 1986, les parties présentes dans le réseau hospitalier décident en nombre significativement élevé de mettre en place des comités conjoints de santé et de sécurité du travail ?»

Afin de répondre à cette question, nous allons essayer d'envisager une hypothèse alternative.

Considérant l'absence de lois et règlements en vigueur pour le réseau hospitalier sur ce sujet et en tenant compte que les facteurs internes à l'entreprise ne permettent pas d'apporter une réponse satisfaisante, nous pouvons concentrer notre attention sur les influences externes aux établissements.

Ces facteurs externes doivent toutefois être reliés au réseau hospitalier, être communs pour les établissements et doivent pouvoir exercer une influence significative en matière de santé et sécurité du travail.

Bien qu'il soit impossible de le démontrer dans le cadre de cette étude, nous envisageons donc une hypothèse alternative basée sur l'existence de facteurs externes aux établissements. Cette hypothèse pourrait se présenter comme suit:

"Certains facteurs externes aux établissements, soient l'action de l'Association pour la Santé et la Sécurité du Travail, pour le secteur des Affaires Sociales, les pressions de la C.S.S.T. de même que l'effet «réseau» hospitalier ont contribué à inciter les parties à mettre sur pied des comités conjoints en santé et sécurité du travail."

Nous constatons que deux des trois facteurs présents dans cette hypothèse alternative sont de nature interne au réseau de la Santé et des Services Sociaux, le dernier étant constitué par la pression d'un acteur externe au réseau soit la C.S.S.T.

Dans les pages qui suivent, nous allons décrire brièvement de quelle manière ces facteurs ont pu exercer une influence sur la variable dépendante.

### **3.2 L'ACTION DE L'ASSOCIATION POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL - SECTEUR AFFAIRES SOCIALES**

L'Association pour la Santé et la Sécurité du Travail, secteur Affaires Sociales est une association paritaire au sens de l'article 98 de la Loi sur la Santé et la Sécurité du Travail.

Cet organisme paritaire a été fondé en 1979 et a pour vocation de soutenir les établissements en matière de prévention des lésions professionnelles. Sa structure comprend un conseil d'administration formé de 13 membres du milieu patronal et de 13 membres du milieu syndical.

L'A.S.S.T.S.A.S. possède des bureaux à Montréal et à Québec. Elle offre aux établissements des services de formation, d'information et de support technique pour les programmes mis en place localement en matière de santé et de sécurité du travail.

L'A.S.S.T.S.A.S. se dote d'objectifs annuels afin d'orienter son action et de répondre aux besoins des établissements.

Pour les années 1984, 1985 et 1986, l'association s'était donné comme objectif prioritaire de favoriser l'émergence et de supporter le fonctionnement des comités paritaires en santé et sécurité du travail dans les établissements.<sup>11</sup> Les rapports annuels sont éloquentes à ce sujet. L'action principale de l'association était orientée vers cet objectif.

À compter de 1987, l'A.S.S.T.S.A.S., tout en continuant à offrir des services de support en matière de comité paritaire de santé et de sécurité du travail s'est dotée d'objectifs visant d'autres systèmes de prévention tels que la promotion du programme de réduction des accidents du travail (PRAT), du programme de prévention des accidents au dos (PAD) ainsi que l'adaptation à la réglementation relative aux matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).

Un relevé des interventions effectuées par les conseillers de

---

<sup>11</sup> Voir à ce sujet les rapports annuels de l'A.S.S.T.S.A.S. de 1984 (p.11), 1985 (p.9), 1986 (p.30)

l'association en ce qui concerne les comités pour les années où il s'agissait de l'objectif prioritaire illustre la préoccupation de l'A.S.S.T.S.A.S. et des établissements. (Voir Tableau XXIX)

**TABLEAU XXIX**

**INTERVENTIONS DE L'A.S.S.T.S.A.S.  
EN MATIÈRE DE C.P.S.S.T.<sup>12</sup>**

<b>ANNEE</b>	<b>NOMBRE D'INTERVENTIONS</b>
1984	N/D
1985	189
1986	153
1987	87
1988	22

L'A.S.S.T.S.A.S. publie la revue «OBJECTIF PRÉVENTION» abondamment diffusée dans le réseau de la Santé et des Services Sociaux. Un relevé des articles traitant des comités nous indique que l'année 1985 fut celle où il y a le plus grand nombre d'articles publiés sur ce sujet. Il y a eu exactement un article par publication (7 articles sur 7 publications). Cette promotion des comités paritaires de santé et de sécurité du travail dans le réseau hospitalier a certainement aidé à propager le thème des comités.

<sup>12</sup>

Données extraites des rapports annuels de l'A.S.S.T.S.A.S., 1984, 1985, 1986, 1987, 1988

En conséquence, nous croyons que l'action de l'A.S.S.T.S.A.S, en termes de support, de formation et d'information a contribué notablement à la réflexion des acteurs présents dans les établissements et a pu inciter ces derniers à mettre en place des comités conjoints de santé et de sécurité du travail. Cette influence est particulièrement présente dans la période 1984-1986 et et vraisemblablement de la première vague de création massive de comités en 1985.

### **3.3 L'ACTION DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DU QUÉBEC (C.S.S.T.)**

La C.S.S.T. met en oeuvre un certain nombre de programmes en prévention et en réparation. Toutefois, nous ne nous attarderons ici que sur l'Opération moins 10% car cette initiative a été un élément majeur de l'action de cet organisme pour les années 1986-1988 et nous croyons qu'il a provoqué un impact sur la création de comités conjoints de santé et de sécurité du travail à compter de 1987, notamment dans le secteur hospitalier.

En raison de l'augmentation du nombre et du coût des lésions professionnelles, la C.S.S.T. instaurait, en 1986, un programme intitulé «Opération moins 10%». L'objectif de ce programme était de réduire le nombre de lésions professionnelles d'au moins dix pour-cent. L'action était effectuée sur deux plans soit la concertation avec les personnes et les groupes concernés et d'autre part sur le contrôle à caractère coercitif dans les cas où cela s'avérait nécessaire. (C.S.S.T. 1987)

La conduite de l'opération était confiée à chaque bureau régional. Ce dernier devait, pour son territoire, cibler les entreprises à risque et intervenir auprès d'elles. Le choix des établissements visés s'effectuait selon la fréquence et la gravité des lésions professionnelles par rapport à la moyenne québécoise et à celle du secteur d'activité. Près de 2 300 établissements de tous les secteurs ont été retenus pour l'ensemble de la province. (C.S.S.T. 1988 A)

L'action de la C.S.S.T. était guidée par la philosophie de prise en charge de la problématique des lésions professionnelles par les acteurs du milieu, inspirée par la Loi sur la Santé et la Sécurité du Travail, tel que le déclarait en 1987 Mme Monique Jérôme-Forget, P.D.G. de la C.S.S.T.:

«Cette opération a été mise en branle pour amener les employeurs, les travailleurs et les employés de la C.S.S.T. à être sensibilisés à un objectif atteignable et mesurable.» (C.S.S.T. 1988 B, 6)

Nous constatons l'esprit de paritarisme qui devait être présent dans le déroulement de l'opération. Les actions entreprises par le C.S.S.T. dans les milieux de travail se faisaient en présence et avec les représentants de l'employeur et des travailleurs.

Nous pouvons résumer le plan de travail des équipes régionales de la C.S.S.T. de la manière suivante:

- 1° Ciblage des entreprises.
- 2° Sensibilisation sur la situation particulière de l'entreprise lors de rencontres avec les deux parties.
- 3° Obligation pour l'entreprise de fournir un plan de travail avec un échéancier visant la réduction des lésions professionnelles.
- 4° Suivi, par la C.S.S.T., de la réalisation du plan d'action et examen régulier de la situation des lésions professionnelles.
- 5° Suivi au cours des années ultérieures par la C.S.S.T.

Tel que mentionné précédemment, toute l'action était conduite avec les représentants des deux parties. Un des outils privilégiés par la C.S.S.T. était la mise en place d'un comité paritaire de santé et de sécurité du travail pour les établissements où cette structure s'avérait inexistante. (C.S.S.T. 1988 B, 7)

Nous croyons que l'optique de prise en charge paritaire de la problématique des lésions professionnelles telle que pratiquée par la C.S.S.T., en particulier lors de l'opération moins 10% a provoqué un impact sur les décisions des parties d'envisager la création de comités.

Cette opération, réalisée simultanément dans chaque région et dans

plusieurs centres hospitaliers, a certainement forcé les nombreux établissements ciblés à créer leur comité de santé-sécurité. De plus, l'effet de diffusion d'informations formelles et informelles entre les gestionnaires des différents établissements sur l'opération moins 10% a pu contribuer à la propagation de la notion des comités conjoints de santé et de sécurité du travail et ainsi inciter d'autres établissements non ciblés à créer également leur comité au cours de la deuxième vague de création massive de comités depuis 1987.

### 3.4 L'EFFET «RÉSEAU»

Les centres hospitaliers font partie et sont la constituante majeure, en termes d'effectifs et de budget de ce que l'on nomme couramment le réseau de la Santé et des Services Sociaux. Outre les établissements, ce réseau est constitué de régies régionales et est chapeauté par le ministère de la Santé et des Services Sociaux.

Quant à lui, le réseau des centres hospitaliers possède une culture et une vie interne qui lui est particulière. L'ensemble des établissements est régi par la même réglementation et les structures internes sont passablement similaires d'un établissement à l'autre.

Les centres hospitaliers sont regroupés à l'intérieur d'une association provinciale, soit l'Association des Hôpitaux du Québec (A.H.Q.). Cette dernière a pour vocation de représenter les intérêts de ses membres auprès du gouvernement et de fournir un certain nombre de

services techniques (information, gestion des assurances, etc.) De plus, elle coordonne les négociations collectives au niveau provincial.

Cette association possède des structures dans chaque région et maintient un canal d'informations constantes par le biais de réunions, colloques, sessions de formation et d'information, etc. De plus, elle publie un journal s'adressant à ses membres.

Il existe notamment un comité provincial de coordination en gestion des ressources humaines et des comités correspondants dans chaque région. Donc, en plus des contacts personnels des gestionnaires, nous sommes en présence de réseaux formels de communication. L'information circule très largement et très rapidement.

Il en découle que les initiatives locales sont très publicisées à l'intérieur du réseau. Nous pouvons concevoir que les gestionnaires d'établissements s'influencent mutuellement et que la création de comités conjoints de santé et de sécurité du travail dans certains centres hospitaliers puisse inciter les gestionnaires des autres établissements à aller dans le même sens, surtout si les expériences s'avèrent concluantes. Or, nous avons vu dans la section précédente que les répondants se déclarent satisfaits du fonctionnement des comités.

Parallèlement, «l'effet réseau» est aussi présent du côté syndical. Les organisations syndicales du réseau sont regroupées dans des

fédérations à l'intérieur des centrales syndicales. Nous pouvons citer entre autres la Fédération des affaires sociales (C.S.N.) et le Syndicat canadien de la fonction publique (F.T.Q.). De plus, il existe des centrales exclusivement vouées à la représentation des professionnels oeuvrant principalement dans les centres hospitaliers telles que la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec (F.I.I.Q.) et la Centrale des professionnels de la santé (C.P.S.).

Ces organisations tiennent régulièrement des congrès, colloques, réunions et sessions de formation. L'information est aussi très diffusée. Nous pouvons constater que les phénomènes de communication et d'influence sont présents au même titre que sur le plan patronal.

Les conventions collectives sont négociées sur le plan provincial et appliquées localement dans les établissements. L'arrivée, à compter de 1980, de clauses prévoyant des comités dont la vocation est axée sur la santé et la sécurité du travail peut avoir eu aussi une certaine influence. Il faut ici établir clairement que ces comités sont prévues au niveau de chaque accréditation syndicale. Les comités conjoints mis sur pied jusqu'à présent regroupent, pour la vaste majorité, l'ensemble des travailleurs de l'établissement. Donc, les comités prévus dans les dispositions des conventions collectives n'ont pratiquement jamais existés. Toutefois, le fait de retrouver des textes traitant de ce sujet dans les conventions collectives témoigne d'une certaine préoccupation des parties au niveau provincial et cela a peut-être constitué un incitatif notable.

Par ailleurs, lorsqu'on se réfère à la Figure 2, le nombre de comités créés entre 1985 et 1990 varie de 13 à 19. Une seule exception y apparaît: l'année 1986 où il n'y a eu que cinq nouveaux comités créés.

Que s'est-il donc produit en 1986 ? Quels facteurs ont pu influencer les parties à l'effet de compromettre la poussée d'implantation de comités amorcée l'année précédente ?

Il est concevable qu'une partie de l'explication tire son origine du fait qu'en 1986, le réseau de la Santé et des Services Sociaux se retrouvait au coeur d'une période de négociation collective.

En période de négociation collective, le climat de travail est souvent plus tendu et moins propice à des initiatives paritaires. Il est inutile de commenter les psycho-drames collectifs vécus dans le réseau de la Santé et des Services Sociaux lors de renouvellement des conventions collectives depuis les années soixante. Bien que la négociation qui nous occupe s'est complétée sans grève, elle n'a pas fait exception quant aux autres aspects.

Dans le contexte où la création de comités conjoints de santé et de sécurité est essentiellement volontaire, certains pré-requis s'imposent. Tel qu'ils l'ont exprimé dans leurs réponses, les gestionnaires considèrent qu'un bon climat de travail doit exister pour permettre la création de tels comités. Or, il est possible de concevoir qu'une négociation collective provinciale puisse être le moment où le climat

de travail ne soit pas à son meilleur et ainsi présenter un frein temporaire à la création de structures paritaires. Nous voyons ici un autre effet de l'appartenance à un réseau.

Par ailleurs, il est intéressant de constater, tel qu'illustré au Tableau XXX, qu'il existe une différence notable entre les régions qui se situent plus près des grands centres et celles qui en sont le plus éloignées en ce qui concerne la proportion de comités existants en 1991.

**TABLEAU XXX**

**RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES  
COMITÉS DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL**

RÉGION	ÉTABLISSEMENTS AVEC COMITÉS	ÉTABLISSEMENTS SANS COMITÉ	% DE PRÉSENCE D'UN COMITÉ
Montréal Québec	65	25	72,2%
Saguenay Lac St-Jean Mauricie Bois Francs, Estrie Outaouais	29	8	78,3%
Bas St-Laurent Abitibi- Témiscamingue Côte Nord	13	10	56,5%
<b>SOUS-TOTAL</b>	<b>107</b>	<b>43</b>	<b>71,3%</b>

Bien que cela puisse être le fait du hasard, nous pouvons comprendre que l'effet réseau, dont une partie de l'influence s'exerce d'abord au niveau régional n'a pas nécessairement été d'importance égale et simultanée sur le plan géographique. L'opération «moins 10%» de la C.S.S.T. dépendait de la direction régionale de chaque région. Cette dernière ciblait ses interventions selon les entreprises existantes à l'intérieur desquelles nous retrouvions certains centres hospitaliers. La proportion de centres hospitaliers touchés dans chaque région n'est pas nécessairement la même. L'action de l'A.S.S.T.S.A.S. n'a pas été répartie également dans chaque région. Au niveau de l'A.H.Q., les rencontres des comités en gestion des ressources humaines sont trois fois plus fréquentes à l'intérieur de la région que sur le plan provincial. L'action conjuguée de ces facteurs a pu stimuler ou retarder l'implantation des comités de santé et de sécurité du travail d'une région à l'autre.

En résumé, nous croyons que «l'effet réseau» avec ses particularités, ses canaux de communications et d'influence, ses périodes de négociation collective a contribué à provoquer des comportements collectifs au niveau des établissements. De plus, cet effet a permis d'augmenter l'impact des actions des acteurs soient l'A.S.S.T.S.A.S., la C.S.S.T. et l'A.H.Q.

### 3.5 CONCLUSION

En considérant la création de comités conjoints de santé et de sécurité du travail dans le réseau hospitalier, l'hypothèse alternative s'appuie

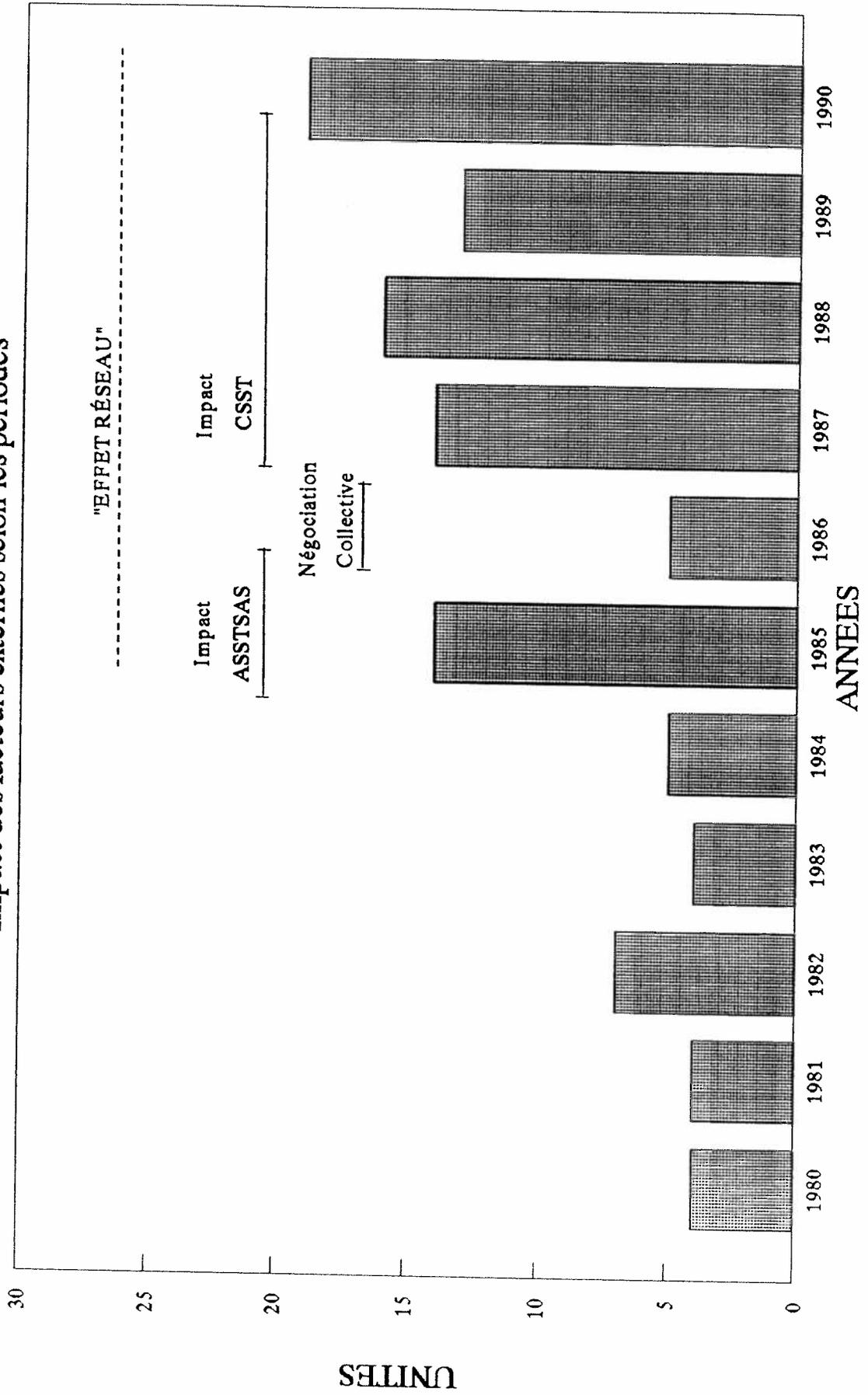
sur le fait que des facteurs externes à l'organisation ont contribué à inciter les parties à mettre en place ces structures sur une base volontaire.

Nous pouvons considérer que les actions de l'A.S.S.T.S.A.S. entre 1984 et 1986 ont donné une impulsion à l'émergence du phénomène. En 1986, la négociation collective provinciale a freiné ce mouvement. À compter de 1987, la pression créée par la C.S.S.T. par le biais de l'Opération moins 10% peut expliquer la recrudescence de la mise sur pied de comités conjoints de santé et de sécurité du travail. L'effet «réseau» a contribué à publiciser et à amplifier ces tendances. La propagation du phénomène des comités conjoints de santé et de sécurité du travail peut donc trouver sa source dans la conjugaison de ces facteurs. La Figure 3 illustre ces influences.

Cette hypothèse est présentée dans le cadre de cette étude afin d'ouvrir d'autres corridors d'exploration pour l'explication du phénomène étudié.

FIGURE 3

### Impact des facteurs externes selon les périodes



## CONCLUSION

L'objectif de cette recherche était de découvrir les facteurs explicatifs de la présence des comités conjoints de santé et de sécurité du travail en milieu hospitalier. Un cadre théorique, inspiré d'études antérieures sur des populations différentes a été adopté. Ce modèle privilégie trois variables internes à l'entreprise: la problématique des lésions professionnelles, le niveau d'activité syndicale et l'orientation de l'organisation en matière de gestion des ressources humaines.

Le milieu hospitalier est présentement exclu de la réglementation relative aux comités de santé et de sécurité du travail. Cette structure existe donc sur une base volontaire, par entente entre les parties.

Nous constatons en premier lieu que le phénomène des comités conjoints de santé et de sécurité du travail est davantage implanté qu'on aurait pu le croire. Ces comités sont très structurés et possèdent un fonctionnement relativement formel. Bien que sa composition, son mode d'opération et ses activités ne soient pas réglementés, nous remarquons beaucoup de similitudes d'un établissement à l'autre, à tel point qu'un modèle général semble se dessiner à l'intérieur du réseau.

L'analyse des résultats nous conduit à la conclusion que le cadre théorique retenu ne permet pas d'expliquer le phénomène en présence. Or, ce cadre est constitué de facteurs internes à l'entreprise. De plus, les similitudes rencontrées entre les comités nous incitent à considérer l'impact de certaines influences.

Lorsqu'on étudie la création des comités conjoints de santé et de sécurité du travail à partir d'une perspective historique, certains constats apparaissent. Il y a eu une période peu fertile de 1970 à 1984. De 1985 à ce jour, à l'exception de l'année 1986, une impulsion semble avoir guidé les établissements dans le sens de la mise sur pied de ces structures.

Nous ne croyons pas qu'il s'agit de l'effet de pur hasard. D'autres facteurs ont inévitablement influencé les parties.

Si ces facteurs ne se retrouvent vraisemblablement pas à l'intérieur des organisations, ils ont pu avoir une origine externe et être suffisamment puissants pour produire une forte influence dans les milieux de travail. Pour cette raison, nous avons sommairement exploré l'influence de l'A.S.S.T.S.A.S., de la C.S.S.T. et de l'effet «réseau». Une partie de l'explication du phénomène étudié s'y retrouve fort probablement.

Il faut ici se souvenir que ce réseau est constitué de 200 organisations légalement indépendantes les unes des autres. La Loi sur les Services de Santé et Services Sociaux du Québec détermine le cadre légal dans lequel évoluent ces organisations. La structure organisationnelle en termes de services et de directorats varie peu d'une organisation à l'autre. Les exigences du ministère de la Santé et des Services Sociaux sont les mêmes au niveau de la qualité des soins ainsi qu'en ce qui concerne les normes et pratiques de gestion. Les normes du Conseil Canadien de l'Agrément des Hôpitaux s'appliquent à tous les établissements de manière uniforme. Par ailleurs les établissements font appel aux mêmes fournisseurs de services et d'équipements.

Plusieurs établissements du réseau hospitalier ont été ciblés dans l'opération "moins 10%" de la C.S.S.T. Nous pouvons concevoir que cela a eu un certain impact en terme de création de comités de santé et de sécurité du travail. Toutefois, il faut souligner que cette démarche était dirigée par chaque bureau régional et n'a pas nécessairement visé la même proportion de centres hospitaliers dans chaque région.

Tous ces établissements sont soumis à l'influence des organisations provinciales tel que l'A.S.S.T.S.A.S. et l'A.H.Q. Lorsque ces organisations mettent l'emphase sur la formation des comités de santé et de sécurité, produisent des guides sur la gestion de la santé et de la sécurité au travail ainsi que sur l'organisation des services dans ce domaine, il est inévitable que l'idée de la formation de tels comités se propage à l'ensemble du réseau. Les établissements peuvent être sensibles à la formation de ces comités car un modèle établi dans une organisation peut facilement se transposer dans l'autre.

D'autre part, il se peut que le fait d'essayer une recette novatrice ou le désir d'être considéré avant-gardiste produise un effet sur les dirigeants patronaux et syndicaux à l'intérieur des organisations. Il est important de considérer qu'au niveau du personnel d'encadrement il existe une mobilité très forte à l'intérieur du réseau. L'influence interpersonnelle y joue certainement un rôle qu'il convient de ne pas négliger.

Parmi les trois organismes externes dont l'action a pu contribuer à la propagation du phénomène de la création des comités de santé et de sécurité du travail, l'A.H.Q. et la C.S.S.T. exercent d'abord leur influence au niveau régional. En effet, tel que mentionné précédemment, l'opération "moins 10%"

était coordonnée au niveau régional. Les rencontres de comités de l'A.H.Q. les plus fréquentes sont celles des régions. Par ailleurs, l'A.S.S.T.S.A.S. possède des points de service à Québec et Montréal. Cette localisation a peut-être incité davantage les établissements situés près des grands centres à avoir recours à leurs services.

Hormis certains évènements provinciaux tel que les négociations collectives, l'effet réseau est en premier lieu présent au niveau de la région, là où les relations entre les acteurs patronaux et syndicaux sont les plus fréquentes. Nous pourrions envisager que l'impact de l'effet réseau a été déterminant mais d'une force variable d'une région à l'autre.

À l'inverse des études antérieures réalisées sur le sujet la population étudiée ici est de nature très homogène et fait donc partie d'un réseau où les interrelations sont constantes. Les facteurs externes à l'organisation mais internes au réseau peuvent donc influencer considérablement certains modes de gestion et imposer informellement certaines pratiques.

Le réseau hospitalier du Québec, composé d'une multitude d'établissements autonomes, se comporte possiblement comme une grande entreprise à succursales multiples.

Les chercheurs travaillant avec ce type de population auraient donc avantage à tenir compte de ces influences. Cette voie peut peut-être aussi expliquer certains comportements organisationnels dans d'autres domaines de la gestion des ressources humaines.

En conclusion, bien que le cadre théorique ne puisse expliquer le phénomène

de la présence des comités conjoints de santé et de sécurité du travail en milieu hospitalier, nous croyons avoir exploré une alternative d'investigation qui tient compte des particularités du secteur étudié.

**BIBLIOGRAPHIE**

AKTOUF, Omar, (1989), Le Management entre Tradition et Renouveau,  
Boucherville, Gaëtan Morin ed., 492 p.

ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC, (1988), Guide sur les programmes d'aide  
aux employés, Direction des Ressources Humaines, AHQ, Montréal, 182 p.

ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC, (1989), Acte de l'atelier intitulé: Gérer  
la Santé et la Sécurité dans les Centres Hospitaliers à l'aube des  
années 90, Congrès de l'AHQ, 46 p.

ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC, (1988), Profil des Services de Santé au  
Personnel dans les Centres Hospitaliers, AHQ, 36 p.

ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC, (1989), Module de Formation en Gestion  
des Activités reliées aux accidents du travail, AHQ.

ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC, (1989), Répertoire des Etablissements  
Membres, AHQ

ASSOCIATION DES INTERVENANTS EN TOXICOMANIE DU QUÉBEC, (1984), Répertoire des  
programmes d'aide aux employés, Montréal

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, SECTEUR AFFAIRES  
SOCIALES, (1985), Rapport annuel 1984, Montréal, 54 p.

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, SECTEUR AFFAIRES  
SOCIALES, (1986), Rapport annuel 1985, Montréal, 55 p.

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, SECTEUR AFFAIRES  
SOCIALES, (1987), Rapport annuel 1986, Montréal, 89 p.

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, SECTEUR AFFAIRES  
SOCIALES, (1988), Rapport annuel 1987, Montréal, 80 p.

ASSOCIATION POUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, SECTEUR AFFAIRES  
SOCIALES, (1989), Rapport annuel 1988, Montréal, 37 p.

BEAUMONT, P.D., DEATON, D.R., (1981 A), «Explaining Variation in the  
Enterprise Response to Industrial Relations Legislation: The Case of  
the safety Representative Regulations», Personnel Review, 10, 2, p.  
11-15

BEAUMONT, P.D., DEATON, D.R., (1981 B), Organizational Development and  
Change in a Union-Management Context: The Voluntary Establishment of  
Joint Health and Safety Committees in Britain, Organization Studies,  
2, 4, p. 331-345

BEAUMONT, P.D., COYLE, S.A., LEOPOLD, S.W., SHULLER, (1982), The  
Determinants of Effective Joint Health and Safety Committee, University  
of Glasgow

- BECKHARD, R. (1969), «Organizational Development : Strategies and models», Addison-Wesley, Reading, Mass., 119 p.
- BEER, M. et al., (1984), Managing Human Assets, New-York, The Free Press, 209 p.
- BERNIER, L., (1987), Syndicalisme et application de la Loi sur la santé et la sécurité du travail: le cas des comités paritaires de santé et de sécurité du travail, Mémoire de maîtrise, Relations Industrielles, Université de Montréal 125 p.
- BESSEYRE DES HORTS, C., (1988) Vers une gestion stratégique des ressources humaines, Édition d'organisation, Paris, 224 p.
- BLOUIN, Rodrigue, (1990), Vingt-cinq ans de pratique en Relations Industrielles au Québec, Cowansville, Yvon Blais ed., 1164 p.
- BRYCE, K., MANG, P., (1985), «The Effectiveness of Health and Safety Committees», Relations Industrielles, 40, 2, p. 258-283
- CHEVALIER, Diane, (1985), Etude des facteurs conditionnant le statut de comité de santé et sécurité du travail des entreprises syndiquées dans différents secteurs d'activités, Mémoire de maîtrise, Relations Industrielles, Université de Montréal, 98 p.
- COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, (1988 A) Rapport annuel 1987, Montréal 1988, 55 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, (1988 B) «L'opération moins 10% donne des résultats», CSST 1988, Montréal, p. 6-10

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL, (1987), Rapport annuel 1986, Montréal, 56 p.

DICKMAN, Fred, CHALLENGER, Robert, EMENER, William, HUTCHISON, Williams Jr., (1988), Employee Assistance programs: a basic text, Dickman ed., Springfield, 493 p.

DICKMAN, Fred, (1982) «Employee Assistance programs: basic concepts, attributes and an evaluation», Personnel Administrator, vol. 27, no. 8, August

DIGBY, C., RIDDEL, W.C., (1986), Occupational Health and Safety in Canada, Document de recherche, Commission Royale sur l'union économique et les perspective de développement au Canada, Section Les Relations du Travail, p. 285-311

DOLAN, S.L. et al., (1990), «L'évolution des tendances en gestion des ressources humaines au Québec : étude comparative en fonction des tailles des entreprises» dans : Vingt-cinq ans de pratique en Relations Industrielles au Québec, Cowansville, Yvon Blais ed., p. 775-789

DYER, Lee, HOLDER, Gerald W., (1988), Human Ressource Management evolving Roles & Responsibilities, Washington, The Bureau of National Affairs inc., 270 p.

FOMBRUN, C. et al., (1984), «Strategic Human Ressource Management», Wiley, New-York, 499 p.

GEORGE, K., (1985), «Les comités de santé et de sécurité du travail: tables de concertation ou de négociation?», Relations Industrielles, 40,3, p. 512-528

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1983), Règlement sur les comités de santé et de sécurité, Décret 2025-83, 28 septembre

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, Loi sur la Santé et la Sécurité du Travail, LRQ, chap. S-2.1

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC, (1978), Santé et Sécurité du Travail: Politique québécoise de la santé et de la sécurité des travailleurs, Editeur Officiel du Québec

GUÉRIN, G., WILLS, T., (1992), La gestion des ressources humaines : du modèle traditionnel au modèle renouvelé, Presses de l'Université de Montréal, Montréal, 276 p.

KOCHAN, T., DYER, L., LIPSKY, D.B., (1977), «Union Attitudes towards Management Cooperation», Industrial Relations, 16, 2. p. 163-172

MASI, Dale A., (1984), Designing employee assistance programs, Amacon, New-York, 364 p.

MYERS, Donald W., (1984), Establishing an building employee assistance program, Quorum Books, Westport, 335 p.

OUELLET, F., (1984), «Concertation et participation: mythe ou réalité?», dans Blouin, R., Boulard, R., Deschênes, J.P., Pérusse, M., Régimes de santé et sécurité et relations de travail, Presses de l'Université Laval, Québec, p. 73-111

PHILIPOWICZ, C.A., (1979), «The Troubled Employee: Whose Responsibility», Personnel Administrator

SCHULER, R., (1987), «Personnel and Human Resource Management : Choice and Organization Strategy» dans : Dolan, S. et Schuler, R., Canadian Readings in Personnel and Human Resource Management, West Publishing, St-Paul, p. 1-26

SHAIN, Martin, (1980), Employee assistance program: philosophy, theory and practice, Lexington Books, Lexington, 236 p.

SIMARD, M., (1987), L'expérience des entreprises syndiquées québécoises en matière de comité de santé et sécurité du travail, Document de recherche 87-03, École des Relations Industrielles, Université de Montréal

SIMARD, M., (1988), «Le paritarisme et la gestion de la santé sécurité du travail», in Colloque CSST-Saguenay, Le paritarisme dans la gestion de la santé et de la sécurité du travail, Jonquière

- SIMARD, M., LÉVESQUE, C., BOUTEILLER, D., (1986), «Services spécialisés et comités paritaires de santé-sécurité au travail», Sociologie et Sociétés, 18, 2, p. 73-86
- ULRICH, D., (1987), «Strategic Human Ressource planning : Why and How» dans: Dolan, S. et Schuler, R., Canadian Readings in Personnel and Human Ressource Management, St-Paul, West Publishing, p. 41-62
- WALTON, Richard, LAWRENCE, Paul R., (1985), Human ressource management trends & challenges, Boston, Harvard Business School Press, 392 p.
- WEIL, David, (1990-91), «Enforcing OSHA: The role of labor unions», Industrial Relations, Vol. 30, No. 1, p. 20-35
- WRICH, James T., (1980), Employee assistance programs: update for the '80s, Hazelden, Center City, 249 p.

**CONVENTIONS COLLECTIVES**

Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, le sous-comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics et la Fédération des Affaires Sociales (CSN), 90-91, p. 184

Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, le sous-comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics et le Syndicat Canadien de la Fonction Publique (FTQ), 90-91, p. 201-202

Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, le sous-comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics et la Fédération des Infirmières et Infirmiers du Québec (FIIQ), 90-91, p. 173

Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, le sous-comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics et la Centrale de l'Enseignement du Québec (CEQ), 90-91, p. 240

Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, le sous-comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics et la Centrale des Syndicats Démocratiques (CSD), 90-91, p. 259

Le comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, le sous-comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics et la Centrale des Professionnels de la Santé (CPS), 90-91, p. 138

**ANNEXE A**

QUESTIONNAIRE SUR LES COMITÉS  
DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ DU TRAVAIL

NOM DE  
L'ÉTABLISSEMENT: \_\_\_\_\_

Le questionnaire a été complété par:

Nom: \_\_\_\_\_

Fonction: \_\_\_\_\_

Veillez retourner le questionnaire avant LE 15 AVRIL 1991 à  
l'attention de Monsieur Raymond Paquin à l'adresse suivante:

ASSOCIATION DES HOPITAUX DU QUÉBEC  
Direction des ressources humaines  
505 ouest, boulevard de Maisonneuve  
Bureau 400  
Montréal (Québec)  
H3A 3C2

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

### NOTE PRÉLIMINAIRE

Ce questionnaire vise à tracer le portrait de la situation de la mise en place et du fonctionnement des comités de santé et de sécurité du travail dans les centres hospitaliers.

La première partie du questionnaire permettra de faire un bilan d'ensemble sommaire des principales activités reliées à la gestion de la santé et de la sécurité du travail dans notre milieu.

Un document d'analyse vous sera transmis ultérieurement à partir des données qui seront dépersonnalisées afin de conserver la confidentialité des informations que vous nous ferez parvenir.

Enfin, dans le but de constituer un premier bottin des ressources affectées à la santé et la sécurité du travail dans les centres hospitaliers, vous êtes invités à compléter la question 38. Ce bottin vous sera transmis dès qu'il sera complété.

MERCI DE VOTRE COLLABORATION

PARTIE I

	NON	.	.	OUI
1. Veuillez indiquer si les activités suivantes sont effectuées à votre établissement et, le cas échéant, à quelle fréquence.	Jamais	Dans la minorité des cas	Dans la majorité des cas	Dans tous les cas
	0%	1 - 49%	50 - 99%	100%

Notes:

- 1° Encerclez votre réponse
- 2° Si seuls les chiffres 1 et 4 apparaissent, la réponse est oui ou non
- 3° Les chiffres 1 à 4 correspondent à une échelle de fréquence approximative (0 à 100%)

**Politique générale en SST**

- . Existence d'une politique 1 . . . 4
- . Est-elle écrite? 1 . . . 4
- . La politique a été approuvée par:
  - Conseil d'administration
  - Direction générale
  - Dir. ressources humaines
  - Autres \_\_\_\_\_
- . Existence d'objectifs définis en matière de SST 1 . . . 4
- . Existence d'un plan d'action 1 . . . 4
- . Analyse de l'état de situation en matière de SST préalable à l'élaboration de la politique 1 . . . 4

**Registre des caractéristiques des postes et tâches**

- . % des postes identifiés aux fins d'analyse des risques 1    2    3    4
- . % de postes ayant fait l'objet d'analyse des risques 1    2    3    4
- . % des postes dont les données sont mises à jour 1    2    3    4

	NON			OUI
1. Veuillez indiquer si les activités suivantes sont effectuées à votre établissement et, le cas échéant, à quelle fréquence.	Jamais	Dans la minorité des cas	Dans la majorité des cas	Dans tous les cas
	0%	1 - 49%	50 - 99%	100%

**Registre des matières dangereuses (SIMDUT)**

. Inventaire effectué	1	.	.	4	<input type="checkbox"/>
. % d'étiquetage conforme réalisé	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. % de fiches signalétiques disponibles	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. Une mise à jour des données est-elle prévue?	1	.	.	4	<input type="checkbox"/>
. % des employés concernés ayant reçu la formation	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. Matériel de formation disponible	1	.	.	4	<input type="checkbox"/>

**Gestion des accidents du travail**

Indiquer le % des accidents avec perte de temps faisant l'objet:

. D'Enquête et d'analyse	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. D'un contrôle de l'admissibilité (est-ce vraiment un accident de travail?)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. Contrôle du suivi médical	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. D'assignation temporaire	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. D'expertise médicale en vue d'un retour au travail	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. D'une demande de partage de coûts	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. D'une demande de contre-expertise médicale	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. De contestation devant: BRP Arbitrage médical CALP	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. D'une demande de reconsidération administrative selon l'art. 365	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

1. Veuillez indiquer si les activités suivantes sont effectuées à votre établissement et, le cas échéant, à quelle fréquence.	NON			OUI
	Jamais	Dans la minorité des cas	Dans la majorité des cas	Dans tous les cas
	0%	1 - 49%	50 - 99%	100%

Programme de prévention

. Existence d'un programme de prévention	1	.	.	4	<input type="checkbox"/>
. % des postes dont la vérification de conformité aux normes est effectuée	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. % des lieux pour lesquels vous prenez des mesures (par échantillonnage) d'hygiène industrielle (ex: bruit, ventilation, contrôle des gaz, etc.)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. % des installations faisant l'objet de mesures d'entretien préventif	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. % réalisé de l'inventaire des besoins en moyens et équipements de protection individuelle	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. % des employés ayant à leur disposition des équipements de protection individuelle parmi les employés concernés	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. % des cadres ayant reçu de la formation en santé et sécurité au travail (excluant SIMDUT)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. % d'employés ayant reçu de la formation en santé et sécurité (excluant SIMDUT)	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. Existence de campagnes d'information et de sensibilisation (Ex: semaine de santé-sécurité)	1	.	.	4	<input type="checkbox"/>
. % d'employés faisant l'objet d'examens pré-embauche	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. % des employés à risques soumis à un examen périodique	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. Programme de surveillance de l'état de santé des employés	1	.	.	4	<input type="checkbox"/>

	NON	.	.	OUI
1. Veuillez indiquer si les activités suivantes sont effectuées à votre établissement et, le cas échéant, à quelle fréquence.	Jamais	Dans la minorité des cas	Dans la majorité des cas	Dans tous les cas
	0%	1 - 49%	50 - 99%	100%

Financement					
. Calcul de la masse salariale assurable sur une base hebdomadaire	1	.	.	4	<input type="checkbox"/>
. Vérification de l'avis de cotisation	1	.	.	4	<input type="checkbox"/>
. Vérification et validation des informations contenues dans les relevés mensuels et annuels	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. Contrôle et suivi des avances	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. Contrôle et suivi des remboursements	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. Contrôle et suivi des crédits	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. Contrôle et suivi des partages de coûts	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
. Vérification et validation des informations utilisées pour le calcul du taux personnalisé	1	.	.	4	<input type="checkbox"/>

<u>A COMPLÉTER SI AU RÉGIME RÉTROSPECTIF</u>					
. Vérification et validation des informations utilisées pour le choix de la limite d'assurance (régime rétrospectif)	1	.	.	4	<input type="checkbox"/>
. Mécanisme d'évaluation des coûts en vue du premier ajustement de l'année de cotisation 1990	1	.	.	4	<input type="checkbox"/>

Système d'information de gestion					
. Cueillette de données sur les lésions professionnelles	1	.	.	4	<input type="checkbox"/>
. Compilation et analyse de données	1	.	.	4	<input type="checkbox"/>

	NON	.	.	OUI
1. Veuillez indiquer si les activités suivantes sont effectuées à votre établissement et, le cas échéant, à quelle fréquence.	Jamais	Dans la minorité des cas	Dans la majorité des cas	Dans tous les cas
	0%	1 - 49%	50 - 99%	100%
. Transmission de statistiques aux gestionnaires	1	.	.	4
. Évaluation des activités et recommandations	1	.	.	4



- 2- En considérant les activités décrites à la question 1 et en excluant les activités du comité conjoint, nous aimerions connaître l'investissement en ressources humaines consacré à la gestion de la santé et de la sécurité au travail (aspects contrôle et prévention).

Nous vous demandons donc de nous dire le nombre d'heures (approximatif) par semaine effectuées par le personnel de la direction des ressources humaines, y incluant le personnel des services de santé, de relations de travail et, le cas échéant, de toutes personnes des autres directions directement impliquées en santé et sécurité au travail. Ceci inclut le travail effectué par des professionnels de la santé.

<u>FONCTION</u>	<u>HEURES/SEMAINE</u>	
- Directeur des Ressources Humaines et/ou adjoint au directeur	_____	<input type="checkbox"/>
- Chef du service de santé et de sécurité du travail	_____	<input type="checkbox"/>
- Conseiller en gestion ou prévention	_____	<input type="checkbox"/>
- Infirmier(ère)	_____	<input type="checkbox"/>
- Médecin-conseil	_____	<input type="checkbox"/>
- Hygiéniste	_____	<input type="checkbox"/>
- Ergonome	_____	<input type="checkbox"/>
- Personnel de soutien (commis, secrétaire, etc.)	_____	<input type="checkbox"/>
- Autres (précisez):	_____	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>

- 3- Votre établissement possède-t-il les supports informatiques suivants:

- Lien électronique avec la C.S.S.T.
- Logiciels spécialisés en gestion de la santé et de la sécurité au travail

Lesquels: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4- Sur le plan plus général de la gestion des ressources humaines, les activités suivantes sont-elles réalisées à votre établissement?

- Comités de gestion participative (cercles de qualité ou l'équivalent, à l'exclusion du comité de santé et sécurité)
- Programme d'aide aux employés
- Programme de reconnaissance des réalisations (autre que celles prévues au décret sur la rémunération des cadres)
- Journal interne
- Programme de formation structuré pour les cadres de votre établissement (à l'exception de la formation prévue pour la santé et sécurité au travail et pour SIMDUT.


5- Existe-t-il actuellement à votre établissement un ou plusieurs comités conjoints (tout comité dans lequel des représentants de l'employeur et des employés sont présents) de santé et de sécurité du travail?

- OUI  NON
- Passez à la Question 11

PARTIE II

COMITÉ DE SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

6- Veuillez indiquer l'importance de chacun des facteurs suivants pour expliquer qu'il n'y ait pas de comité conjoint de santé et de sécurité à votre établissement.

	<u>Très peu important</u>		<u>Très important</u>		
	1	2	3	4	5
- Absence de demande de la part des syndicats	1	2	3	4	5
- Contexte peu favorable de relations de travail	1	2	3	4	5
- Mésentente sur ce sujet entre les syndicats	1	2	3	4	5
- Mésentente sur ce sujet entre l'employeur et le(s) syndicat(s)	1	2	3	4	5

	<u>Très peu important</u>				<u>Très important</u>	
- Coûts appréhendés d'éventuelles recommandations du comité	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Contraintes budgétaires	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Changement organisationnel majeur (Ex: fusion d'établissements, changement de vocation, création ou fermeture de services, etc.)	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Réticence de la direction	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Autres (précisez)	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

---



---

7- Des démarches sont-elles présentement en cours en vue de la création d'un comité conjoint de santé et de sécurité?

OUI

NON

→ Passez à la Question 9

8- Veuillez indiquer l'importance de chacun des facteurs suivants dans votre décision d'entreprendre des démarches en vue de la création d'un comité conjoint de santé et de sécurité.

	<u>Pas du tout important</u>				<u>Très important</u>	
- Préoccupation de réduire les coûts reliés aux accidents de travail	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Demande des syndicats	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Effet positif escompté sur le climat de travail	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Entente sur ce sujet entre les différents syndicats	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Contexte favorable de relations de travail	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Recommandation ou exigence de la CSST	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

	<u>Pas du tout</u> <u>important</u>				<u>Très</u> <u>important</u>	
	1	2	3	4	5	
- Programme PAD-PRAT (ASSTSAS) ou l'équivalent	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Effet positif escompté sur les relations patronales-syndicales	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Mise en place du SIMDUT	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Autres (précisez)	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

---

9- Avez-vous l'intention de procéder à l'implantation d'un tel comité  
conjoint au cours des deux prochaines années?

OUI

NON

10- Existe-t-il un ou des comité(s) patronal(aux) de santé et de sécurité  
du travail à votre établissement? (sans participation des employés)

OUI

NON

Si oui, expliquez brièvement la fonction de ce(s) comité(s):

---



---



---

VEUILLEZ PASSER A LA QUESTION 38



C) Ces comités sont-ils ceux prévus aux conventions collectives?

OUI       NON

NOTE TECHNIQUE

S'il existe, dans votre établissement, SEULEMENT un ou des comité(s) affecté(s) à des problématiques particulières (Ex: SIMDUT, PAD-PRAT), veuillez passer à la question 38.

S'il y a plus d'un comité, veuillez répondre aux questions suivantes en vous référant au comité conjoint sur lequel siègent les représentants du syndicat regroupant le plus grand nombre de salariés.

14- En quelle année ce comité a-t-il été formé?

\_\_\_\_\_

15- A) Combien y a-t-il de représentants de l'employeur à ce comité?

\_\_\_\_\_ / personnes

B) Indiquez le nombre de représentants de l'employeur au comité en fonction du statut occupé dans l'établissement.

<u>POSTE</u>	<u>NOMBRE</u>
Direction générale	_____
Cadre supérieur	_____
Cadre intermédiaire	_____
Professionnel de la santé	_____
Autres, spécifiez:	_____

C) S'il existe un responsable de la délégation patronale, veuillez indiquer son titre.

\_\_\_\_\_

16- Le comité conjoint est:

Consultatif

Décisionnel

→ Dans ce cas, veuillez indiquer sur quelles matières

---

---

17- Combien y a-t-il de représentants des employés au comité conjoint de santé et de sécurité?

a) Nombre de représentants: \_\_\_\_\_

b) Parmi les représentants des employés au comité

1) combien sont membres de l'Exécutif du syndicat ou occupent une fonction syndicale? \_\_\_\_\_

2) combien sont des salariés sans fonction syndicale? \_\_\_\_\_

c) Parmi les deux catégories précédentes, indiquez dans laquelle se trouve le responsable de cette délégation (s'il y en a un). Indiquez le chiffre correspondant. \_\_\_\_\_

18- Veuillez indiquer l'importance de chacun des facteurs suivants dans votre décision comme employeur d'implanter un comité conjoint.

	<u>Très peu important</u>			<u>Très important</u>	
- Préoccupation de réduire les coûts reliés aux accidents de travail	1	2	3	4	5
- Demande des syndicats	1	2	3	4	5
- Effet positif escompté sur le climat de travail	1	2	3	4	5
- Entente sur ce sujet entre les différents syndicats	1	2	3	4	5
- Contexte favorable de relations de travail	1	2	3	4	5
- Recommandation ou exigence de la C.S.S.T.	1	2	3	4	5
- Mise en place du SIMDUT	1	2	3	4	5

	<u>Très peu important</u>			<u>Très important</u>		
	1	2	3	4	5	
- Programme PAD-PRAT (ASSTSAS) ou l'équivalent	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Effet positif escompté sur les relations patronales-syndicales	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Autres (précisez)	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

19- Avez-vous eu recours à des organismes externes pour la mise en place de votre comité?

OUI                       NON  
 → Lequel (lesquels):

- ASSTSAS
- Bureau régional de la CSST
- Consultant externe
- Autre (précisez): \_\_\_\_\_

20- Quelle partie a initié le processus de formation du comité?

- L'employeur
- Un ou des syndicat(s)
- L'employeur et le syndicat conjointement
- La CSST (recommandation ou exigence)

21- Combien de temps a-t-il fallu pour implanter ce comité?

- Un à six mois
- Six mois à un an
- Plus d'un an

22- Veuillez indiquer dans quelle mesure les éléments suivants ont occasionné des problèmes lors de l'IMPLANTATION du comité.

	<u>Pas de problèmes</u>			<u>Beaucoup de problèmes</u>		
	1	2	3	4	5	
- Nombre de libérations syndicales	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
- Durée des libérations syndicales	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

	<u>Pas de problèmes</u>					<u>Beaucoup de problèmes</u>					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
- Présence des représentants de plusieurs syndicats au comité	1	2	3	4	5						<input type="checkbox"/>
- Climat des relations patronales et syndicales au comité	1	2	3	4	5						<input type="checkbox"/>
- Manque de participation (représentants des employés)	1	2	3	4	5						<input type="checkbox"/>
- Débordement sur des questions ne faisant pas partie du mandat du comité (ex: relations de travail)	1	2	3	4	5						<input type="checkbox"/>
- Manque de participation (représentants de l'employeur)	1	2	3	4	5						<input type="checkbox"/>
- Manque de coordination des représentants de l'employeur	1	2	3	4	5						<input type="checkbox"/>
- Manque de coordination des représentants des employés	1	2	3	4	5						<input type="checkbox"/>
- Formation insuffisante des membres du comité	1	2	3	4	5						<input type="checkbox"/>
- Manque de crédibilité du comité face aux employés	1	2	3	4	5						<input type="checkbox"/>
- Manque de crédibilité du comité face à la direction	1	2	3	4	5						<input type="checkbox"/>
- Élaboration des règles de fonctionnement interne du comité	1	2	3	4	5						<input type="checkbox"/>
- Autres (précisez)	1	2	3	4	5						<input type="checkbox"/>

23- Veuillez nous indiquer, si dans son fonctionnement habituel, le comité:

- a) S'est donné une structure interne (Ex: président, vice-président, etc.)  OUI  NON
- b) A confié la présidence des réunions alternativement à l'une ou l'autre partie (employeur/salarié)  OUI  NON
- c) Se réunit avec un ordre du jour préparé à l'avance  OUI  NON

- d) Rédige des procès-verbaux  OUI  NON
- e) Possède certaines règles écrites de fonctionnement  OUI  NON
- f) Fait un rapport annuel de ses activités  OUI  NON

24- A qui sont transmises les recommandations faites par le comité?

- |  |                              |                              |
|--|------------------------------|------------------------------|
| Directeur général                              | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Comité de Régie                                | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Directeur des Ressources Humaines              | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Directeur concerné par la recommandation       | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Chef de service concerné par la recommandation | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Syndicat(s)                                    | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Salarié(s) concerné(s) par le problème         | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| Autres (précisez): _____                       |                              |                              |

25- Quel est le mécanisme prévu pour la prise de décision au sein du comité? (cochez une seule case)

- Un individu, un vote
- Un vote pour chacune des parties
- Consensus
- Autre: (précisez)  
\_\_\_\_\_

26- Un mécanisme est-il prévu pour régler un cas de mésentente?

- OUI  NON
- Passez à la Question 27

Si oui, précisez le mécanisme: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'intervention d'un tiers est-elle prévue?

- OUI  NON

Si oui, quel est son titre? \_\_\_\_\_

27- Indiquez si le comité conjoint (ou certains de ses membres) participe aux activités suivantes dans votre établissement.

Si vous encerclez la réponse 1 (jamais), vous pouvez aussi encercler la réponse 6 (activité prévue à l'avenir), le cas échéant.

Les membres du comité conjoint participent à...	Jamais	Rarement	Quelque- fois	Souvent	Très Souvent	Activité prévue à l'avenir	
A. l'inspection des lieux de travail	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
B. l'enquête et l'analyse des accidents	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
C. la formation en santé-sécurité donnée aux employés	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
D. la campagne d'infor- mation auprès des employés	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
E. l'élaboration de méthodes sécuri- taires de travail	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
F. l'élaboration ou l'analyse des statis- tiques d'accidents de travail	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
G. l'analyse des rap- ports d'accidents	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
H. des travaux sur des mandats spéciaux	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>
I. Autres (précisez)	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>

---



---

28- Au cours des douze derniers mois, à quelle fréquence le comité a-t-il fait des recommandations à la direction sur chacun des aspects suivants?

Si vous encerclez la réponse 1 (aucune recommandation), vous pouvez encercler aussi la réponse 5 (recommandations prévisibles à venir), le cas échéant.

Recommandations du comité...	Aucune recommandation	Peu fréquent	Fréquent	Très fréquent	Recommandations prévisibles A venir	
A. sur certains aspects de l'équipement pour le rendre plus sécuritaire	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
B. sur certains aspects de l'environnement de travail (ex: ventilation, bruit, etc)	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
C. sur l'information en santé et sécurité au travail	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
D. sur la formation des employés en santé-sécurité du travail	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
E. sur la formation des chefs de service en santé-sécurité du travail	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
F. sur les moyens de protection individuelle des employés	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
G. sur les méthodes de travail utilisées par les employés	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
H. sur les règlements internes en matière de santé-sécurité	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
I. autres (précisez)						
_____	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

29- A) Au cours des six derniers mois, combien de recommandations le comité conjoint a-t-il faites?

\_\_\_\_\_ recommandations

B) A combien de ces recommandations l'établissement a-t-il donné une suite favorable? (Application de la recommandation)

\_\_\_\_\_ recommandations

30- Combien de réunions le comité conjoint a-t-il tenues en 1990?

\_\_\_\_\_ réunions

31- Est-il prévu au mandat du comité conjoint de santé et sécurité qu'il puisse y avoir la formation de sous-comités, de comités ad hoc, de groupes de travail, etc.?

OUI

NON

32- Combien de temps, en moyenne, est investi pour la préparation, le suivi et la tenue de chaque réunion?

	<u>Préparation/Suivi</u>	<u>Réunion du comité</u>
Représentants de l'employeur	/heures	/heures
Représentants des employés	/heures	/heures

--	--	--

--	--	--

33- Pour l'année 1990, à combien estimez-vous les coûts reliés au fonctionnement du comité? (préparation, réunion, suivi, etc.)

A) Libérations des représentants des employés

\_\_\_\_\_ jours/personne

--	--	--

B) Temps investi par les représentants de l'employeur

\_\_\_\_\_ jours/personne

--	--	--	--

C) Temps du personnel de soutien (secrétariat, etc.)

\_\_\_\_\_ jours/personne

--	--	--	--

D) Coût approximatif des recommandations formulées

\_\_\_\_\_ \$

--	--	--	--

E) Coût approximatif des recommandations réalisées

\_\_\_\_\_ \$

--	--	--	--

F) Autres (Précisez):

\_\_\_\_\_

--	--	--	--

34- Le comité conjoint possède-t-il un budget pour la réalisation de ses recommandations?

OUI

NON

A VENIR

Si oui, quel en est le montant: \_\_\_\_\_/annuel

--	--	--

35- Veuillez nous mentionner dans quelle mesure chacun des aspects suivants occasionne des problèmes dans le fonctionnement du comité.

	Aucun problème			Beaucoup de problèmes		
	1	2	3	4	5	
a) coût des libérations	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
b) le réalisme économique des recommandations	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
c) la régularité des réunions du comité	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
d) le souci des membres du comité de travailler sur des priorités réelles de l'établissement	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
e) le souci des membres du comité de bien s'informer sur les problèmes de santé/sécurité	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
f) la présence des représentants de plusieurs syndicats	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
g) le climat des relations patronales et syndicales au comité	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
h) le respect des règles de fonctionnement interne	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
i) la crédibilité du comité auprès de la direction	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
j) la crédibilité du comité auprès des syndicats	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
k) la pertinence des recommandations du comité pour améliorer l'état de la santé/sécurité	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
l) l'esprit de compromis entre les membres du comité	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
m) le souci des membres du comité de traiter exclusivement des questions de santé et de sécurité	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
n) la volonté des représentants des travailleurs de travailler à la solution pratique des problèmes de santé et de sécurité	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

	Aucun problème		Beaucoup de problèmes			
	1	2	3	4	5	
o) la capacité des membres du comité d'arriver à des décisions ou des recommandations unanimes	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
p) la présence des membres lors des réunions	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
q) l'intérêt des membres du comité pour les questions de santé/sécurité	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>
r) le souci des membres de respecter la structure hiérarchique de l'établissement	1	2	3	4	5	<input type="checkbox"/>

36- A votre avis, quel impact a le comité conjoint de santé-sécurité de votre établissement sur chacun des aspects suivants?

Si vous encerclez la réponse 2 (aucun impact), vous pouvez encercler aussi la réponse 4 (impact prévisible à venir), le cas échéant.

Impact du comité sur...	Impact négatif	Aucun impact	Impact positif	Impact prévisible à venir	
A. la réduction des accidents du travail	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
B. l'intérêt des employés à travailler davantage de manière sécuritaire	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
C. l'intérêt de la direction en regard de la santé et de la sécurité au travail	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
D. la productivité des employés	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
E. les relations patronales-syndicales	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
F. l'intérêt des cadres en matière de santé-sécurité au travail	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>
G. l'intérêt des employés à signaler des situations dangereuses	1	2	3	4	<input type="checkbox"/>

37- Veuillez mentionner quel est votre degré d'accord ou de désaccord avec chacun des énoncés suivants pour décrire le comportement des représentants des employés au sein du comité conjoint de santé et de sécurité de votre établissement. (Encerclez un seul chiffre pour chaque énoncé)

Les représentants des employés sur notre comité...	Tout à fait en désaccord							Tout à fait d'accord
--	--------------------------	--	--	--	--	--	--	----------------------

A. font preuve d'ouverture d'esprit dans l'examen des propositions soumises par l'autre partie	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
B. cherchent à éviter de discuter certains problèmes soulevés par l'autre partie	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
C. fournissent les informations dont ils disposent sur les problèmes en discussion	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
D. menacent d'utiliser des moyens de pression pour forcer l'autre partie à agir	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
E. établissent dès le départ les solutions qu'ils jugent acceptables et ne changent pas d'avis	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
F. s'efforcent de trouver des solutions satisfaisantes pour les deux parties	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
G. bloquent le déroulement des discussions pour des raisons de procédure	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
H. font des concessions pour arriver à une entente	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
I. menacent de déposer un (ou des) grief(s)	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
J. menacent de faire une plainte à la C.S.S.T.	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>
K. laissent entendre qu'ils pourraient inciter les employés à exercer le droit de refus	1	2	3	4	5	6	7	<input type="checkbox"/>



