



Contexte de travail et SST

Études et recherches

 RAPPORT R-641



**Gestion des changements
technologiques et organisationnels
et représentations sociales**

Impact sur la SST

Camille Legendre



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

NOS RECHERCHES

travaillent pour vous !

Mission

Contribuer, par la recherche, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi qu'à la réadaptation des travailleurs qui en sont victimes.

Offrir les services de laboratoires et l'expertise nécessaires à l'action du réseau public de prévention en santé et en sécurité du travail.

Assurer la diffusion des connaissances, jouer un rôle de référence scientifique et d'expert.

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

Pour en savoir plus

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

Pour connaître l'actualité de la recherche menée ou financée par l'IRSST, abonnez-vous gratuitement au magazine Prévention au travail, publié conjointement par l'Institut et la CSST.
Abonnement : 1-877-221-7046

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales
2010
ISBN : 978-2-89631-448-5 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89631-449-2 (PDF)
ISSN : 0820-8395

IRSST - Direction des communications
505, boul. De Maisonneuve Ouest
Montréal (Québec)
H3A 3C2
Téléphone : 514 288-1551
Télécopieur : 514 288-7636
publications@irsst.qc.ca
www.irsst.qc.ca
Institut de recherche Robert-Sauvé
en santé et en sécurité du travail,
avril 2010



Contexte de travail et SST

Études et recherches

 RAPPORT R-641

Gestion des changements technologiques et organisationnels et représentations sociales Impact sur la SST

Avis de non-responsabilité

L'IRSST ne donne aucune garantie relative à l'exactitude, la fiabilité ou le caractère exhaustif de l'information contenue dans ce document. En aucun cas l'IRSST ne saurait être tenu responsable pour tout dommage corporel, moral ou matériel résultant de l'utilisation de cette information.

Notez que les contenus des documents sont protégés par les législations canadiennes applicables en matière de propriété intellectuelle.

*Camille Legendre,
Département de sociologie, Université de Montréal*

Cliquez recherche
www.irsst.qc.ca



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

CONFORMÉMENT AUX POLITIQUES DE L'IRSSST

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

REMERCIEMENTS

L'auteur tient à souligner le fidèle appui et la contribution de l'IRSST et de son personnel de recherche à la réalisation de cette étude.

Mes remerciements vont aussi aux cadres dirigeants et au personnel des associations sectorielles paritaires de la Santé et des Affaires Sociales, des Affaires Municipales, des Services Automobiles, ainsi qu'aux dirigeants et cadres des entreprises et des organisations de ces divers secteurs qui ont généreusement accepté de nous ouvrir leurs portes et de partager avec nous leur vision de la réalité du monde organisationnel.

Je remercie tout particulièrement les personnes, femmes et hommes, qui ont généreusement accepté de nous rencontrer en entrevue et de nous faire part de leur expérience de vie et de travail, de leurs espoirs et de leurs déceptions.

Ma reconnaissance à Parvin Tazmini et à Denis Harrisson pour leur importante contribution à cette recherche.

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION.....	1
2. CHAPITRE I.....	3
2.1 Pourquoi s'intéresser aux changements technologiques et organisationnels	3
2.2 Besoins identifiés par le milieu.....	3
2.3 Intérêt pour l'étude des représentations sociales.....	4
2.4 Hypothèses de recherche	7
2.5 Synopsis des objectifs poursuivis et contribution de l'étude des représentations sociales.....	10
2.6 Méthode de recherche.....	12
2.7 Déroulement de l'étude.....	13
3. CHAPITRE 2 : MODE DE GESTION DES CHANGEMENTS TECHNOLOGIQUES ET ORGANISATIONNELS ET IMPACT SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DANS LES ENTREPRISES ET ORGANISATIONS DANS LES TROIS SECTEURS D'ACTIVITÉ ÉTUDIÉS : RÉSULTATS COMPARATIFS.....	15
3.1 Le secteur des Affaires municipales.....	15
3.1.1 L'administration municipale.....	15
3.1.2 Sociétés de transport régionale	17
3.1.3 Société de transport d'une Grande Ville.....	18
3.2 Le secteur de l'Automobile	19
3.2.1 Les concessionnaires d'automobiles et de camions.....	19
3.2.2 Automobiles Importées	21
3.2.3 Camions lourds	21
3.2.4 Automobile Inc.	22
3.2.5 Réparation d'Automobile Limitée	23
3.3 Le secteur de la Santé et des Affaires sociales.....	24

4. CHAPITRE 3 : CHANGEMENT ORGANISATIONNEL : GESTION DE CAS DE RELOCALISATION D'ÉTABLISSEMENTS ET DE REGROUPEMENT DE SERVICES.....	29
4.1 Le déménagement d'établissement chez un concessionnaire d'automobiles.....	29
4.2 Les deux centres de santé	35
4.2.1 Le Centre intégré de santé et de services sociaux.....	35
4.2.2 Mode de gestion des changements socio-organisationnels.....	36
4.2.3 La fusion des groupes syndicaux	38
4.2.4 Les différences de cultures professionnelles.....	39
4.2.5 Deux cultures à concilier : deux points de vue, deux représentations sociales.....	41
4.2.6 Lésions professionnelles et absentéisme.....	42
4.2.7 Mode de gestion de l'établissement.....	43
4.2.8 Les changements technologiques.....	44
4.2.9 La place de la SST parmi les paramètres de gestion des changements	45
4.2.10 Le milieu local et régional	46
4.2.11 Un bilan de l'opération de changement	47
4.2.12 La gestion des changements technologiques et organisationnels en résumé.....	47
4.2.13 Le nouveau complexe hospitalier sous-régional.....	48
4.2.14 Le déménagement	49
4.2.15 L'après déménagement	49
4.3 Réflexions tirées de l'analyse comparative des trois cas de changements	62
4.3.1 L'éclatement du tissu social.....	64
5. CHAPITRE 4 : REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL	69
5.1 Le concept de représentation sociale.....	69
5.1.1 Intérêt et objectif individuel.....	71
5.1.2 L'instinct humain de survie	73
5.1.3 L'économie (secteur privé-secteur public)	74
5.1.4 La mondialisation de l'économie.....	75
5.1.5 L'économie (coûts-bénéfices).....	76
5.1.6 Camaraderie et travail en équipe.....	77
5.1.7 Attitudes, Comportements et Résistance aux normes de santé et de sécurité.....	80
5.1.8 L'empirisme et la tête heureuse	82
5.1.9 Le professionnalisme	84
5.1.10 Pourquoi des accidents?.....	88
5.1.11 La responsabilité de l'employeur.....	90
5.2 Sujets de réflexion.....	90
6. CONCLUSION	95

1. INTRODUCTION

Les efforts pour la réduction des lésions professionnelles et l'élimination des risques ont apporté des progrès considérables depuis les débuts de la réforme en santé et sécurité du travail. Ces progrès sont reflétés dans les statistiques générales de la Commission de la Santé et de la Sécurité du Travail et celles des secteurs d'activités dans lesquels cette étude a été réalisée : les secteurs de la Santé et des Affaires sociales, des Services automobiles et de l'Administration publique municipale. Selon les données, on observe, depuis 1986, une réduction importante du nombre et du taux d'incidence des lésions professionnelles dans chacun des secteurs concernés. Toutefois, les gains obtenus ne sont pas toujours assurés et ils sont plus difficiles à réaliser. Les progrès sont inégaux selon les entreprises ou les organisations et selon les groupes et sous groupes professionnels concernés. Il est notable aussi que la baisse des taux d'incidence peut être accompagnée d'une hausse de la durée d'absence pour cause de lésion professionnelle (gravité). Les coûts sociaux-économiques demeurent encore élevés et on constate un ralentissement dans les progrès réalisés. Des différences importantes subsistent entre les secteurs et les sous-secteurs dans la fréquence et la gravité des lésions professionnelles, ainsi que les types et les causes de lésions et d'autres caractéristiques. Il y a donc encore place pour la recherche sur les causes des lésions professionnelles et sur les moyens collectifs et individuels pour en réduire davantage la fréquence et la gravité.

La recherche qui fait l'objet de ce rapport vise cet objectif. Elle est centrée principalement sur les caractéristiques générales de l'organisation technique et sociale du travail et du milieu organisationnel, ainsi que sur les facteurs contextuels qui affectent celle-ci et en marquent l'évolution. Elle porte aussi sur les transformations du milieu organisationnel et de ses principales caractéristiques qui influencent l'état de la santé et de la sécurité du travail. L'analyse de ces changements repose en bonne partie sur l'étude et la compréhension des représentations sociales de la santé et de la sécurité du travail des employés en relation avec les lésions professionnelles.

Contenu du rapport

Ce rapport présente les principaux résultats de cette recherche, en traitant d'abord, dans le chapitre I, de la procédure de recherche et du modèle d'analyse portant sur l'impact du mode de gestion des changements technologiques et organisationnels sur la santé et la sécurité du travail. Dans le chapitre II, les modes de gestion des changements technologiques et organisationnels utilisés par les organisations sont analysés et leur nature et l'importance de leur impact sont définies et mesurées en fonction d'un ensemble de facteurs contextuels. Le Chapitre III est dédié à l'étude de l'impact des changements organisationnels relié au déménagement et à la relocalisation de trois établissements de l'échantillon de l'étude. Le chapitre IV traite de la nature et du rôle des représentations sociales en rapport avec l'organisation du travail, ainsi que des conceptions de la santé et de la sécurité du travail qui font l'objet de l'analyse. Enfin, dans le chapitre V, les objectifs de cette recherche sont rappelés et les principales conclusions qui s'en dégagent sont rapportées. Quelques recommandations sont proposées et les limites et la portée de cette étude sont soulignées.

Tel que prévu dans le devis de recherche, l'étude a été effectuée dans des établissements provenant de trois secteurs d'activité: les Affaires municipales, la Santé et les services sociaux et les Services automobiles. Dans la phase de constitution de l'échantillon d'établissements à étudier, deux organisations (un centre hospitalier et un concessionnaire automobile) ont fait état qu'elles allaient prochainement déménager dans un tout nouvel établissement sur un nouveau site. Compte tenu de cette circonstance, le travail de recherche et d'entrevue n'a pu être complété qu'après leur déménagement. Dans le cas de l'autre centre hospitalier, la fusion avec le CLSC régional (et le déménagement de ce dernier sur le site de l'hôpital) avait été réalisée au moment de l'étude et il a été possible de procéder normalement. Les entrevues se sont donc déroulées dans le nouvel établissement. Cette situation imprévue nous a ainsi fourni l'occasion d'incorporer dans notre étude des considérations et des résultats forts pertinents sur l'impact des changements organisationnels associés au déménagement et à la fusion d'organisations. Ceux-ci portaient en particulier sur les attentes que les organisations et leur personnel avaient concernant ces changements, sur leur participation dans le processus de changement, sur la nature et l'impact de la relocalisation et de la fusion sur les organisations, sur les rapports socio-organisationnels, sur leurs rapports avec la clientèle, sur l'impact des changements technologiques et organisationnels (mouvement de main-d'œuvre, conditions de travail, nouvelles exigences professionnelles, etc.) et les impacts sur la santé et la sécurité du travail.

2. CHAPITRE I

Dans ce chapitre, l'attention sera centrée sur les raisons qui justifient l'intérêt porté aux changements technologiques et organisationnels, les besoins identifiés par le milieu, les raisons de s'intéresser aux représentations sociales, l'intérêt de cette étude, les hypothèses de recherche, le modèle d'analyse (accompagné d'un schéma récapitulatif) et le déroulement de l'étude.

2.1 Pourquoi s'intéresser aux changements technologiques et organisationnels

Depuis plusieurs années, un nombre croissant d'organisations de services vivent une période quasi ininterrompue de transformations technologiques et organisationnelles dont les répercussions sont nombreuses et complexes, en particulier au niveau de l'emploi et de l'organisation du travail. D'une part, les changements technologiques et organisationnels contribuent à améliorer les conditions de travail, la santé et la sécurité du travail, le niveau des revenus (grâce à une meilleure productivité) et assurent la survie et le développement des organisations. Ils protègent ainsi l'emploi et entraînent éventuellement son accroissement. D'autre part, les changements technologiques et organisationnels en cours provoquent ou entraînent, en nombres plus ou moins élevés, des mises-à-pied, des retraites prématurées, des déplacements de main d'œuvre internes, des programmes de recyclage et de formation professionnels et une intensification mentale et/ou physique du travail (rythme de travail accéléré, augmentation du temps supplémentaire, accroissement des responsabilités, etc.). Il en résulte des perturbations importantes et souvent jusqu'à maintenant inédites dans l'univers organisationnel, un climat d'incertitude et d'insécurité particulièrement préoccupant pour les employés affectés, cadres et salariés, des résistances au changement (Bareil et Savoie, 1999) et souvent une détérioration du dossier de santé et de sécurité du travail (Aronsson, 1999).

Les conséquences négatives des changements technologiques et organisationnels sont-elles inévitables? Pas nécessairement. En effet, les résultats d'une étude dans le secteur des pâtes et papiers (Legendre, 1991) et ceux d'une étude exploratoire précédente dans le secteur Métal-électrique pour l'IRSST (Legendre et Harrisson, 1998) ont attiré l'attention sur le mode de gestion du changement utilisé par les entreprises comme un facteur important à considérer pour expliquer et comprendre les effets positifs et/ou négatifs des changements technologiques et organisationnels entre autres sur la santé et la sécurité du travail. Il reste à savoir quelle est la nature de cet impact et quelles sont les caractéristiques du mode de gestion susceptible d'avoir les meilleures répercussions sur la santé et la sécurité du travail. C'est à une réponse à ces questions que les résultats de la présente recherche voudraient apporter leur contribution.

2.2 Besoins identifiés par le milieu

L'approfondissement de l'impact des changements technologiques et organisationnels sur la santé et la sécurité du travail constitue un sujet de grand intérêt pour le milieu et les organismes de la SST. Les changements technologiques sont présents à des degrés divers dans les secteurs industriels et ceux de l'administration publique et des services. Mais ce sont surtout les changements organisationnels qui soulèvent leur intérêt. Dans le milieu de la Santé et des

Affaires sociales et celui des Affaires municipales, en particulier, les changements technologiques (surtout l'informatisation de l'administration et des services) et organisationnels (fermetures et fusions d'établissements/d'entreprises, restructuration, réorganisation interne, réduction de personnel, transformation de l'organisation du travail, et autres changements en cours depuis plusieurs années [voir par exemple Larouche, 1998]) ont eu des conséquences souvent négatives sur le climat du milieu de travail, sur la qualité des services, sur les conditions de travail et la qualité de vie au travail des employés. Ces conséquences négatives se sont reflétées dans le dossier de la santé et la sécurité du travail, en particulier l'augmentation importante au plan physique des problèmes musculaires et squelettiques, au plan psychologique des problèmes de santé mentale (l'augmentation des comportements négatifs tant de nature individuelle que de nature organisationnelle - voir Annexe I) et au plan financier des réclamations importantes en assurance-salaire (Bonneau et Jean, 2000).

2.3 Intérêt pour l'étude des représentations sociales

Tout en poursuivant l'analyse de l'impact du mode de gestion des changements technologiques et organisationnels sur la SST, nous voulons dans cette étude accorder une attention toute spéciale aux "représentations sociales" du personnel des établissements à tous les niveaux concernant diverses dimensions de la gestion et de la réalité du travail. Ces dimensions incluent en particulier la santé et sécurité du travail, la prévention des lésions professionnelles, le rapport au travail, de même que les rapports au groupe de travail et à l'organisation. Cet aspect de l'étude a éveillé un intérêt marqué de la part des représentants des associations sectorielles rencontrées.

Jusqu'à présent, la plupart des progrès réalisés ont porté sur la réduction des risques de lésions professionnelles et l'amélioration de la gestion de la SST dans les entreprises, c'est-à-dire, l'étude des risques, l'amélioration de l'environnement physique et physiologique du travail, l'organisation et les moyens matériels de la prévention, l'amélioration de l'organisation du travail, l'information et la formation en santé et sécurité du travail.

Avec le temps, il devient de plus en plus difficile de réduire de façon significative, du moins à plus court terme, l'incidence des lésions professionnelles. On constate que les progrès à venir concernent surtout des catégories d'entreprises ou d'organisations et certaines couches de salariés qui ont été peu ou, en tout cas, moins touchées par les actions réalisées jusqu'à maintenant. Il s'agit entre autres des petites ou très petites entreprises et des travailleurs qui sont employés dans ces établissements.

De plus, si beaucoup de connaissances ont été acquises sur la santé et la sécurité du travail, leur application demeure problématique. On a souvent l'impression et le sentiment que les acquis en santé et en sécurité du travail sont fragiles et que les attitudes et les comportements de santé et de sécurité ne font pas encore partie de manière inconditionnelle, en quelque sorte instinctive, de la réalité de la vie de travail. Ainsi entend-t-on dire souvent que "c'est toujours à recommencer au bout d'un certain temps". Autrement dit, il n'existerait pas encore de véritable culture de la santé et de la sécurité du travail. S'il en existe une, elle demeure pour le moment encore embryonnaire et, selon toute vraisemblance, le fait d'un nombre limité de milieux de travail et d'entreprises.

Pourquoi en est-il ainsi? L'assurance que les progrès accomplis vont se maintenir et que d'autres progrès vont se réaliser dépend donc en grande partie d'une meilleure compréhension des conceptions et des notions que les personnes et les groupes entretiennent à l'égard de la santé et de la sécurité du travail. Les représentations sociales qui sont l'objet de cette étude peuvent ici nous aider à comprendre les difficultés rencontrées dans l'application des normes de santé et de sécurité au travail. Ces difficultés au niveau de l'application dans la plupart des cas sont associées aux attitudes à l'endroit du changement et à la façon dont ce processus est géré par les acteurs organisationnels.¹ Il est donc primordial de reconnaître que l'univers des représentations des gestionnaires de l'organisation et celui des travailleurs ne sont pas toujours identiques. Les problèmes de gestion de la santé et de la sécurité au travail viennent du fait que ces problèmes sont souvent mal connus ou définis par des lieux communs et que les éléments de consonance et de dissonance entre les deux univers sont mal identifiés.

Il est opportun ici d'introduire la définition du concept de représentation sociale ainsi que des fonctions des représentations sociales dans le cadre de cette étude.

Définition du concept de représentation sociale

Par "représentation sociale", nous entendons ici "la façon dont les individus 'théorisent' les expériences qu'ils connaissent, en 'parlent' et, en outre, la façon dont les 'théories' ainsi formées les amènent à construire la réalité et, en dernier ressort, à déterminer leur propre comportement" (Moscovici). La représentation sociale constitue donc "une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place". (Abric, 1994: 13).

En d'autres termes, il s'agit d'un ensemble de connaissances théoriques mais surtout pratiques, de "modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal." (Jodelet, 1984). Ces connaissances se construisent à partir des expériences des individus, "des situations concrètes de l'action où les individus et les groupes se rencontrent, interagissent, ajustent leurs comportements et créent des règles et des normes", mais aussi de la 'culture' de la société, "des informations, savoirs, modèles de pensée que nous recevons et transmettons par la tradition, l'éducation, la communication sociale". En bref, par le biais des représentations sociales dominantes qui y existent, la société "fournit un cadre qui donne cohérence aux représentations sociales (individuelles) qui se créent dans la coopération et l'interaction sociales" (Jodelet, 1984), en particulier ici dans le cadre du milieu de travail.

¹ Par exemple, dans une étude sur les changements technologiques (un projet de développement informatique dans une grande entreprise nationale du secteur des services en France), Singéry a identifié deux représentations sociales dominantes du changement dans les deux équipes étudiées : l'une positive et l'autre négative. Dans le premier cas, le projet est défini comme une autre logique de travail, une occasion, un espoir, une nouvelle organisation, une rupture, un outil. Dans le deuxième cas, le projet est une erreur, un recul, une catastrophe et une dégradation des conditions de travail (Singéry, 1994 : 202-203).

Dans une publication toute récente, Moliner réfère à quatre spécialistes bien connus (Moscovici (1961), Herzlich (1973), Abric (1987) et Flament (1994) pour définir les représentations sociales comme « des ‘univers d’opinions’ relatives à des objets de l’environnement social », ayant « un double aspect de contenu et de processus de connaissance » puisqu’elles « sont à la fois un ensemble d’informations et de croyances relatives à un objet et une reconstruction de cet objet. » Enfin, « d’un point de vue opératoire, une représentation sociale se présente comme un ensemble d’éléments cognitifs (Flament, 1994) dont la nature et la complexité peuvent varier (depuis la simple opinion jusqu’au stéréotype ou à la catégorisation). » Cette définition plutôt éclectique de Moliner ne l’a pas empêché de réaliser une étude très révélatrice et de grande qualité sur les représentations sociales des études chez les étudiants universitaires français sur laquelle nous reviendrons plus loin.

Fonctions des représentations sociales dans le cadre de cette étude

De façon générale, les représentations sociales remplissent plusieurs fonctions. Abric (1994) en identifie quatre. Tout d’abord, elles permettent aux acteurs sociaux de comprendre et d’expliquer la réalité grâce à l’acquisition de connaissances et “de les intégrer dans un cadre assimilable et compréhensible pour eux” (fonction de savoir). Elles rendent ainsi possible et facilitent la communication sociale. Elles contribuent aussi à définir l’identité et à sauvegarder la spécificité des groupes “en situant les individus et les groupes dans le champ social” (fonction identitaire). En ce sens, elles jouent un rôle important dans le contrôle social. De plus, elles servent de guide pour les comportements et les pratiques (fonction d’orientation). Elles le font de trois façons. Premièrement, elles interviennent directement dans la définition de la finalité de la situation (par exemple des tâches de travail) au niveau de la démarche du groupe, indépendamment de la réalité “objective” de la situation ou de la tâche. Deuxièmement, elles fournissent un système d’anticipations et d’attentes qui précèdent et orientent l’action et les comportements des acteurs sociaux. Enfin, elles reflètent la nature des règles et des liens sociaux et, en ce sens, “elles prescrivent des comportements et des pratiques obligés: ce qui est tacite, tolérable ou inacceptable dans un contexte social donné”.

Une dernière fonction a trait à la justification *a posteriori* des prises de position et des comportements des acteurs. Grâce aux représentations sociales, ces derniers peuvent “expliquer et justifier leurs conduites dans une situation ou à l’égard de leurs partenaires”. Les représentations concourent ainsi “au maintien ou au renforcement de la position sociale du groupe concerné” et contribuent “à pérenniser et à justifier la différenciation sociale et la discrimination et le maintien de la distance sociale entre les groupes” (Abric, 1994).

Un autre auteur, Moliner (2000), établit une liste de trois fonctions dominantes : celle de répondre au besoin d’interprétation et de compréhension de l’environnement social, celle visant à la régulation des relations intergroupes et, enfin, celle concernant les « activités de jugement et d’évaluation ». Moliner rappelle aussi que, « dans toute représentations sociale, il est en principe possible de trouver la trace d’éléments cognitifs relatifs à l’une ou l’autre des fonctions évoquées plus haut. » (p. 81)

On peut, sans trop se tromper, supposer que, dans le contexte de l’étude sur la gestion des changements, les représentations sociales interviendront à ces trois niveaux, en particulier au

niveau de l'interprétation et de la compréhension du projet de changement et de l'environnement social qui se trouve à être fortement perturbé entre autres par les déplacements et les changements de personnel, de même qu'au niveau de la régulation des relations intergroupes qui risquent d'être bouleversées par les transformations de la structure organisationnelle (par exemple, l'élimination de départements et la création de nouvelles unités, modification des règles régissant les rapports intergroupes, etc.). Les représentations sociales vont intervenir aussi au niveau des activités d'évaluation et de jugement, en particulier dans l'évaluation des coûts et des bénéfices des changements pour les individus et pour les groupes, d'où découleront, par exemple, l'acceptation ou le refus des changements de la part des acteurs sociaux individuels et collectifs, et leur collaboration ou leur résistance à l'entreprise de changement.

Grâce à l'étude des représentations sociales des acteurs organisationnels à divers niveaux de la hiérarchie, nous pourrions identifier et exposer les différences de conceptions et de perceptions existantes dans les groupes concernés et les problèmes que ces différences entraînent dans la réalisation des changements et le fonctionnement organisationnel, en particulier au niveau de la santé et de la sécurité du travail. Comme nous l'avons mentionné précédemment, l'étude se divise en deux parties : l'une porte sur les modèles de gestion des changements technologiques et organisationnels et leurs conséquences sur la santé et la sécurité du travail, et l'autre sur l'impact des représentations sociales sur les comportements des individus en ce qui concerne la santé et la sécurité du travail. La première partie est traitée dans les chapitres deux et trois et la deuxième partie fait l'objet du chapitre quatre.

2.4 Hypothèses de recherche

Nous avons utilisé, dans cette étude, trois axes principaux qui permettent de distinguer divers modèles de gestion des changements. Le premier axe réfère au degré d'autonomie ou d'appropriation que l'organisation possède dans la conception et la réalisation du changement technologique et organisationnel. Le deuxième axe concerne le degré d'intégration des paramètres organisationnels du changement entre eux. Enfin, le troisième axe représente le degré de participation des membres de l'organisation dans le processus de changement.

Les hypothèses qui suivent sont propres à l'aspect gestion des changements technologiques et organisationnels qui font l'objet de la première partie de la recherche. (Les considérations et les hypothèses portant sur les représentations sociales sont incorporées dans la deuxième section du chapitre quatre).

A) La gestion du changement technologique et organisationnel selon l'axe de l'appropriation.

Dans l'axe de l'autonomie, nous avons distingué deux modèles de gestion du changement. Dans la gestion à l'interne, l'organisation a recours à ses propres ressources pour développer, effectuer et contrôler la réalisation du projet de changement organisationnel. Dans la gestion à l'externe, l'organisation opte pour des ressources extérieures (consultants, maître d'œuvre et sous-traitants) pour réaliser le changement organisationnel. La gestion à l'externe (ou gestion à faible autonomie) réduit les perturbations dans le fonctionnement normal et les activités courantes de

l'organisation. La gestion à l'interne, axée sur le recours maximum aux ressources internes de l'organisation, permet d'assurer le maximum de contrôle sur l'ensemble du processus de changement technologique ou organisationnel ainsi que l'appropriation de la nouvelle technologie ou de la nouvelle forme d'organisation. Toutefois, la forte ponction faite sur les ressources de l'organisation perturbe le fonctionnement normal ou habituel de l'organisation et risque de l'empêcher de remplir adéquatement ses objectifs de production.

La gestion à l'interne renvoie à différents types de structure d'organisation qui définissent les rapports et les responsabilités entre les responsables du projet et les départements fonctionnels de l'organisation. Ces types de gestion se situent sur un continuum. Dans la gestion fonctionnelle, la coordination est centralisée et concentrée au niveau de la direction de l'entreprise (et les divers départements fonctionnels). Dans la gestion décentralisée, une équipe relativement autonome et spécialisée, incluant des gestionnaires des diverses fonctions concernées, coordonne le projet. Dans ce dernier cas, la structure matricielle devient une structure intégrée (équipe complètement intégrée). Entre ces deux extrémités d'un même axe, il existe différentes combinaisons variables de la gestion de projet pouvant affecter positivement ou négativement, le niveau de tension, d'incertitude et d'insécurité ainsi que le degré de fatigue physique et de satisfaction au travail par leur effet sur l'organisation du travail, les conditions de travail et la responsabilisation (par exemple, la charge de travail, les conflits et les ambiguïtés de rôles).

Quand la gestion du changement est fondée sur la participation des membres-usagers de l'entreprise aux diverses phases du processus et s'appuie sur leurs valeurs et leurs aspirations, sur leurs connaissances et leur compréhension du procès de travail, les applications techniques et l'organisation du travail qui en résultent sont susceptibles d'être plus appropriées et leur implantation plus efficace. C'est le contraire qui se produit avec les politiques de gestion centralisées et les techniques de gestion centrées sur des critères d'évaluation de type économique et technique qui ne considèrent habituellement pas les critères d'ordre humain, socio-organisationnel et culturel dans l'évaluation, la planification et le contrôle du processus.

Dans les différentes phases d'implantation du changement, l'impact de celui-ci peut se faire sentir de diverses façons affectant l'organisation et les employés. Cela se manifeste d'abord par l'incertitude à l'égard du maintien de l'emploi ou du poste menacé par les nouvelles technologies ou par les changements organisationnels (transferts de postes, licenciements, préretraites, etc.). Il y a ensuite les perturbations causées par la mobilisation des ressources humaines et matérielles associée à une politique de gestion interne du projet (par exemple l'introduction de l'informatique en milieu de santé). Dans ce cas, l'incertitude et l'insécurité sont croissantes pour le personnel directement impliqué dans la réalisation du projet et, à cause des ponctions faites sur les ressources humaines affectées aux opérations normales, pour le personnel d'opération qui se trouve à travailler dans des conditions anormales. Celui-ci est exposée, entre autres, à une surcharge de travail et à l'insécurité causée par le manque de formation adéquate et d'expérience face aux nouvelles responsabilités qu'il doit assumer dans les postes réguliers ou dans les nouvelles fonctions de remplacement temporaires.

La gestion à l'interne et la gestion à l'externe des changements technologiques et organisationnels offrent des avantages ainsi que des inconvénients concernant la santé et la sécurité du travail. Nous avons déjà fait état des avantages de chaque type dans la partie

précédente. Du point de vue des inconvénients, les deux modes se différencieraient de la façon suivante :

a) La gestion à l'interne est susceptible d'avoir un impact spécifique négatif sur la santé et la sécurité du travail à la fois chez le personnel directement affecté à la réalisation du projet de changement et chez les autres employés affectés aux opérations normales de l'organisation pendant la période de changement à cause d'une augmentation de l'usure au travail, des tensions socio psychologiques et des situations organisationnelles ambiguës créées par les exigences et les conditions du travail, et dans la période suivant immédiatement le changement à cause des conditions créées par la période de rodage et des problèmes de réintégration et de réadaptation aux structures et au fonctionnement organisationnels du personnel détaché dans l'équipe affectée à la réalisation du changement.

b) La gestion du changement à l'externe est susceptible d'avoir un impact spécifique négatif sur la santé et la sécurité du travail pendant la période de changement à cause du climat d'incertitude et d'insécurité pesant sur l'emploi (mouvements internes et mises à pied à venir, etc.), et au moment de la mise en opération des nouveaux équipements et/ou procédés à cause des déplacements internes de main d'œuvre et des problèmes d'interface créés lors de la prise en charge des nouvelles installations par les employés réguliers de l'entreprise.

B) La gestion du changement technologique et organisationnel selon l'axe de l'intégration

Une gestion intégrée, telle qu'elle a été définie précédemment selon deux axes² est susceptible d'avoir un impact positif sur la santé et la sécurité du travail.

L'impact positif de la gestion intégrée peut varier selon le type d'intégration. La gestion de projet fonctionnelle et matricielle (en particulier dans les situations de changement technologique ou organisationnel majeur) est susceptible d'avoir un impact plus positif sur la santé et la sécurité du travail que la gestion de projet par équipe intégrée parce qu'elle permet entre autres de limiter les sources de conflits et de tensions entre l'équipe du projet et les unités fonctionnelles, assure une meilleure coordination et un meilleur contrôle à l'interne et minimise le plus les problèmes d'interface entre la structure et le style de gestion plus bureaucratique de l'entreprise et la structure et le style de gestion davantage organique et ouvert de l'équipe du projet (Beaudoin, 1986; Kerzner et Thambain, 1984).

La gestion technique de projet est davantage susceptible d'avoir un impact négatif sur la santé et la sécurité des employés que les deux autres modes de gestion parce qu'elle a tendance à ignorer et négliger les aspects humains et socio-organisationnels du processus de changement au sein même de l'unité chargée de réaliser le changement tout comme dans l'interface avec le reste de l'organisation (Beaudoin, 1984; Carrignan, 1991; Kerzner et Thambain, 1984; Legendre et Harrisson, 1998).

² D'une part, l'intégration de la gestion de la SST à la gestion de l'entreprise et à celle du changement et, d'autre part, l'intégration des aspects techniques, matériels, financiers, humains et sociaux du processus de changement.

C) La gestion du changement technologique et organisationnel selon l'axe de la participation

Un mode de gestion participatif, impliquant systématiquement les employés à toutes les étapes de la réalisation du changement, est susceptible d'avoir un impact plus positif sur la santé et la sécurité du travail qu'un mode de gestion traditionnel (type centralisé et autoritaire) à la fois pendant et après le changement. Ce type de gestion permet, entre autres, d'assurer une meilleure diffusion des informations sur les changements technologiques et organisationnels en cause et sur leurs conséquences possibles, de même qu'une meilleure utilisation et contribution des connaissances et de l'expérience (savoir-faire accumulé) des employés au processus de changement (Legendre et Harrisson, 1998).

2.5 Synopsis des objectifs poursuivis et contribution de l'étude des représentations sociales

A. Objectif principal

L'objectif principal poursuivi est la vérification de l'influence du mode de gestion des changements technologiques et organisationnels sur le dossier des lésions professionnelles (les accidents et les maladies professionnelles) pendant la période de changement et la période suivant l'implantation des changements.

Variable indépendante : Mode de gestion des changements technologiques et organisationnels

Variable dépendante : Bilan des lésions professionnelles (accidents et maladies professionnelles)

Hypothèse principale : Le mode de gestion des changements technologiques et organisationnels a un impact sur le bilan des lésions professionnelles pendant la période de changement et après la réalisation des changements.

Hypothèse secondaire : Une gestion autonome, intégrée et participative du changement est susceptible de minimiser les effets négatifs du changement sur le bilan des lésions professionnelles.

Le mode de gestion est décomposé en trois dimensions :

1. **Autonomie** (et autarcie) de l'entreprise/organisation dans la conception et la réalisation des changements technologiques et organisationnels en vue de maximiser l'appropriation du processus de changement et de ses résultats.

Cette dimension est représentée par un continuum ayant à un pôle la gestion interne et à l'autre la gestion externe.

Gestion interne Gestion externe
(Autonomie maximale) (Autonomie minimale)

2. **Intégration** de l'ensemble des paramètres de l'organisation du travail et de l'entreprise dans la gestion du changement technologique et organisationnel et des responsables de ces divers paramètres dans les instances de gestion du changement.

Cette dimension est représentée par un continuum ayant à un pôle la gestion intégrée et à l'autre la gestion technique.

Gestion intégrée Gestion technique
(Intégration maximale) (Intégration minimale)

3. **Participation** des membres de l'organisation dans le processus de prise de décision et la gestion des changements dans l'organisation du travail et de l'entreprise.

Cette dimension est représentée par un continuum ayant à un pôle la gestion participative et à l'autre la gestion non-participative ou centralisée.

Gestion participative Gestion centralisée
(Participation maximale) (Participation minimale)

B. Objectif secondaire

L'objectif secondaire poursuivi concerne l'identification de l'influence des facteurs contextuels (voir le schéma d'analyse) sur les hypothèses formulées dans l'objectif principal. Par exemple, quelle importance faut-il accorder au type de propriété (privée versus publique) et de contrôle (local versus étranger) des entreprises et des organisations, à leur différence de taille (petite entreprise versus large entreprise), à leur environnement économique, à leur structure de représentation des employés (présence versus absence de syndicat) et d'autres caractéristiques pertinentes (voir le modèle d'analyse) dans l'explication des différences de politique de gestion du changement technologique et organisationnel et de la santé et de la sécurité du travail?

C. Contribution de l'étude des représentations sociales

L'étude des représentations sociales vise à nous permettre de mieux comprendre les conceptions et les perceptions des divers acteurs organisationnels (personnel de direction et d'encadrement, employés et dirigeants syndicaux) concernant le changement technologique et organisationnel et sa gestion, la santé et la sécurité du travail et sa gestion, ainsi que divers autres aspects pertinents de la réalité organisationnelle et du travail.

En d'autres termes, l'étude des représentations sociales devrait nous fournir une meilleure compréhension de la réalité que recouvrent les divers concepts auxquels nous faisons référence plus haut pour les divers acteurs organisationnels. Cette étude devrait également constituer une meilleure base conceptuelle pour analyser et expliquer la relation entre le mode de gestion des changements technologiques et organisationnels, les comportements organisationnels et le dossier des lésions professionnelles.

2.6 Méthode de recherche

L'approche méthodologique utilisée a été celle de l'étude de cas (approche monographique). Cette approche compréhensive est particulièrement utile pour étudier la relation complexe qui existe entre le processus de changement technologique et organisationnel, le mode de gestion de ce processus adopté par les organisations et les problèmes de santé et de sécurité du travail. Ce lien peut davantage être expliqué s'il est situé dans un contexte plus général permettant de rendre compte des caractéristiques de la structure organisationnelle, des modèles de gestion, des nouvelles technologies implantées, de la gestion de la santé et de la sécurité du travail, de l'organisation du travail, des accidents et des maladies professionnelles et des représentations sociales. Ces données sont principalement de nature qualitative et ont été recueillies principalement par la technique des entrevues.

Devant les difficultés de faire une étude en temps réel, nous avons adopté la perspective d'une étude rétrospective longitudinale dans laquelle la situation de changement dans les divers établissements ou entreprises est comparée à partir du début du changement technologique ou organisationnel (avant), tout au long du processus de changement (pendant) et une fois la situation retournée à la normale (après). En d'autres termes, il s'agit de reconstituer ce qui s'est

passé et de tenter d'expliquer pourquoi le changement s'est déroulé de cette façon et quelles en ont été les conséquences en particulier sur la santé et la sécurité du travail.

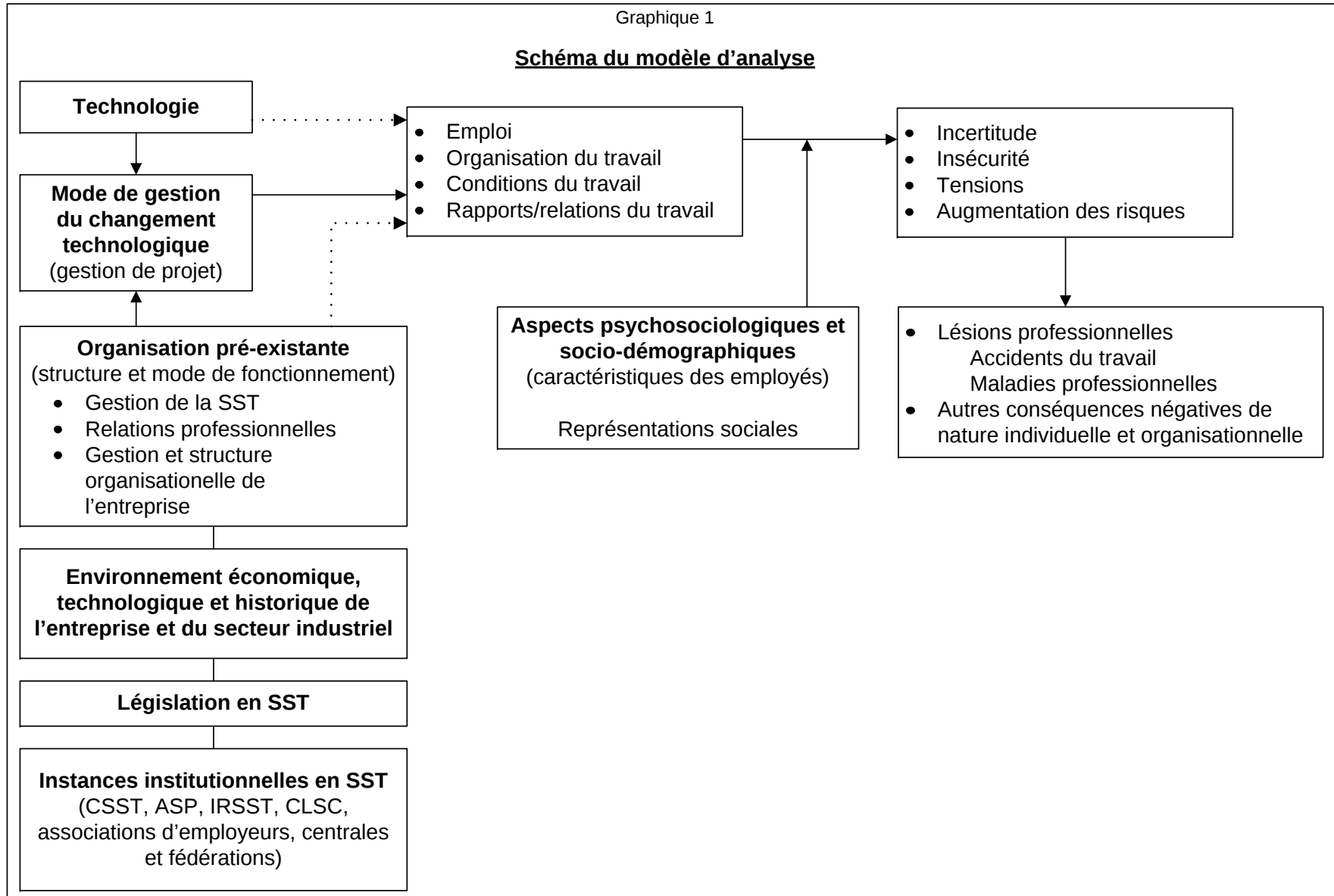
2.7 Déroulement de l'étude

La recherche s'est déroulée sur une période de cinq années. La constitution de l'échantillon d'organisations s'est avérée plus difficile que prévue pour diverses raisons. Dans le secteur du textile, la mauvaise conjoncture économique a entraîné de nombreuses fermetures et une étude comme la nôtre n'était pas dans l'ordre de priorité des entreprises. L'entreprise de ce secteur qui a accepté de collaborer fabrique des produits de soins et n'est pas représentative des activités et des produits qui caractérisent ce secteur. Le secteur de la Santé et des services sociaux connaît de nombreux problèmes et des transformations constantes depuis plus d'une décennie. Il nous a fallu de nombreuses démarches et nous avons dû faire face à de nombreux refus avant de pouvoir constituer notre échantillon dans ce secteur. D'autres délais sont survenus par la suite parce que les établissements de santé concernés étaient aux prises avec des changements importants et n'étaient pas en mesure de libérer le personnel pour la réalisation des entrevues prévues (les dernières entrevues ont été réalisées dans ce secteur à l'hiver 2007). Dans le secteur des Affaires municipales, le recrutement d'une deuxième entreprise municipale de transport s'est avéré là aussi difficile.

Au total, l'étude a porté sur onze organisations. Dans le secteur municipal, il s'agit de l'administration et des services d'une ville régionale et de deux entreprises publiques de transport municipal, l'une d'elles dans une grande zone métropolitaine et l'autre dans un grand centre urbain régional. Dans le secteur de la santé et des services sociaux, il s'agit d'un centre de services de réhabilitation régional et de deux centres hospitaliers sous-régionaux qui, pendant notre étude, ont traversé une période de fusion des services de santé et des services sociaux et de restructuration des organisations syndicales. Dans le secteur des services automobiles, quatre organisations ont été étudiées: deux concessionnaires automobiles (l'un en zone métropolitaine et l'autre dans un centre urbain régional), un garage d'entretien, de réparation et de vente de camions lourds en zone métropolitaine et un petit établissement d'entretien et de réparation générale automobile également en zone métropolitaine. Dans le secteur du textile, il s'agit d'une grande entreprise de fabrication de tissu hygiénique.

Telle que résumée dans le graphique du modèle d'analyse présenté ci-contre, l'étude a porté sur diverses dimensions de la gestion et de l'organisation du travail, des conditions et des relations du travail, du rapport au travail, des rapports au sein des groupes de travail et des rapports à l'organisation, en relation avec l'impact sur la santé et la sécurité du travail et la prévention des lésions professionnelles. Cette analyse renvoie fondamentalement aux représentations sociales de la réalité organisationnelle et du travail qui caractérisent les individus et des divers groupes d'acteurs des organisations concernées.

Graphique 1

Schéma du modèle d'analyse

3. CHAPITRE 2 : MODE DE GESTION DES CHANGEMENTS TECHNOLOGIQUES ET ORGANISATIONNELS ET IMPACT SUR LA SANTÉ ET LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DANS LES ENTREPRISES ET ORGANISATIONS DANS LES TROIS SECTEURS D'ACTIVITÉ ÉTUDIÉS : RÉSULTATS COMPARATIFS

Ce chapitre vise à présenter les résultats comparatifs généraux qui se dégagent de l'étude dans les organisations des secteurs d'activités étudiés qui en constituent les milieux naturels. Cette première analyse des modes de gestion des changements organisationnels à l'échelle organisationnelle et intra-sectorielle sera suivie d'une comparaison intersectorielle. Dans le chapitre suivant, une analyse comparative plus détaillée de trois cas de déménagement et de restructuration organisationnelle nous permettra de pousser plus loin divers aspects de l'analyse et des résultats obtenus.

3.1 Le secteur des Affaires municipales

Dans ce secteur, trois organisations ont été étudiées : l'administration municipale d'une ville moyenne et deux entreprises municipales de transport public en milieu métropolitain. Il s'agit de deux types très différents d'organisation et chaque type est analysé séparément.

3.1.1 *L'administration municipale*

Les municipalités exercent leur autonomie administrative à l'intérieur d'un cadre de fonctionnement régi principalement par l'état provincial et le cadre juridique de la loi sur les cités et villes. Les organisations administratives dans ce secteur sont peu diversifiées. Elles comprennent les administrations municipales générales d'une part et certains services publics qui leur sont rattachés tels que les transports en commun. Il s'agit de deux types assez différents d'organisation et ils seront analysés séparément dans le cadre de cette étude. En ce qui concerne la gestion des changements technologiques et organisationnels auxquels elles font face, les municipalités peuvent exercer une large autonomie. Dans le cas de l'administration municipale que nous avons étudiée, la ville a ainsi eu recours jusqu'à maintenant à la gestion à l'interne de ces changements. En effet, elle possède le personnel professionnel (ingénieurs, dessinateurs, opérateurs d'appareil de réfrigération, électriciens et monteurs de ligne, opérateurs d'usine d'épuration d'eau, etc.) pour assurer l'entretien de ses services et pour réaliser les travaux de construction mineurs qui sont requis.

En général, elle a recours à la sous-traitance (gestion à l'externe) seulement en l'absence de ressources internes qualifiées suffisantes pour réaliser les travaux majeurs (par exemple les projets de construction d'infrastructures tels qu'un centre d'épuration des eaux ou un centre récréatif) et pour certains services assurés par le secteur privé à meilleur compte (par exemple, l'extension des systèmes d'aqueduc et d'égouts, la construction de trottoirs dans les nouveaux développements domiciliaires, des projets de rénovation majeurs ou une partie du déblayage de la neige). Dans ce cas, la ville possède le personnel professionnel qualifié pour assurer la surveillance des travaux réalisés par des entrepreneurs privés. Cette stratégie permet à

l'administration municipale de mieux contrôler les coûts et la qualité des travaux et services, et de satisfaire aux pressions économiques du secteur privé pour l'accès à des contrats publics et à celles du gouvernement pour réduire les coûts des travaux d'infrastructures.

La ville pratique aussi une gestion intégrée, ce qui n'avait pas nécessairement été le cas dans le passé. Tous les aspects du travail sont maintenant pris en considération dans les activités de l'organisation. C'est le cas en particulier des aspects touchant la santé et la sécurité du travail qui font maintenant partie de la planification et de la réalisation des activités de travail au même titre que le type de qualifications requises chez les employés pour accomplir les diverses tâches, la nature de l'outillage et de la machinerie à utiliser, la procédure et les étapes à suivre, etc. Si, comme c'est très souvent le cas, les travaux sont accomplis dans des endroits publics, la signalisation nécessaire pour assurer la sécurité des travailleurs tout autant que celle du public devient un élément tout aussi important à considérer que les types d'équipement et d'outillage employés. Il s'est agi, pour cette organisation, d'un virage majeur dans la conception de la santé et de la sécurité du travail.

Dans le passé, le modèle de gestion de la municipalité ressemblait davantage à celui d'une bureaucratie traditionnelle basée sur un modèle à la fois autoritaire et paternaliste. Le milieu de travail était particulièrement tendu et relativement hostile à la fois dans les rapports hiérarchiques et les rapports entre les groupes de travail et les diverses unités de services ainsi que les groupes d'âge et d'ancienneté. Depuis quelques années, ce modèle s'est progressivement transformé en une administration moderne plus ouverte et plus décentralisée. La municipalité s'est ainsi rendu compte que la pratique d'une gestion à l'interne et intégrée accordant une place prépondérante à la santé et à la sécurité du travail n'est véritablement possible qu'en la fondant sur la pleine et entière participation des employés dans la planification et la réalisation des activités de travail au niveau des groupes occupationnels ou des équipes de travail. Ainsi, dans les groupes de travail où ce modèle de gestion est le plus avancé, les employés assurent eux-mêmes la planification du travail (objectif du travail et des tâches, étapes du processus de réalisation, travail concerné et qualifications requises, équipements et outillage nécessaires, etc.) en fonction des normes de santé et de sécurité et font le suivi des résultats obtenus.

Dans ce sens, l'organisation vise comme objectif une appropriation et une intégration complètes de la SST dans les opérations de travail par les employés. La responsabilité des employés s'étend tout autant à l'achat des équipements et des outillages avec lesquels ils travaillent. De concert avec les membres de l'encadrement concernés, ceux-ci définissent les besoins et élaborent la nature et les caractéristiques des outillages et des équipements requis (par exemple un nouveau camion multifonctionnel pour les équipes d'entretien de la voie publique), procèdent au choix d'un fournisseur et effectuent l'achat et le suivi de l'opération avec le fournisseur. Cette nouvelle approche de gestion de la santé et sécurité du travail s'est révélée aussi particulièrement fructueuse dans l'amélioration des rapports organisationnels et du climat interne. Les résultats en santé et sécurité du travail sont particulièrement positifs.

3.1.2 Sociétés de transport régionale

Deux autres cas dans le secteur public nous apportent un éclairage plus complet sur la situation qu'on y retrouve en ce qui concerne la gestion de la santé et de la sécurité du travail. Il s'agit de deux organisations de transport municipal, l'une en milieu métropolitain et l'autre en milieu régional. Ces entreprises sont sous le contrôle des administrations municipales locales dont elles relèvent et sont soumises aussi aux normes du Ministère des transports provincial.

Société de transport régionale

La Société de transport régionale assure le transport public et, depuis quelque temps, le transport adapté, dans un territoire très étendu qui inclut plusieurs grands centres urbains ainsi que les zones rurales environnantes. L'organisation opère sur un mode bureaucratique à tendance paternaliste (familiale). La direction et l'administration comptent moins d'une douzaine de cadres et d'employés cléricaux dont les tâches sont relativement variées. S'y ajoutent une trentaine d'employés d'entretien des équipements (mécaniciens, carrossiers et préposés au nettoyage des véhicules) et plus d'une centaine de chauffeurs d'autobus. Les relations des cadres administratifs et des employés cléricaux avec les employés d'opération et les employés d'entretien sont généralement ouvertes et directes. Tout le monde se connaît ou presque. Les opérations quotidiennes sont sous la direction d'un répartiteur qui assigne les routes aux chauffeurs de véhicule et qui assure le bon fonctionnement du service en tout temps. Il a été lui-même longtemps chauffeur d'autobus pour des entreprises de transport régionales indépendantes et il est passé au secteur public lorsque le transport par autobus local et régional a été municipalisé.

La compagnie a connu peu de changements depuis sa création. Les quelques changements survenus (achats d'équipement d'entretien et de réparation, construction d'abris et de postes de vente de billets, etc.) ont été gérés directement par la compagnie (donc à l'interne) alors que les achats d'équipement de transport routier se font en collaboration avec l'agence du gouvernement provincial qui gère la politique d'achat du gouvernement québécois dans ce domaine. Les budgets d'achat d'équipement sont serrés et le renouvellement du matériel roulant pose problème. Cette situation n'est pas sans avoir un impact négatif sur les conditions de travail des chauffeurs d'autobus. Compte tenu du peu d'investissement dans les installations fixes, l'entreprise a recouru à des services extérieurs pour les travaux d'entretien, de réparation et de construction requis dans ses installations. Il y a eu peu de changements technologiques. On a informatisé l'administration mais l'équipement du service d'entretien mécanique a très peu évolué et il présente des dangers en santé et sécurité du travail. Le budget de fonctionnement de la compagnie ne lui permet pas de faire d'investissement dans ce secteur. Le matériel roulant est lui aussi assez âgé et présente des risques. Cependant, le renouvellement du matériel roulant dépend du financement de l'agence gouvernementale provinciale, financement qui est difficile à obtenir.

La gestion de la santé et de la sécurité du travail est assumée par le personnel de direction de la compagnie par le biais de l'appartenance à une mutuelle. Il n'y a pas de comité de santé et de sécurité du travail. La question de la santé et de la sécurité du travail n'occupe pas la priorité

dans la gestion de l'entreprise. Il n'y a pas à proprement parler de gestion collective de la santé et de la sécurité du travail. Les deux sujets importants qui donnent lieu à des tensions organisationnelles dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail concernent principalement les chauffeurs. Il s'agit de celui de la répartition des trajets (parcours ou routes) et celui des véhicules. Les trajets sont répartis en priorité sur la base de l'ancienneté des chauffeurs. La qualité ou la désirabilité des trajets varie selon un ensemble de critères incluant la qualité du parcours (état de la voie publique), le type de clientèle (le transport des étudiants n'est pas, en général, particulièrement apprécié des chauffeurs) et l'horaire (les heures de pointes ne sont généralement pas désirées). Les problèmes qui se posent sont en général gérés directement par le répartiteur avec ou sans l'intervention du représentant syndical.

Une situation semblable se produit en ce qui a trait aux véhicules. La désirabilité des véhicules varie selon leur âge, le modèle, la qualité mécanique et d'autres caractéristiques telles que l'état du système de ventilation et de chauffage et le degré de propreté. Pour éviter les frictions entre les chauffeurs et les mécaniciens à ce sujet, la compagnie a établi un système qui élimine les contacts entre eux. Les véhicules qui doivent être l'objet de l'entretien régulier ou de réparations sont laissés par les chauffeurs, avec des notes sur leurs déficiences, dans un vaste atelier d'entretien mécanique situé ailleurs dans un autre site du même arrondissement, pas très loin de l'édifice principal. Les mécaniciens ramènent eux-mêmes les véhicules qui ont reçu leur entretien à l'édifice central de la compagnie où ils sont remis en circulation. Tant les chauffeurs que les mécaniciens de l'entretien jouissent d'une grande autonomie dans leur travail.

En santé et sécurité du travail, les risques les plus courants sont le bruit, les émanations de gaz des tuyaux d'échappement et la poussière. Les lésions ne sont pas très nombreuses, en particulier chez les chauffeurs. La plupart des accidents se produisent au garage dans les activités d'entretien et de réparation. Les employés du garage sont davantage exposés aux accidents à cause de la vétusté d'une grande partie du matériel roulant. Un bon nombre d'entre eux n'ont reçu qu'une formation sur le tas. La formation en santé et en sécurité du travail laisse passablement à désirer. Le port du chapeau et des lunettes de sécurité est difficile à faire accepter par les employés du service d'entretien et de réparation. Chez les chauffeurs d'autobus, le problème principal de santé et de sécurité est de nature nerveuse et dû aux tensions occasionnées par la clientèle (en particulier celle des écoliers et étudiants) et des risques de la circulation urbaine en particulier aux heures de pointes et lors des périodes de pluie et de neige.

3.1.3 Société de transport d'une Grande Ville

La situation est fort différente dans le cas de l'autre entreprise de transport urbain. Il s'agit d'une organisation de grande taille (plus de 500 employés), nettement supérieure à celle de l'entreprise précédente. De plus, elle opère son réseau dans un espace beaucoup plus peuplé. Les chauffeurs comptent pour plus de la moitié des effectifs. Le reste est composé à peu près en part égale d'ingénieurs, d'employés de soutien administratif et d'employés d'entretien. Tout comme dans le cas précédent, la société est financée en partie par les gouvernements provincial et municipal. Elle cherche à maintenir les tarifs au prix le plus bas possible pour encourager les citoyens à utiliser le transport en commun.

L'entreprise de transport gère les changements technologiques et organisationnels à l'interne en ayant recours d'abord à sa propre expertise de cadres spécialisés dans les activités de transport urbain (ingénieurs, techniciens et spécialistes en gestion et en ressources humaines, etc.). Cette gestion à l'interne est aussi une gestion intégrée qui tient compte de tous les paramètres d'une administration moderne y compris la gestion de la santé et de la sécurité du travail. La fréquence des accidents du travail est basse et la gravité des lésions professionnelles peu élevée. N'empêche, le dossier de la SST occupe une place importante dans les préoccupations de la direction par suite du taux d'absentéisme important et des problèmes de santé physique et de santé mentale, en particulier des problèmes de manque de motivation. Les problèmes de santé et de sécurité font l'objet d'une gestion participative du syndicat et des employés par le biais d'un comité de santé et de sécurité du travail. Il y a beaucoup d'efforts de prévention, mais les résultats de ceux-ci sont neutralisés par le manque d'intégration. Il existe un problème de communication entre les employés, les départements et les niveaux hiérarchiques ce qui complique la gestion des problèmes de SST dans l'établissement. Les risques de SST les plus importants sont le bruit, la poussière et les émanations des tuyaux d'échappement.

L'organisation du travail a peu évolué au cours des années et repose sur la structure de métier. Le travail individuel domine totalement l'ensemble des tâches et des occupations. L'attitude des employés est caractérisée par l'individualisme. Même s'ils seraient tentés d'intervenir auprès des collègues à propos du travail, ils préfèrent de ne pas faire de vague en s'impliquant dans le travail des autres. La tâche du contremaître est de vérifier la situation et les conditions relatives à la sécurité. En général, les employés sont réfractaires à toute imposition de mesure de prévention telle que le port des lunettes de sécurité. Ils préfèrent s'en remettre à leur jugement.

3.2 Le secteur de l'Automobile

L'analyse du mode de gestion des changements technologiques et organisationnels dans le secteur des services automobiles est particulièrement intéressante. Nous la ferons en traitant en premier lieu des deux concessionnaires d'autos et de celui de camions lourds et en dernier lieu du garage d'entretien et de réparation de véhicules automobiles et de petits camions. Le milieu de travail dans ce secteur s'apparente à celui du secteur précédent en ce qui concerne l'entretien et la réparation des véhicules automobiles et des autobus.

3.2.1 Les concessionnaires d'automobiles et de camions

En général, les concessionnaires d'automobiles et de camions entretiennent une relation très étroite avec les fabricants de véhicules qu'ils représentent du point de vue des aspects techniques des produits, de la mise en marché de ceux-ci et des services après vente. Cette relation est la plus étroite dans le cas des deux détaillants d'automobiles. En général, la gestion des changements technologiques est faite de façon conjointe et elle implique directement le fabricant dans la transmission des connaissances technologiques et des changements quasi constants que subissent les produits. Ces changements obligent les concessionnaires à se maintenir à jour et à se procurer les outillages et les équipements nécessaires à l'entretien et à la réparation des véhicules concernés. Ils nécessitent de plus en plus régulièrement des formations d'appoint pour

le personnel dans les points de vente et d'entretien en collaboration avec le fabricant (par exemple fiches techniques et programmes de formation informatisés). Les concessionnaires doivent s'assurer que leurs employés (les vendeurs et les employés d'entretien et de réparation des véhicules) aient accès à cette formation dès qu'elle est disponible. De ce point de vue, les fabricants exercent le plus d'influence sur la gestion de ces changements.

Il en va de même de la vente et de la mise en marché des produits qui dépend de plus en plus de la publicité générale et des systèmes de financement des achats contrôlée par les fabricants. Côté vente, les fabricants fixent le prix des véhicules, les promotions, les programmes de garantie, etc. L'image que projettent le fabricant et ses produits constitue un point névralgique du succès commercial recherché par les concessionnaires. Cette situation fait en sorte que les concessionnaires doivent se plier aux exigences des fabricants dans leur propre publicité et dans l'aménagement spatial et physique des locaux et des espaces extérieurs de leur point de vente. Ces exigences incluent, par exemple, les différentes couleurs de la peinture utilisée dans les divers locaux de l'établissement d'un concessionnaire.

Par ailleurs, les concessionnaires d'automobile et de camion possèdent une plus grande autonomie vis-à-vis de leurs fournisseurs du point de vue de l'organisation et du fonctionnement de l'entreprise. Cependant, là où les employés sont syndiqués, la convention collective régit une grande partie des conditions de travail : classification professionnelle, heures de travail, salaires, congés, etc. Dans certaines régions (par exemple celle de Québec et celle du Saguenay-Lac Saint-Jean), les aspects majeurs de la convention collective sont négociés au plan régional entre les représentants des propriétaires d'entreprise et les représentants des syndicats concernés dans le cadre d'un décret qui s'étend à l'ensemble du secteur.

En ce qui concerne l'intégration des divers paramètres de la réalité organisationnelle dans le modèle de gestion des changements technologiques et organisationnels, les entreprises du secteur de l'automobile semblent accorder moins d'importance à la santé et à la sécurité du travail qu'aux autres paramètres de la gestion. Par exemple, les aménagements physiques sont conçus d'abord et avant tout en tenant compte de leur fonctionnalité pour chacune et pour l'ensemble des activités qui se déroulent dans l'entreprise. Ainsi, on prend bien soin de séparer et d'isoler le secteur de la vente des secteurs de l'entretien et de la réparation des véhicules. L'accès de ces secteurs est contrôlée et limitée et ceux-ci sont habituellement séparés du secteur de la vente et des services administratifs par le département des pièces et le bureau de réception du département de l'entretien et de la réparation.

La participation des employés est restée plus près du modèle traditionnel. Malgré la syndicalisation assez répandue dans les entreprises de plus grande taille, les mécaniciens et les débosseleurs se considèrent encore comme des hommes de métier indépendants, responsables uniques de leur travail généralement réalisé sous la forme de tâches (« job ») séparées. Dans ce contexte, la participation reçoit une attention limitée et elle s'incarne avec difficulté dans une structure organisationnelle développée, fonctionnelle et active.

3.2.2 Automobiles Importées

Cette entreprise localisée en région est engagée dans la vente et l'entretien de voitures neuves et usagées. Elle porte la bannière d'un producteur étranger et a récemment aménagé dans un tout nouveau complexe. Lorsque l'entreprise a décidé d'abandonner le vieil établissement désuet et devenu inapproprié en faveur d'un complexe moderne dernier cri, les employés n'ont fait l'objet d'aucune consultation organisée au cours de sa conception et de sa réalisation. De plus, ils n'ont reçu pratiquement aucune préparation en vue de la transition dans leur nouveau milieu de travail. On les a simplement informés que l'ancien établissement fermerait ses portes le vendredi soir et qu'ils devaient se rendre au travail le lundi suivant dans le nouvel établissement à l'heure habituelle. Le déménagement du matériel (principalement l'inventaire des pièces de rechange) et des quelques vieilles pièces d'outillage non remplacées a été réalisé durant la fin de semaine par des membres de l'encadrement.

Par ailleurs, l'aménagement de l'entreprise dans le nouveau complexe a été accompagné d'un changement de génération à la direction de l'organisation. Les successeurs se sont montrés préoccupés par la rentabilisation des nouveaux investissements et l'augmentation du chiffre d'affaires. La publicité faite sur le déménagement dans un complexe moderne à la fine pointe de l'industrie a moussé l'intérêt des acheteurs éventuels mais a aussi haussé les attentes de la clientèle établie. La nouvelle direction a établi et augmenté certaines normes de production et de rendement et les employés sont fortement encouragés à les atteindre et à ne pas décevoir leurs patrons. [Cette entreprise fait l'objet d'une analyse plus poussée dans le Chapitre 3]

3.2.3 Camions lourds

La situation est différente dans le cas d'une autre entreprise indépendante spécialisée dans la vente et l'entretien/réparation de camions remorques et de poids lourds. Les changements technologiques et organisationnels y sont gérés à l'interne et l'entreprise a développé une spécialisation dans les changements technologiques avec la présence d'un spécialiste formateur reconnu en mécanique automobile et en électronique (secteur poids lourds). Les services de ce dernier sont aussi disponibles pour la formation du personnel d'autres entreprises du secteur qui le désirent. Cette entreprise a elle aussi procédé de façon autonome dans l'agrandissement et la rénovation de ses installations il y a quelques années. La gestion de ces changements s'est faite sans la consultation des employés et sans avoir suffisamment considéré les paramètres reliés à la santé et la sécurité du travail. Ainsi, par exemple, on a dû apporter des correctifs au système de ventilation et à la sécurité autour et dans les puits de travail à cause des lésions professionnelles qui se sont produites par la suite.

Jusqu'à récemment, la gestion de cette entreprise a été très peu participative et plutôt autoritaire. Elle a aussi souffert d'un manque d'unité et d'intégration suite à des divergences de vue importantes et des conflits de personnalité dans le personnel de direction et d'encadrement. Cette situation s'est cristallisée autour de la question du port du chapeau de sécurité en tout temps par les mécaniciens et toute autre personne appelée à circuler dans l'atelier d'entretien et de réparation. Cette situation a été corrigée plus récemment et le climat de travail s'est amélioré grâce en particulier à l'intervention du contremaître de l'atelier, une personne fort appréciée à la

fois par le personnel de direction et les employés, qui a menacé de quitter l'entreprise si le problème n'était pas réglé. Le dossier de santé et de sécurité du travail a souffert de cette situation au point où les responsables de la mutuelle dont l'entreprise fait partie sont intervenus pour la menacer d'exclusion si les correctifs appropriés n'étaient pas rapidement apportés. L'entreprise continue de bénéficier de l'assistance d'un conseiller de l'ASP du secteur qui participe régulièrement aux rencontres du comité de santé et de sécurité du travail qui a été aussi récemment ravivé par la présence de représentants des travailleurs plus jeunes, plus engagés et actifs.

3.2.4 Automobile Inc.

Ce concessionnaire d'autos étrangères dans la région métropolitaine offre tous les services habituellement associés avec ce type d'entreprise : vente de voitures neuves et usagées, entretien mécanique et réparation, débosselage et peinture, service cosmétique, etc. L'entreprise est logée dans un édifice de construction récente selon le modèle général établi par le fabricant. La gestion des changements technologiques et organisationnels est réalisée principalement à l'interne avec la collaboration du fabricant des véhicules en ce qui concerne l'évolution des véhicules et des divers services selon le cas. Le développement récent des services cosmétiques a obligé l'entreprise à les localiser dans des espaces restreints et plus ou moins bien éclairés, mal adaptés et peu propices à la santé et la sécurité du travail. Cette situation semble cependant temporaire. Le service de la carrosserie est pour sa part logé depuis quelques années dans un atelier situé dans un parc industriel à proximité de l'établissement principal. Ce service fonctionne sur une base indépendante des autres services et possède son propre directeur. L'endroit loué a été construit en vue d'un usage général et il correspond plus ou moins bien aux exigences d'un atelier de débosselage et de peinture. L'éclairage y est particulièrement déficient et la ventilation qui a été modifiée demeure encore insuffisante et mal adaptée. En plus des problèmes ci-haut mentionnés, on peut signaler les problèmes de chauffage l'hiver et l'encombrement des pièces d'auto et du matériel qui couvre une bonne partie de l'espace de travail. Par ailleurs, l'atelier de peinture est d'installation récente et adéquat. Il tranche sur le reste.

Bien que l'entreprise soit soucieuse de santé et de sécurité du travail, cet aspect n'a pas reçu toute l'attention qu'il devrait recevoir. Au moment de l'étude, il n'avait pas encore été intégré dans les éléments de gestion courante. Le dossier de santé et de sécurité semble avoir souffert des problèmes d'administration associés aux absences prolongées du propriétaire de l'établissement à l'étranger, à des divergences importantes au sein des cadres de la direction et à l'instabilité de l'encadrement dans le service d'entretien et de réparation mécanique où le directeur a été remplacé à trois reprises sur une période d'un peu plus de deux ans. Même s'il y avait un réel souci d'intégrer la santé et la sécurité du travail dans le modèle de gestion de l'entreprise de la part des cadres supérieurs, cet objectif n'a pas encore été réalisé. Il en allait de même de la gestion participative des employés en santé et sécurité du travail. Il n'y avait pas encore de comité de santé et sécurité du travail dans l'entreprise.

3.2.5 Réparation d'Automobile Limitée

La quatrième entreprise de ce secteur se rapproche beaucoup du modèle de « paternalisme éclairé ». Il s'agit d'une entreprise familiale d'une douzaine d'employés qui s'est taillé une place dans l'entretien et la réparation en mécanique générale, en débosselage et peinture et dans des services connexes comme la vente et l'entreposage des pneus. Elle suit avec une certaine distance l'évolution technologique et celle des produits et du marché qui se produisent dans le secteur. Elle a réussi à survivre grâce à un noyau d'employés fidèles et à un service personnalisé axé sur la fidélité de la clientèle, sur la qualité et sur la promptitude à répondre aux besoins des clients. Ceux-ci proviennent largement de deux quartiers de classe moyenne avoisinants.

La gestion des changements technologiques et organisationnels se fait à l'interne. L'entreprise s'assure que son personnel suit l'évolution de la technologie automobile en général mais ne prétend pas être à la fine pointe dans ce domaine. Elle encourage ses employés à acquérir de la formation supplémentaire pour se tenir à jour. Autrement, elle réfère ses clients aux concessionnaires ou aux établissements spécialisés selon les besoins. Il y a très peu de changements organisationnels. La structure de gestion est pratiquement demeurée la même depuis le début de l'entreprise il y a plusieurs décennies.

La gestion du travail et des changements technologiques et organisationnels est aussi intégrée et englobe la santé et la sécurité du travail. Il n'en a pas toujours été ainsi en ce qui concerne la santé et la sécurité du travail. Quelques accidents et quasi accidents importants dans le passé ont contribué à la conversion du propriétaire en faveur de l'importance de la santé et de la sécurité du travail. Celle-ci constitue maintenant une préoccupation centrale de l'organisation et de la gestion du travail depuis plusieurs années. Un petit comité de SST a été constitué à cette époque et, depuis, le propriétaire suit avec un grand intérêt les activités de l'association sectorielle paritaire de santé et sécurité du secteur de l'automobile.

En conclusion, le secteur de l'industrie automobile a connu des changements technologiques importants dans ses produits et dans les techniques d'entretien et de réparation de ceux-ci: utilisation poussée de l'électronique et de l'électricité dans les systèmes de contrôle et de fonctionnement mécanique, développement et perfectionnement des systèmes diagnostiques, perfectionnement dans les systèmes mécaniques, dans les produits de carrosserie et les produits de finition extérieure et intérieure (peinture, etc.). Ces changements ont augmenté la dépendance des établissements vis-à-vis des grands constructeurs et manufacturiers et des fournisseurs de pièces et d'équipements spécialisés. Ils ont obligé les établissements à assurer une formation plus poussée au personnel technique spécialisé dans les divers domaines de l'automobile, surtout dans l'électronique, l'électricité, la mécanique et la carrosserie (débosselage, peinture et cosmétique). A cause de leur lien étroit avec les fabricants d'automobiles, les établissements concessionnaires n'ont pas eu d'autre choix que de s'adapter rapidement à ces transformations technologiques en collaborant étroitement avec les fabricants dans les programmes de formation des employés à distance (par internet) ou localement.

Ces changements n'ont pas été sans produire une certaine anxiété chez les travailleurs concernés, en particulier les plus âgés qui sont souvent peu familiers avec la lecture de documents écrits,

l'internet et l'électronique. En ce sens, les travailleurs n'ont pas eu d'autres choix que de suivre le progrès et de chercher à s'y adapter sans pouvoir vraiment y jouer un rôle de partenaire actif. Par ailleurs ces changements n'ont pas entraîné de modifications majeures à la structure des métiers et des groupes de travail traditionnels sauf l'ajout de nouvelles spécialités (telles que l'informatique et l'électronique) et le développement plus poussé de services spécialités périphériques (par exemple, la cosmétique automobile).

Au niveau de la santé et de la sécurité du travail, ces changements semblent en général positifs du point de vue de la propreté du travail et de la qualité de l'outillage et des équipements. Cependant, la conception des véhicules (dans laquelle les travailleurs ont été pratiquement absents) semblent avoir créé d'importants problèmes : difficultés d'accès aux pièces ou modules défectueux et manipulation de pièces ou de composantes lourdes dans des positions inconfortables. De plus, la multiplication des produits plus ou moins dangereux utilisés dans ce secteur représente une préoccupation de plus en plus importante.

3.3 Le secteur de la Santé et des Affaires sociales

Le secteur de la santé et des affaires sociales est l'un de ceux qui, dans les trois dernières décennies, a été soumis le plus à d'importants changements technologiques et organisationnels. A la suite de l'importance considérable de ce secteur dans la société et de son poids économique considérable, les établissements du secteur sont étroitement soumis aux politiques et aux normes des instances gouvernementales. Les projets de changement comme ceux dont il est question plus bas doivent recevoir l'aval des autorités gouvernementales avant de pouvoir être réalisés. Leur financement en dépend totalement. De plus, leurs dirigeants et administrateurs ont reçu des formations professionnelles semblables. Dans un tel contexte, la gestion des changements technologiques et organisationnels a tendance à se ressembler d'un établissement à un autre. Cette gestion procède habituellement par le biais d'équipes internes largement autonomes assistées au besoin de spécialistes externes en gestion du changement dans les organisations. L'autonomie des organisations dans ce secteur est particulièrement affirmée par la façon avec laquelle les changements ont été effectués dans les deux centres de santé situés en milieu régional (voir le chapitre suivant pour une analyse de ces deux cas de relocalisation et de transformation organisationnelle).

Dans ce secteur, la gestion fonctionnelle à l'interne des changements assure le maximum de contrôle sur l'ensemble du processus de changement organisationnel et le processus d'appropriation de la nouvelle forme d'organisation. Mais cette approche a des inconvénients. Elle mobilise les meilleures ressources de l'organisation pour la réalisation du changement. Ce faisant, elle risque d'appauvrir ainsi le fonctionnement des activités normales (même si les cadres et les employés concernés demeurent rattachés à leurs unités). De plus, l'organisation doit faire face à la réintégration complète des ressources humaines qui retournent à leurs fonctions habituelles une fois le changement accompli. Le modèle de gestion dominant repose aussi sur l'intégration des principaux paramètres (composantes) de l'organisation du travail et de la gestion des organisations, incluant en particulier les caractéristiques de la main-d'œuvre et du travail, ainsi que les conditions de santé et de sécurité du travail.

Toutefois, malgré le degré élevé de formation professionnelle de la majorité du personnel et le fort taux de syndicalisation et de regroupement professionnel de la main-d'œuvre dans ce secteur, le modèle de gestion des changements technologiques et organisationnels utilisé accorde une participation seulement consultative aux employés et aux organisations syndicales et professionnelles qui les regroupent. Il semble que ce modèle de gestion des changements organisationnels est représentatif de l'ensemble du secteur de la santé et des affaires sociales à l'exception, semble-t-il, de quelques organisations dont celles spécialisées dans les soins de réhabilitation social en milieu interne et dans les soins de réhabilitation physique et mentale en milieu naturel.

Organisation de réhabilitation physique et psychologique

Il s'agit d'une organisation en région spécialisée dans les soins de réhabilitation physique et psychologique en milieu naturel. Ces soins sont dispensés dans divers points de services sur le territoire concerné mais aussi à domicile. L'organisation comprend, d'une part, le personnel de direction administrative et le personnel clérical particulièrement limité et, d'autre part, divers groupes de spécialistes qui exercent un large contrôle sur les activités de l'organisation, la coordination et la dispensation des divers services à l'intérieur de leur propre spécialisation de même qu'entre les diverses spécialisations selon les besoins de la clientèle. Elle comprend également un petit service de fabrication, de réparation et de distribution de prothèses pour les patients qui en ont besoin. Les employés, non-syndiqués, sont en grande majorité des professionnels et jouissent d'une large autonomie dans leurs activités de travail et d'une forte cohésion professionnelle. Dans ce contexte, la participation des employés dans la gestion de l'organisation et dans la réalisation de changements organisationnels est plus directe et plus constante. Ils peuvent ainsi exercer une influence plus grande sur la gestion de leur milieu organisationnel et de leurs activités professionnelles.

Les conditions de travail varient selon qu'il s'agit du travail fait dans les locaux de l'organisation ou du travail réalisé au domicile des clients (ou patients). Le travail réalisé dans les locaux de l'organisation est effectué dans un milieu familial, contrôlé et en général adéquat qui procure un niveau de sécurité relativement élevé. Au contraire, le travail à domicile présente des conditions très variables et surtout des problèmes de santé et de sécurité importants, en particulier les risques routiers associés aux déplacements en automobile l'hiver et l'hostilité manifestée par des membres du milieu familial. La pression exercée par les exigences particulières de ces activités professionnelles, par l'insécurité du travail à domicile et par l'incertitude concernant les résultats des traitements et des interventions pratiquées contribuent à créer un climat de tension qui conduit souvent à l'épuisement physique et mentale du personnel concerné. Ceci explique que le dossier de santé et de sécurité du travail contient très peu de problèmes physiques (accidents du travail), mais surtout, et presque exclusivement, des problèmes de santé mentale: épuisement physique et professionnel, *burnout*, etc. qui entraînent habituellement de longues absences du travail.

Conclusion

La gestion des changements technologiques et organisationnels se ressemblent en général d'un secteur d'activité à un autre. Il faut cependant souligner certaines différences entre les secteurs et les organisations à l'intérieur d'un même secteur.

En ce qui concerne le degré de contrôle exercé par l'organisation sur les changements technologiques et organisationnels, c'est l'autonomie de l'organisation qui domine. Les types de changement, les objectifs visés, la nature du projet de changement et ses caractéristiques sont sous la responsabilité de la direction de l'organisation et/ou d'une équipe ou d'un comité interne représentatif des diverses fonctions, services ou sous unités de l'organisation. Cette autonomie est plus ou moins variable selon les secteurs concernés et, à l'intérieur d'un même secteur, selon les organisations. Dans le secteur de l'automobile, les producteurs d'automobile exercent un contrôle non négligeable sur l'apparence extérieure des édifices et sur leur aménagement et leur apparence internes (en particulier la salle de montre, le poste de réception des clients et celui de la gestion du service d'entretien et de réparation) en vue de créer un milieu le plus efficace et le plus propice possible à la vente de véhicule et à la satisfaction des clients des divers services offerts. Cette préoccupation vise à créer chez les employés et la clientèle une identification et un attachement aussi forts que possible au producteur et à ses marques de commerce ainsi qu'au détaillant et son personnel. Les producteurs exercent aussi habituellement un contrôle important sur les garanties concernant la qualité des produits, le financement des ventes et les services après vente. Par ailleurs, la gestion interne et quotidienne de l'entreprise est sous le contrôle du propriétaire de l'organisation et les questions de santé et de sécurité du travail relèvent complètement de sa responsabilité.

Une situation semblable existe dans les secteurs de la santé et des services sociaux et celui des affaires municipales mais à un degré encore peut-être plus prononcé compte tenu de l'importance sociale et économique plus grande de ces services pour la population. Dans le secteur de la santé, les établissements sont régis et financés largement par l'État non seulement dans leur constitution et leur organisation, mais aussi dans leur fonctionnement (par exemple par le biais des régies régionales de la santé et des affaires sociales). Dans le secteur des affaires municipales, le contrôle exercé par l'État est moins direct et s'avère moins important compte tenu du fait que les services municipaux (qui sont financés par les taxes municipales locales) relèvent directement des municipalités locales. Celles-ci ont donc ainsi intérêt à apporter une attention particulière à la question de la santé et de la sécurité du travail.

En ce qui concerne l'intégration des divers paramètres de la gestion, l'étude révèle que la question de la santé et de la sécurité du travail, qui nous intéresse tout particulièrement ici, ne reçoit pas toujours l'attention qu'elle mérite. En principe, elle fait partie des paramètres de la gestion au même niveau que les autres et les organisations doivent se soumettre aux exigences administratives qui la concernent. Cependant, on est porté à s'y intéresser vraiment surtout lorsqu'il y a des événements particuliers qui se produisent et qui ont des répercussions importantes sur l'entreprise et le milieu organisationnel. Cette constatation vaut en général pour l'ensemble des organisations qui ont fait l'objet de l'étude. Cependant il est important de souligner l'important virage qui a été pris sous ce rapport par l'administration municipale qui a

fait partie de notre étude et qui constitue un modèle important à suivre pour l'ensemble des organisations en ce qui concerne, en particulier, l'implication collective directe et quotidienne des employés dans la santé et la sécurité du travail.

Du point de vue de la participation des employés dans la gestion de la santé et de la sécurité du travail, il faut signaler que la situation est variable et que le niveau de participation est plutôt faible en général et, dans certains cas, à toute fin égale, inexistant. Là où il y a un comité de santé et de sécurité du travail, les rencontres du comité sont souvent peu fréquentes et le suivi de ces rencontres n'est pas toujours assuré et quand il est fait, c'est après une période plus ou moins longue (parfois de plusieurs mois). Les employés, surtout lorsqu'ils ne sont pas directement concernés par la santé et la sécurité du travail, sont souvent mal informés. Par exemple, les procès-verbaux ou comptes-rendus des rencontres du comité de santé et de sécurité du travail ne sont pas toujours distribués ou affichés et lus par les employés. Une exception notable déjà mentionnée, celle de l'administration municipale, pourrait servir de modèle de référence important sous ce rapport, encore que, là aussi, la lecture des rapports du comité de santé et sécurité n'est pas une habitude répandue. Cette constatation vaut pour l'ensemble des secteurs.

Dans le chapitre qui suit, nous allons reprendre de façon plus détaillée l'impact sur la santé et la sécurité du travail des changements organisationnels, en l'occurrence la relocalisation d'établissements dans de nouveaux sites et le regroupement de services sur un même site.

4. CHAPITRE 3 : CHANGEMENT ORGANISATIONNEL : GESTION DE CAS DE RELOCALISATION D'ÉTABLISSEMENTS ET DE REGROUPEMENT DE SERVICES

La relocalisation d'entreprise ou d'organisation et le regroupement de services constituent un changement significatif au même titre que les changements technologiques et organisationnels mentionnés précédemment. Ils impliquent habituellement des modifications importantes dans l'environnement physique du travail et ils peuvent être associés à des (ou accompagnées de) changements technologiques et organisationnels tout aussi importants (sinon plus) comme l'analyse qui suit va le démontrer. La relocalisation ou le regroupement peuvent avoir un impact important sur la nouvelle disposition des divers départements et services dans l'environnement physique de l'organisation. Le nouveau milieu de travail contribue à modifier l'organisation du travail et les relations de travail (à l'intérieur des divers départements et unités organisationnelles ainsi qu'entre ces diverses unités). L'ensemble des changements provoqués par la relocalisation a ainsi un impact important sur la santé et la sécurité du travail avant le déménagement envisagé tout comme après celui-ci.

Dans notre échantillon d'organisations, nous avons identifié trois cas de relocalisation d'organisation. Le premier concerne la relocalisation des installations d'un concessionnaire d'automobile mentionnée dans le chapitre précédent. Dans les deux autres cas, il s'agit, d'une part, du déménagement d'un centre hospitalier sous-régional dans un nouveau centre de santé à la fine pointe du design et de la technologie actuelle et, d'autre part, du regroupement des services hospitaliers et des services sociaux (CH, CHSLD, CLSC) sous-régional dans un établissement hospitalier et de soins de longue durée déjà existant mais agrandi et partiellement réaménagé. Dans le cas de la concession d'automobile, le personnel concerné est de l'ordre de plus d'une soixantaine d'employés, dans celui du centre hospitalier l'organisation compte plus de deux mille employés et dans le cas du centre intégré de santé et de services sociaux, d'un effectif de plus de cinq cents employés.

Dans ce chapitre, il sera tout d'abord question de l'entreprise concessionnaire d'automobiles. Le cas des deux centres de santé sera ensuite traité dans une deuxième partie de manière comparative. Enfin dans une dernière partie, l'analyse comparative des trois cas nous permettra de pousser plus loin les conclusions sur l'impact des changements technologiques et organisationnels sur la santé et la sécurité du travail.

4.1 Le déménagement d'établissement chez un concessionnaire d'automobiles

Le changement d'établissement et sa relocalisation ont été rendus nécessaires parce que l'édifice original était devenu vétuste et que l'espace et l'aménagement des lieux ne correspondaient plus aux besoins de l'entreprise, à sa croissance rapide et à l'évolution des produits automobiles. La conception et la construction du nouvel établissement étaient sous la direction du concessionnaire qui en était le propriétaire. Cependant, le fabricant d'automobile exerçait certains droits de regard sur la conception d'ensemble du projet par le biais d'une firme conseil chargée d'aider le concessionnaire dans l'élaboration des plans et divers aspects physiques du

projet. Ceux-ci touchaient, en particulier, l'apparence et l'aménagement extérieur des lieux et de l'édifice ainsi que ceux de l'intérieur qui exercent une influence importante sur la clientèle de même que sur le personnel. Ces exigences concernaient en particulier l'apparence architecturale de l'édifice et les couleurs utilisées à l'extérieur et, à l'intérieur, les couleurs des murs dans le hall d'entrée et la salle de montre des véhicules, dans les postes et les bureaux des vendeurs et du personnel, dans la salle de réunion et les bureaux des cadres et dans l'atelier mécanique fréquenté par la clientèle. Elles concernaient également, les tapis et la céramique des planchers. Par exemple, le tapis dans la salle de réunion doit être le même dans tous les concessionnaires du fabricant. Il en va de même pour la céramique du plancher dans la salle de montre. Dans l'atelier mécanique, les conseillers du fabricant avaient fait des suggestions sur la configuration et la disposition des postes de travail de manière à assurer le déplacement des véhicules de la façon la plus efficace et sécuritaire possible. De plus, le fabricant ne faisait aucune exception aux couleurs qui devaient être utilisées dans cet atelier. La raison en était que cette place était particulièrement stratégique pour les clients qui s'y rendent. Les représentants du fabricant avaient également aidé dans la localisation des élévateurs.

Cependant, l'application et le respect des normes de construction et celles de la santé et de sécurité concernaient directement le détaillant concessionnaire et non le fabricant. Les normes de construction relevaient de la Régie du bâtiment (par exemple celles concernant les systèmes de ventilation dans les diverses parties de l'édifice, en particulier dans les ateliers mécaniques et de carrosserie). Le détaillant était également responsable de l'application des normes de santé et de sécurité régie par la Commission de la Santé et de la Sécurité du travail.

Tout comme l'ensemble des divers fabricants de véhicules moteurs, depuis plusieurs années, le fabricant accordait une attention toute spéciale à la clientèle. Plusieurs nouveaux programmes visaient à fidéliser celle-ci. Dans ce but, la qualité du service et de la relation avec les clients faisait l'objet d'une attention toute particulière. Si quelqu'un avait un problème, le fabricant suivait le dossier de ce problème jusqu'à la pleine satisfaction du client. Le résultat de cette politique de gestion était que le taux de fidélité de la clientèle à l'achat d'un véhicule était ainsi deux fois plus élevé chez ce fabricant que chez ses concurrents.

Le déménagement dans le nouveau complexe fut réalisé par les responsables des divers départements en une fin de semaine sans l'implication des employés. Cette opération concernait principalement quelques pièces d'équipement utilisées dans l'entretien et la réparation des véhicules qui avaient encore valeur d'usage, l'inventaire complet des pièces de rechange et certains éléments du mobilier. Afin de faciliter la transition dans le nouveau milieu de travail, les employés pouvaient visiter le site dans leurs pauses ou à la fin de la journée de travail dans les dernières semaines de la construction du nouvel établissement situé à proximité du vieux site de travail actuel. Ces derniers avaient été informés qu'après la fermeture du vieux garage le vendredi après-midi, ils devaient se rapporter au travail le lundi suivant dans le nouvel établissement, à l'heure habituelle. L'entreprise voulait créer le moins d'inconvénients possible pour sa clientèle qui avait attendu avec un grand intérêt cet événement qui avait reçu un fort battage publicitaire. Du point de vue du travail, les quelques soixante employés reprurent leurs tâches normales dans un nouvel espace de travail, en général plus spacieux, mieux éclairé et mieux ventilé, avec essentiellement le même outillage sauf pour les mécaniciens qui travaillaient

maintenant avec un système de diagnostic électronique et informatique des plus sophistiqués et des postes de travail tout neufs.

Deux ans après le déménagement, le bilan de l'expérience était mixte. Selon un cadre de la direction, le processus de changement avait été difficile et le demeurait encore. Au niveau organisationnel il fallait gérer une forte augmentation des activités, de la clientèle et des attentes de celle-ci, phénomène amplifié par le fort battage publicitaire qui avait entouré l'ouverture du nouveau complexe automobile et en avait fait un évènement majeur. Les employés devaient faire en même temps la transition à une nouvelle façon de travailler, le système « *drive through* », un processus de travail difficile auquel ils devaient s'habituer. Dans ce système, les clients, au lieu de laisser leur véhicule dans la cour, le conduisent dans l'aire de réception intérieure pour être pris en charge par le personnel du service d'entretien et de réparation à partir des informations préliminaires fournies par les clients sur les besoins ou les problèmes du véhicule. Cette nouvelle procédure créait une dynamique qui offrait une grande valeur d'ouvrage et de croissance. L'entreprise avait fait un investissement très important et elle se devait de réussir. De plus le déménagement s'était fait à l'automne en pleine période de vente et de changement de pneus. La pression sur le personnel de direction et les employés n'en était que plus lourde.

Gérer cette croissance en même temps s'est révélé très difficile. Près de deux ans plus tard, selon un chef de département, on était encore dans cette période de transition. Des tensions s'étaient manifestées en particulier dans le personnel de gestion et d'encadrement. Le gérant du service avait quitté son poste et son remplaçant devait arriver bientôt. Mais il fallait aider celui-ci à s'intégrer dans l'entreprise et cela contribuait à la surcharge de travail du personnel de direction et d'encadrement.

Il n'y a pas vraiment eu de mauvaises surprises, semble-t-il, sauf du point de vue socio-organisationnel où ça s'est avéré particulièrement difficile. Le personnel a dû faire face à une surcharge de travail et, pour certains (par exemple les techniciens ou mécaniciens), à une nouvelle méthode de travail. Il a fallu que les membres du personnel changent « leur zone de confort ». Il y avait quinze ans que les gens travaillaient d'une certaine manière et ils devaient la modifier sérieusement. On arrivait dans de nouveaux locaux et on devait travailler maintenant sur la base de procédures écrites et avec l'informatique. Cette façon de faire n'était pas nécessairement suivie, surtout dans le département du service de réparation où le directeur en poste avait de la difficulté à impliquer son personnel. Cela concernait aussi en particulier la prise de rendez-vous. Les clients ne respectaient pas l'horaire qu'on leur donnait et ils arrivaient en même temps créant beaucoup de congestion et de confusion. Il fallait faire l'éducation des clients.

Par ailleurs, les nouveaux ateliers de travail étaient propres, bien éclairés, l'espace était grand, tout était neuf. La productivité avait augmenté mais elle était encore inférieure à la norme visée par l'entreprise et le fabricant pour rentabiliser les investissements réalisés. Il y avait beaucoup de tâches à accomplir qui s'étaient accumulées depuis plusieurs années et c'est ce que le nouveau directeur général s'était mis en train de réaliser. On ne pouvait plus traiter les gens comme on le faisait il y avait vingt ans. Le changement de génération allait permettre d'améliorer beaucoup de choses. Il fallait changer la méthode de travailler du personnel. Il fallait gérer la croissance et les nouveaux comportements des employés en plus d'autres problèmes internes de l'organisation qui

trainaient depuis plusieurs années et qu'on ne pouvait plus ignorer ou tolérer. C'était un défi assez large qui exigeait beaucoup des dirigeants. Le problème des rapports inter services n'avait pas changé sauf que, après le déménagement, les choses étaient plus difficiles parce que les gens étaient tous sous pression : une augmentation importante de l'achalandage, de sérieuses difficultés de relations interpersonnelles dans le service des pièces et celui du département de la mécanique et celui de la carrosserie marquées par le départ du gérant du service mécanique et de celui de la carrosserie à la suite de conflits interpersonnels impliquant, entre autres, des responsables syndicaux. Dans ce sens, les conflits existant avant le déménagement ont été exacerbés après celui-ci par les changements dans les procédures d'accueil des clients et de traitement de leurs problèmes, les pressions créées par l'augmentation subite de la clientèle et les changements technologiques surtout dans le département de la mécanique.

Le cas particulier des vendeurs d'automobile

Le groupe des vendeurs d'automobiles a ressenti particulièrement cette pression. Le volume des ventes réalisées par chacun des vendeurs par période mensuelle est affiché sur un tableau dans la salle de réunion et fait l'objet d'un contrôle très suivi. Le climat de changement créé par le déménagement et les changements à la direction ainsi que le départ de plusieurs vendeurs a contribué à remettre en question certains aspects du mode de rémunération à la pièce (i.e. à la vente) tel que pratiqué dans l'industrie. Les fortes fluctuations des ventes de véhicules selon les saisons étaient en cause. En général, les ventes sont largement concentrées pendant le printemps et l'automne. Ces fortes fluctuations saisonnières ont un impact majeur sur la gestion du budget familial. En haute saison, au printemps et à l'automne, les vendeurs ont tendance à dépenser davantage. Les périodes de disette de l'hiver et de l'été ont été dures et ils ont accumulé quelques dettes qu'ils doivent rembourser. De plus, les vacances d'été approchent et la période des Fêtes n'est pas loin. Ces périodes sont suivies par deux périodes correspondantes de disette (l'été et l'hiver) qui affectent considérablement la santé mentale et physique des vendeurs.

Face aux longues heures de travail sans résultats tangibles et à l'insécurité dans laquelle cette situation place la famille, plusieurs d'entre eux, incapables d'assurer un volume de vente suffisant et de s'adapter au nouveau contexte organisationnel, durent quitter leur emploi. Il fallut faire appel à l'aide d'un consultant professionnel pour aider certains vendeurs à surmonter leurs problèmes. Finalement, les vendeurs firent corps et obtinrent des changements importants dans leur mode de rémunération à la commission afin de réduire la pression des fluctuations saisonnières du volume des ventes. D'une part, le fabricant institua un nouveau système de prix suggéré pour ses produits (c'est-à-dire un prix de vente non négociable ou prix unique pour chacun des différents modèles et types de véhicules). On éliminait ainsi l'anxiété et l'insécurité créées par la phase de négociation traditionnelle du prix de vente. Ce changement contribua sensiblement à diminuer l'incertitude et les tensions de la vente à commission. De leur côté, les vendeurs se concertèrent et obtinrent également du concessionnaire une modification importante au système de paiement de la commission sur les ventes par lequel le versement de cette commission pourrait être étalé sur l'année de manière à assurer un revenu mensuel plus égal dans les périodes de vente creuses de l'hiver et de l'été. Cela leur permettait dorénavant de mieux équilibrer leur budget familial et d'assurer une plus grande sécurité dans leur famille et d'éliminer le besoin de recours à des consultants sociaux professionnels pour solutionner les problèmes familiaux causés par l'ancien système.

L'informatisation des diagnostics et le développement de l'électronique a nécessité la mise sur pied d'un programme de formation en informatique pour les employés concernés, mais en particulier pour les jeunes employés nouvellement embauchés avec l'expansion de la clientèle. Ceux-ci entraient au travail une heure plus tôt pour apprendre l'informatique. L'entreprise était aussi impliquée avec trois autres concessionnaires et les syndicats concernés dans un programme de formation pour améliorer les compétences des employés qui en avaient besoin. Il y avait un déséquilibre important au niveau des compétences. Plus des trois quarts des techniciens, la main-d'œuvre plus âgée, n'avaient pas passé un examen de base en électricité. On était aussi en train d'examiner la possibilité d'organiser un programme de « coaching » en électronique pour bénéficier de la compétence des employés plus âgés dans ce domaine. Le niveau de productivité était aussi en souffrance.

Les attentes de la clientèle établie, déjà élevées, avaient augmenté du point de vue du service et des produits. Le fournisseur était reconnu pour ses grandes exigences du point de vue de la qualité de ses produits et des services qui y étaient associés et la clientèle s'attendait à rien de moins que la qualité totale. De plus, la clientèle comptait des gens avec des moyens qu'on n'avait pas vus auparavant, une nouvelle clientèle haut de gamme attirée non pas tant par les produits qui étaient déjà bien connus, mais par le prestige du nouvel établissement, de la nouvelle « bâtisse ».. La publicité dans les journaux locaux avait fait beaucoup jaser. L'établissement était considéré par certains comme le plus gros de son fournisseur dans la province.

Malgré le soin et l'attention qui ont été portés à la construction et à l'aménagement interne du nouveau site, quelques problèmes de santé et sécurité sont apparus une fois que le travail a repris dans le nouveau site. Entre autres, dans le département de la carrosserie, un département connu pour son environnement problématique du point de vue de la santé et de la sécurité du travail, le nouvel aménagement n'avait pas résolu les problèmes de poussière et ceux associés à la soudure (étincelles, fumée de soudure, etc.) et à l'outillage âgé qui, pour l'essentiel, n'avait pas été remplacé. Il y avait aussi des problèmes d'espace dans le service de lavage et le département de cosmétique et un problème de ventilation dans l'atelier mécanique. On n'avait pas prévu d'abri chauffé en hiver pour les préposés à la cour extérieure. Il y avait une seule salle de toilette et elle était située dans la salle de démonstration des nouveaux véhicules dans le secteur le plus éloigné des ateliers de mécanique et de la carrosserie. Pour se rendre à la salle de toilette, la quarantaine d'employés des services d'entretien et de réparation étaient obligés de traverser les bureaux d'accueil et la salle d'attente de la clientèle ainsi que l'entrée principale et une partie de la salle de démonstration des nouveaux véhicules. Ils considéraient ce déplacement comme une perte de temps et se sentaient mal à l'aise de circuler au travers des gens de bureau et de la clientèle dans leur vêtements de travail pas toujours propres. Il s'agissait pour eux d'un irritant majeur.

Le bilan

En définitive, si le déménagement avait été à recommencer, est-ce que les choses auraient été faites autrement? Un des principaux cadres supérieurs de l'entreprise a répondu que, physiquement parlant, il n'en était pas question. Il ne se lancerait pas dans un autre projet comme celui-ci. Il y avait trop de choses à faire. Le cheminement qui l'avait conduit à la réalisation de ce

projet avait duré une dizaine d'années. Il n'avait plus la même tolérance. Il y avait encore beaucoup d'anxiété. Il ne s'embarquerait pas dans une telle aventure de son vivant.

« C'est vrai que vous parlez d'anxiété que...On ne passe pas à côté de ça. Veut, veut pas...c'était en pleine période d'été, période de vacances. Nous, on gérait quand même « l'autre bord » (l'ancien établissement). Pis fallait qu'on intervienne régulièrement de ce bord ici. Nos réunions au chantier, pis moi je venais régulièrement superviser pour voir comment c'était, pis, ben : «ça faut pas que soit de même, faut que ça soit comme ça.» C'est sûr que j'ai mis beaucoup de temps ici dans l'été de [la] construction. Pis les gens nous posaient beaucoup de questions. Probablement parce que ils étaient anxieux à savoir comment ça allait fonctionner. »
[L'anxiété à laquelle le cadre supérieur fait référence ici se retrouve également dans le cas du déménagement des centres de santé dont il est question plus loin.]

Conclusion

Si on fait le bilan par rapport aux trois paramètres de gestion qui nous intéressent plus particulièrement, la situation était la suivante. Premièrement, du point de vue de l'autonomie de la gestion, l'entreprise avait une part d'autonomie appréciable, sans doute dominante, dans la réalisation des travaux de construction et d'aménagement et dans leur surveillance puisqu'elle était propriétaire des lieux et le maître d'œuvre du projet. Elle devait cependant se conformer aux lois et aux normes gouvernementales régissant ce type d'équipement. De plus, le design de l'édifice, son apparence extérieure et intérieure et l'aménagement et la disposition intérieurs des diverses fonctions et des services devaient correspondre aux exigences commerciales et aux consignes du fabriquant d'automobile. Celui-ci avait, par exemple, des exigences très précises pour les couleurs de la peinture utilisée dans différentes parties du complexe, exigences basées semble-t-il sur des études concernant l'influence des couleurs sur les attitudes et les comportements des clients et du personnel. D'autres normes avaient trait à la localisation des diverses fonctions et l'aménagement des divers départements : les bureaux du personnel de direction, la salle de réunion, les bureaux et les postes du personnel clérical, des vendeurs de véhicules, etc. en ce qui concerne leur localisation dans l'édifice, le fait qu'ils soient ou non à aire ouverte, la présence de tapis ou non, la hauteur des divisions qui les séparent, la disposition de la salle de montre, le poste d'accueil à l'entrée, etc.

Deuxièmement, les dirigeants de l'entreprise ne semblent pas avoir accordé une place spéciale à la santé et à la sécurité du travail dans les paramètres de la gestion du changement, que ce soit dans les aspects techniques, matériels et sociaux-organisationnels du processus de changement. Les dirigeants semblent avoir pris pour acquis que la construction d'un complexe des plus modernes assurait en elle-même des conditions de travail et un environnement du travail des plus sécuritaires. En ce sens, la gestion du projet semble avoir été, d'abord et principalement, une gestion technique et financière. Il n'y a pas eu de bavures majeures en ce qui concerne la santé et la sécurité du travail du point de vue physique. Tout de même, quelques problèmes de nature environnementale non négligeables sont apparus après coup : par exemple, des problèmes de ventilation dans l'atelier mécanique et celui de la carrosserie (les améliorations à ce sujet avaient été faites au moment de l'étude), l'accès difficile et éloigné des toilettes pour les employés des départements de mécanique et de carrosserie ainsi que de celui de la cosmétique (endroits localisés aux deux extrémités opposées du complexe), la vétusté de certains équipements

mécaniques dans le département de la carrosserie et l'absence d'un poste de travail extérieur chauffé l'hiver pour le (ou les) préposés à la cour de stationnement des véhicules neufs et usagés.

Troisièmement, du point de vue de l'implication des employés dans le projet, la gestion de la construction du nouvel établissement n'a pas été placée sous le signe de la participation des employés, sous forme de consultation ou autrement, ni dans sa conception, ni dans sa réalisation. La gestion du changement est demeurée la seule responsabilité des propriétaires et de la direction de l'établissement et des représentants du fabricant. Compte tenu des difficultés et des problèmes vécus tels qu'indiqués précédemment, il apparaît que l'organisation aurait probablement pu tirer profit d'une plus grande participation du personnel dans la réalisation de ce projet majeur dès le moment où il a été lancé. Cette participation aurait sans doute contribué à mettre à jour les conflits et les tensions qui existaient au point de départ dans l'organisation, conflits et tensions qui ont été exacerbés par le processus du déménagement et qui n'ont été finalement résolus seulement qu'au bout de plus de deux ans de tensions et de conflits impliquant le remplacement de plusieurs cadres pendant la période d'intégration qui a suivi le déménagement.

4.2 Les deux centres de santé

Dans le secteur de la santé et des services sociaux, les deux cas de relocalisation (dont l'une partielle) ce sont avérés réussis mais non sans problèmes organisationnels et physiques de diverses natures. Dans le cas de la relocalisation partielle, il s'agissait de compléter, d'une part, l'intégration physique et organisationnelle du CLSC régional avec le Centre hospitalier de soins de courte durée et le Centre de soins de longue durée et, d'autre part, d'effectuer une réorganisation fondamentale et une restructuration de l'ensemble des services assurés par ces trois entités. Le dossier de la santé et de la sécurité du travail en a subi les répercussions, en particulier du point de vue de la gestion participative des diverses instances organisationnelles impliquées, telles que les instances syndicales. Dans l'autre cas de centre hospitalier, il s'agissait du déménagement d'un hôpital logé dans un établissement âgé et devenu beaucoup trop petit dans un nouvel établissement spacieux entièrement neuf.

4.2.1 Le Centre intégré de santé et de services sociaux

Dans ce premier cas d'établissement de santé et de services sociaux, il s'est agi du regroupement des services sociaux (CLSC) avec un établissement de santé (CH et CHSLD) déjà existant mais récemment intégré. Le regroupement organisationnel et physique du personnel a été imposé contre la volonté du CLSC par le Ministère de la Santé. La fusion permettait de regrouper les soins divers dans un même centre. Cette mesure était considérée comme nécessaire pour assurer l'intégration des services, briser les frontières professionnelles, améliorer l'efficacité (synergie) des divers services et fonctions du nouvel établissement, et développer une meilleure compréhension du rôle et des fonctions de chaque service, unité, et groupe professionnel. La fusion était aussi liée à la question des économies du réseau de la santé en général. Les argentés épargnés (par exemple grâce à la réduction des postes d'encadrement supérieurs) pouvaient être utilisés pour financer d'autres postes qui étaient créés dans les services.

Deux ou trois ans plus tard, le déménagement du CLSC dans les nouveaux locaux construits à cet effet et rattachés au centre hospitalier ne s'est pas fait sans certaines craintes et réticences venant de son personnel. Au début, les employés avaient peur de perdre leur emploi, mais le CLSC est demeuré entier de même que l'équipe qui le constituait. Dans l'ensemble du nouveau centre de santé, seulement une dizaine d'emplois sur les quelques 600 que compte la nouvelle organisation furent éliminés, soit moins de 2% des emplois. Du point de vue des aménagements physiques, les membres du personnel du CLSC eurent amplement de temps (deux ans) pour donner leur avis sur les plans d'aménagement du nouvel édifice dans lequel ils allaient être logés, le choix des bureaux et d'autres considérations pertinentes. La consultation s'est déroulée progressivement. Le plan d'aménagement a été affiché pendant au moins une année et les gens ont pu se faire une bonne image des nouveaux lieux. Ils ont pu faire valoir leurs préférences sur les divers aspects du nouveau milieu de travail. Le déménagement du CLSC dans les nouveaux locaux s'est avéré un peu difficile et la direction a reçu certaines remarques des employés, mais, somme toute, sans problèmes majeurs du point de vue des installations physiques. Les vrais problèmes sont apparus quand il s'est agi d'intégrer le personnel du CLSC dans les nouvelles structures de gestion de l'établissement.

De son côté, la section dans laquelle les services hospitaliers étaient logés fut agrandie d'une extension et de certains réaménagement afin de mieux répondre aux besoins croissants de la clientèle (incluant, entre autres, un nouveau hall d'entrée et de réception et l'installation d'un scanner).

4.2.2 Mode de gestion des changements socio-organisationnels

Pour piloter ces changements, le conseil de direction de l'hôpital fit appel à un nouveau directeur général recruté par le biais d'un concours ouvert. Au moment de son recrutement, celui-ci bénéficiait d'une longue expérience administrative dans les services sociaux. Diplômé de l'ENAP, il s'était spécialisé en planification stratégique et en gestion du changement. Il avait déjà en tête l'orientation que ces changements devaient prendre et l'essentiel de la démarche qui devait être suivi pour les réaliser. Cette orientation nécessaire pour réussir le regroupement du CLSC avec les deux autres services et leur véritable intégration reposait sur le concept de « *programme* ». Il fallait donc, dès le point de départ, abandonner le modèle du « *silo* » qui avait caractérisé le fonctionnement séparé des organisations concernées. Il avait une bonne expérience de collaboration avec les communautés locales et il était inspiré par les nouvelles orientations proposées dans divers rapports gouvernementaux (en particulier celui de la Commission Rochon et celui du groupe Clair) qui mettaient de l'avant les réseaux intégrés de services.

Le point de départ de cette approche était l'existence de trois grandes familles de clientèle : celle des services sociaux à la communauté, celle des soins de santé physique et celle des soins de longue durée aux personnes en perte d'autonomie. Tous les services existants qui pouvaient rendre un service à une clientèle particulière allaient être regroupés autour de cette clientèle. À la place de mission, on parlait de services préventifs, de services curatifs et de services de soutien à long terme. C'est ainsi qu'à partir des besoins de la clientèle « *personnes en perte d'autonomie* », on regroupait les services du soutien à domicile du CLSC, le centre d'hébergement de longue

durée, mais aussi le centre de jour pour personnes âgées qui était au CHSLD et l'hôpital de jour qui était dans la partie hospitalière pour personnes âgées.

En réunissant tous les services, peu importe leur provenance (CLSC, CH, CHSLD), autour de la clientèle, c'est l'organisation professionnelle qui devait s'ajuster pour rendre un service intégré à la personne concernée. Une nouvelle dynamique organisationnelle se développait. Les membres des services apprenaient à se connaître, à connaître les divers services qu'on rend de part et d'autre et à réaliser qu'ils avaient la même clientèle. À partir de cette constatation, les membres de l'organisation allaient eux-mêmes en venir à développer des nouveaux services comme celui du soutien aux aidants naturels avec le centre de jour qui permettait de libérer ceux-ci de la garde des personnes en perte d'autonomie pour une certaine période. Pour les personnes en perte de santé physique, on a regroupé des services comme celui des prélèvements et le service infirmier courant autour de la clientèle « *physique* ». On a fait la même chose pour les services à la communauté. Ainsi, le département de psychiatrie, qui était surtout une clinique externe à l'hôpital, a été regroupé avec les services dans la communauté. En effet ce département était beaucoup plus en lien effectivement avec cette population et, maintenant, avec les travailleurs sociaux et les infirmières du CLSC qui avaient cette clientèle commune.

Une fois que le projet fut bien clair et mis par écrit, la direction a organisé des rencontres avec le personnel et les divers quarts de travail pour expliquer la logique de cette réforme et les regroupements possibles. Le personnel avait la possibilité de réagir et de dire s'il préférait changer de service ou de programme. La direction a reçu des commentaires intéressants et a fait des changements en conséquence. La préoccupation principale qui a émergé concernait la sécurité d'emploi. « *Mon poste allait-t-il être coupé?* ». « *Où se retrouverait-il dans cette nouvelle structure?* ». Il y avait une véritable inquiétude à ce sujet. La direction leur a répondu qu'il n'y avait aucun poste de coupé. L'approche utilisée ne visait pas à éliminer des postes. La réforme avait comme objectif de créer une synergie et de développer une autre façon de faire. Les employés qui devaient transférer dans d'autres unités conservaient leurs droits, y compris leur ancienneté. À ce sujet, le directeur des ressources humaines assurait les liens avec les organisations syndicales et faisait en sorte que l'information circulait dans les deux sens.

La gestion des changements a reposé largement sur la consultation des groupes concernés à tous les niveaux comme le rappelait, elle aussi, une cadre des services cliniques. « *Il y a eu des consultations avant qu'on s'en vienne en mode des trois programmes. Tous les groupes ont été rencontrés. Les gens pouvaient faire des représentations au niveau de la direction qui était là à ce moment, comme une direction transitoire. Il y avait des représentants du CLSC parce que, nous l'hébergement (CHSLD) et l'hôpital, on était déjà ensemble. (...) Tout le monde pouvait apporter sa version. Il y a eu des rencontres avec le personnel, les divers quarts de travail, pour présenter le projet, pour qu'ils donnent leurs commentaires, on leur a laissé du temps.* »

Sur la base de ces commentaires et recommandations, des modifications ont été apportées au projet. La direction a décidé de poursuivre sur cette base quitte à faire d'autres changements en cours de route si nécessaire. Entre autres, les travailleurs sociaux qui étaient tous « en perte d'autonomie » sont passés sous la direction des services cliniques compte tenu que leurs activités cliniques se déroulaient uniquement dans des secteurs particuliers.

La conception et l'exécution de ces transformations organisationnelles ont été faites complètement sous la responsabilité du personnel interne déjà en place au CLSC et à l'Hôpital, c'est-à-dire un comité de direction composé du directeur général et des chefs de services pour le CLSC et des directeurs de service pour l'Hôpital. Il n'y a eu aucun recours à l'expertise extérieure pour effectuer la réorganisation des services. Par exemple, quand, au bout de six mois, est venu le temps d'instituer l'approche par programme, on a changé l'équipe de direction. On a aboli tous les postes de cadres et on a établi une nouvelle structure comprenant trois directions pour les trois programmes et les chefs de service. On a comblé tous ces postes par du personnel à l'interne. Certains des anciens cadres ont décidé de partir, d'autres sont retournés dans des postes intermédiaires. Le nouveau comité de direction comprenait la moitié de nouveaux membres. La période de six mois a permis de faire, en quelque sorte, un ballottage faisant apparaître les individus les plus aptes à occuper des postes par la suite dans la nouvelle organisation.

Pour une, la direction des services cliniques a établi sa structure de fonctionnement en créant un comité de gestion, incluant les assistants de tous les secteurs, qui tenait sa rencontre une fois par mois. On y discutait ensemble de la situation, des projets envisagés, des difficultés vécues, etc. Par exemple, quelqu'un prenait une décision dans un secteur (imagerie médicale), quel impact cela allait-il avoir sur les autres secteurs? Après un an et demi de fonctionnement, le bilan était positif. Des liens s'étaient créés. C'était un vrai forum de discussion et de solutions à l'intérieur du programme. On a aussi créé un comité inter-programme qui faisait la même chose à son niveau. Mais déjà dans son programme qui existait depuis plus longtemps, la direction était satisfaite du travail accompli, en particulier de « *faciliter l'accès aux soins hospitaliers aux patients des soins de longue durée* » (CHSLD gériatrie).

A un niveau plus élevé, il y avait le comité de direction avec le directeur général, le directeur des services administratifs et les directeurs des autres services qui se réunissait hebdomadairement. Cette réforme a été considérée comme un changement majeur. Il a fallu intégrer les divers groupes d'un point de vue d'abord légal et syndical mais ensuite, et de façon plus fondamentale, d'un point de vue culturel.

4.2.3 La fusion des groupes syndicaux

La question syndicale, qui relevait d'instances extérieures, concernait les différences d'appartenance syndicale et leur impact négatif sur la collaboration dans le travail. Cette question fut réglée au niveau provincial, par le programme gouvernemental de fusion des unités syndicales dans le milieu de la santé et des affaires sociales. Selon un haut dirigeant de l'administration, ce regroupement tombait à point et, surtout, tous les employés allaient conserver leur ancienneté. Ce changement se révélait une mesure qui devait éviter des problèmes considérables.

Dans le cadre de cette réforme, la fusion du groupe des infirmières professionnelles avec les infirmières-auxiliaires a constitué un changement culturel majeur. Pour les infirmières auxiliaires, la fusion a contribué à améliorer leur travail de façon significative. Avant elles faisaient presque tout, y compris les soins de base et l'alimentation. Maintenant elles pouvaient faire presque tout ce que font les infirmières professionnelles. L'adaptation a été dure pour certaines, mais, selon la présidente de la section des infirmières auxiliaires, tout est rentré dans

l'ordre. Toutefois, la réforme n'avait pas encore réussi à faire disparaître les cloisonnements professionnels qui caractérisaient le milieu travail. Le manque de communication entre les infirmières, les infirmières auxiliaires et les préposés aux bénéficiaires demeurait encore un gros problème dans le milieu de travail, un aspect sur lequel la responsable syndicale a beaucoup insisté. Chacun et chacune étaient à leurs tâches, bien occupées, mais ils ne formaient pas une véritable équipe. Par exemple, le préposé aux bénéficiaires pouvait se rendre compte qu'un équipement était défectueux, mais il n'allait pas en informer les autres membres du groupe (i.e. les infirmières). De son côté, l'infirmière diplômée n'allait pas communiquer avec les infirmières auxiliaires de son équipe. Dans l'ensemble, le cloisonnement professionnel est demeuré très fort et les statuts professionnels très affirmés à l'image des rapports entretenus par le personnel médical.

De toute évidence, les différences d'appartenance professionnelle et culturelle des divers groupes d'employés n'était pas disparues. Il reste que, dans le cas de cet établissement, ces différences d'appartenance n'ont pas empêché la collaboration des employés dans le travail. Comme le mentionnait une responsable, « *elles (les infirmières) font des choses ensembles parce qu'elles ont compris que pour la clientèle c'est important. Mais elles acceptent aussi de faire des choses qui ne relèvent pas de leur fonction. C'est du non-dit là, mais c'est majeur.* » On peut penser que cette collaboration tacite était sans doute rendue possible parce qu'il s'agissait d'un petit établissement de santé en milieu semi-urbain où tout le monde se connaît et les relations sociales sont plus denses.

La réorganisation des services nécessitait une intégration de tous les dossiers des trois services. Cependant, au moment de l'étude, cette intégration n'avait pas encore été faite à la suite du retard dans l'élaboration des logiciels qui relevait d'instances extérieures. Cette situation n'était pas sans créer beaucoup de frustration, en particulier dans le suivi des diverses interventions qui devaient être faites chez les patients. On se consolait à l'idée que la situation n'était pas meilleure dans les grands hôpitaux de Montréal où, selon une cadre administrative, on rapportait que deux de ceux-ci ignoraient que l'un d'entre eux était en déficit de lits alors que l'autre était en surplus.

4.2.4 Les différences de cultures professionnelles

Rendu au milieu de la deuxième année de la fusion, on en était encore au niveau de la culture professionnelle des trois groupes d'employés : ceux du CLSC, ceux du CH et ceux du CHSLD. Si l'intégration structurelle s'était relativement bien passée, il n'en était pas de même de l'intégration culturelle. On peut parler dans ce cas d'un véritable choc culturel. Malgré le regroupement physique des trois services, leur intégration organisationnelle s'est révélée difficile à cause des différences dans la culture professionnelle de chaque groupe, en particulier les employés professionnels du CLSC. Selon un cadre du CLSC, il s'agissait principalement d'un problème social : ce qui est attendu des employés du CLSC par rapport à ce qu'ils peuvent faire. Au niveau physique, les accidents sont minimes. Mais au niveau mental, le stress est très présent. Dans un premier temps, il y a les attentes des gens qui sont dans la misère, les problèmes sociaux, et l'obligation qui est faite aux professionnels et travailleurs sociaux du CLSC de produire des résultats aux quatre ans. Ces résultats ne sont pas toujours évidents quand il s'agit de changer les habitudes de vie de la population (alimentation déficiente, tabagisme, alcoolisme,

etc.). Dans un deuxième temps, il y a le contact avec la misère, avec des gens qui sont en difficulté et pour lesquels il n'y a pas de solutions. Cela conduit souvent à un surinvestissement dans ces missions.

Dans les services, le stress affectait surtout les employés de première ligne (comme les réceptionnistes, les téléphonistes) qui vivent toutes ces pressions (par exemple, les gens qui ont un rendez-vous et le médecin ou le travailleur social n'est pas là). Il y avait un paradoxe dans ces fonctions où des employés bien rémunérés utilisent devant la clientèle les technologies les plus modernes de gestion et de communication, un système informatisé et sophistiqué mais qui ne répond pas toujours, qui bloque, devient défectueux et devant lequel on est impuissant. On n'avait plus l'information, elle n'était pas accessible et ça frustrait beaucoup les gens. Ceux-ci ne comprenaient pas pourquoi la téléphoniste ne pouvait pas aller sur l'écran et résoudre le problème.

De son côté, le personnel d'intervention affichait un taux d'absentéisme élevé. Habituellement l'absentéisme est relié principalement à des facteurs extérieurs au milieu de travail et associés à la vie privée des employés : deuil, divorce, maladies des enfants, etc. Dans le cas des CLSC, il semblerait qu'il y avait un lien aussi avec le travail lui-même parce que les conditions de travail difficiles font que les employés ont moins de ressources pour faire face aux situations familiales problématiques. Autrement dit, selon un cadre supérieur, quand les gens éprouvent du plaisir au travail, ils reviennent plus vite au travail et sont mieux préparés à faire face à leurs propres problèmes familiaux. Il semblerait y avoir aussi un autre facteur qui a contribué à accentuer l'importance de l'absentéisme : la façon de traiter le problème. A l'époque, quand c'était le CLSC, l'employé malade voyait son médecin et celui-ci lui donnait une semaine de repos. Mais depuis la fusion avec le CH, le médecin donnait tout de suite trois semaines parce qu'il y avait un préjugé voulant que, si on travaille dans un CH, on est soumis à beaucoup de stress. Toujours selon le même cadre, plusieurs facteurs étaient en cause. Premièrement, les heures de travail sont plus longues dans un CH. De plus, quand on travaille dans un grand établissement, le travail est très dur. Quand on s'occupe aussi de délinquants on fait un travail de missionnaire. A cela s'ajoute le fait qu'il est beaucoup plus difficile de suivre la maladie mentale que la maladie physique. Mais remettre en question la santé mentale est perçu comme une attitude de sans cœur. La santé mentale, c'est le secteur le plus dur dans l'estimation et dans la piste thérapeutique.

La période de changement n'a pas été marquée par une augmentation importante d'absentéisme. Selon un responsable du CLSC, l'absentéisme était davantage relié au fait de travailler dans un grand établissement qu'au changement d'appartenance lui-même. Les conseillers du CLSC étaient habitués d'être seul, de travailler dans leur propre environnement. Ils ont subi un premier choc culturel quand ils sont arrivés pour travailler dans les murs de l'hôpital. Mais le choc a été encore plus fort quand la direction des services hospitaliers a voulu les faire travailler avec les gens de ce service. Ceux qui étaient en place ont quitté. Ils n'ont pas été capables de faire ce pas là. Ils ont fait des « *burnouts* » et on a dû les remplacer. La rationalisation organisationnelle était en train de changer la vie et les rapports sociaux de travail.

4.2.5 Deux cultures à concilier : deux points de vue, deux représentations sociales

Les problèmes mentionnés plus haut tenaient de la différence dans la hiérarchisation selon le responsable du CLSC. Quand il a embauché les gens au CLSC, il avait la supervision directe du personnel. Le travail en équipe dans le CLSC est très important. Ils ont développé une conscience au niveau pro-communautaire et parfois ils ont une orientation philosophique. Ils sont orientés sur l'accès aux services communautaires. C'est une approche de type « *communauté médicale* ». Dans le système hospitalier, la supervision est indirecte, elle s'exerce par rapport aux résultats de leur travail. De plus, la communauté médicale n'est pas homogène. Quand ils ont à négocier une convention collective, ils négocient ensemble. Mais quand ça se règle, chacun a son orientation, sa philosophie. Ce qui avait frappé ce responsable depuis qu'il travaillait dans le centre hospitalier intégré, c'est que l'appartenance du personnel n'était pas tant à l'hôpital, mais au département dans lequel les gens travaillaient. La notion de communauté n'était pas très présente dans l'hôpital (contrairement à la notion d'appartenance au CLSC qui existait chez ses employés avant la fusion). On va à l'hôpital quand on est malade. L'image de l'hôpital, c'est la maladie. Au CLSC, en plus de la maladie qui explique le lien avec cette organisation, il y a la dimension sociale. Par exemple, pour les aînés hospitalisés qui dépassent un certain âge, il y avait un service de dépistage pour savoir quel va être leur contexte de vie quand ils vont sortir de l'hôpital. De ce point de vue, on obtenait une plus grande efficacité en mariant les deux approches.

Un point de vue différent venant cette fois du milieu hospitalier permet à la fois de confirmer l'essentiel du point de vue précédent et de le compléter en faisant, par exemple, référence au milieu des soins de longue durée. Ainsi, de l'avis d'un cadre du milieu hospitalier, le milieu des services à la communauté constitue un milieu « *spécial* ». Ce sont « *des gens qui travaillent d'abord directement avec la clientèle (d'une façon) très, très autonome. C'est toujours à distance. Ils préparent leur horaire, ils ont beaucoup, beaucoup d'autonomie. Ils peuvent décider du nombre de clients qu'ils vont voir. Pour eux il n'y a pas d'urgence à rendre un service...il y en a, mais ce n'est pas...Eux autres peuvent contrôler la demande. Les gens appellent pour un X, on leur dit qu'on ne peut pas y aller maintenant, on va y aller plus tard.* » Au contraire, « *quand tu es dans le milieu hospitalier, tu ne contrôles pas la demande. Moi j'en ai 112 qui rentrent à l'urgence à 9 :00 heures le matin, faut toute que je les vois. Alors le contexte n'est pas le même... La pensée de travail n'est pas la même non plus. Dans une vocation d'hôpital on est en plus rapide. On est là pour évaluer, faire un plan d'intervention, faut trouver une solution. Avec le contexte du CLSC, on est en accompagnement, on est en souplesse.* »

Dans les soins de longue durée, c'est encore un autre milieu différent. « On parle d'hébergement là, c'est de supporter les gens dans leur dernier milieu de vie finalement, de supporter des familles... C'est une autre clientèle, une autre exigence... Ta clientèle ne peut pas (te rendre reconnaissance)... Tu ne peux pas recevoir beaucoup de ta clientèle. Tandis que les clients en courte durée, t'es guéri de ta pneumonie, tu retournes chez vous, t'es super content, t'arrêtes pas de remercier tout le monde. En longue durée, c'est pas ça là. C'est ingrat. Les familles aussi sont

très, très exigeantes, pour différentes raisons, parce que des fois ça n'a pas d'allure les situations dans lesquelles nos installations et puis tout ça... Nous on fait de la culpabilité par rapport... ».

En définitive, l'intégration était en train de se faire par les opérations du quotidien dans lesquelles les gens se côtoient et apprennent à se connaître. *« C'est ce qu'il y a de mieux. »* Les réunions, les rencontres et les déjeuners avaient peu d'impact. Ce n'était pas très efficace. *« Les gens ne viennent pas, ne se connaissent pas. »* Par contre, c'était différent *« quand il y a des patients, des clients dont la condition fait appel aux services de plusieurs d'entre nous »* (santé mentale, hébergement, etc.), en définitive au travail en équipe.

La question de l'intégration de différentes cultures ne signifie pas la disparition des cultures particulières. Selon un cadre, ces cultures persistent et elles sont utiles parce qu'elles *« viennent avec un savoir-faire, puis un savoir-être. »* Il ne faut pas les nier, mais *« au contraire faire en sorte que ces cultures et ces savoir-faire de différents établissements soient mis ensemble tout simplement. Et ensemble, à force d'interagir on va en développer une autre. »* Si on voulait nier une culture au profit de l'autre, *« ça serait irrespectueux et en même temps on se tirerait dans le pied parce qu'elles ont un savoir-faire qui est utile. »* Ce cadre citait le cas du personnel de l'équipe du soutien à domicile (CLSC) avec laquelle personne ne peut entrer en compétition, même pas les infirmières de l'hôpital, sur les pansements *« parce que les technologies de pansements sont complètement différentes. »* A l'hôpital, il y a une infirmière sur place de façon continue : on peut changer les pansements aux heures. A domicile, on le fait aux 24 heures ou aux 48 heures. *« C'est une nouvelle technologie, un nouveau savoir, une nouvelle façon de faire. »* Ces diverses façons de faire, ces deux services, allaient continuer de se côtoyer. Ensemble ils constituaient un avantage de plus.

Du côté des cadres, la réforme a eu pour effet d'entraîner le départ de plusieurs d'entre eux lorsque la nature du projet de changement fut annoncée. Mais par la suite, le personnel de gestion et d'encadrement est demeuré relativement stable. Le fait pour le Centre hospitalier d'être une institution dans un petit centre régional, où les possibilités d'emploi pour les cadres sont fort réduites, a joué en faveur de leur stabilité car le changement d'emploi ou d'employeur était nécessairement lié à un déménagement. Les gens y pensaient à deux fois avant de bouger. De plus, selon un cadre supérieur, la fusion qui s'était faite ici lui était apparue vraiment confortable en comparaison de celles qu'il avait vécues en région métropolitaine où il avait fait carrière auparavant.

4.2.6 Lésions professionnelles et absentéisme

L'incertitude et la surcharge de travail que les changements ont créé se sont manifestées en santé et sécurité du travail par une forte augmentation des lésions professionnelles. Celles-ci ont quadruplé sur une période de quatre ans. Leur nombre s'est maintenu par la suite mais à un niveau un peu plus bas. De plus, les absences du travail couvertes par l'assurance salaire pour la même période montraient une prédominance marquée pour les problèmes psychologiques comme cause d'absence pour le personnel de trois directions sur quatre : direction clientèle en perte d'autonomie (hébergement de longue durée), direction clientèle services à la communauté (ancien CLSC) et direction services administratifs. Selon les données du programme d'aide aux employés (PAE) assuré par une entreprise en sous-traitance, il en ressortait que les problèmes

familiaux étaient très fréquents et qu'il y avait beaucoup de problèmes psychologiques, mais dont l'origine n'était pas claire.

L'absentéisme était un problème important. C'était un phénomène courant et régulier dans tous les services de l'établissement. Mais il n'était pas assez élevé pour provoquer une crise parce qu'il y avait un facteur facilitant : le personnel s'absente parce que les gens savent qu'ils vont être remplacés. L'absentéisme était particulièrement élevé dans le pavillon d'hébergement de longue durée où il atteignait plus de 10%. Cela affectait une personne sur deux qui travaillaient dans ce secteur. Une des causes principales de cette situation était la lourdeur du travail à faire. Les employés avaient continuellement le sentiment du travail non-accompli parce que, entre autres raisons, ils devaient tourner les coins ronds pour arriver à faire l'essentiel. Il y avait aussi un problème sérieux d'encombrement dans l'aménagement des lieux et d'amélioration à apporter dans l'ameublement et les équipements. A cela, il fallait ajouter le stigma culturel attaché à ces employés qui travaillent avec des personnes en perte d'autonomie et l'absence de reconnaissance dont ils souffraient. Au niveau structurel, les besoins de personnel additionnel n'étaient pas comblés. Ceci contribuait à accentuer le sentiment du travail non accompli. La direction espérait que la Loi 30 sur l'intégration syndicale allait faciliter l'accès au personnel dont ce département avait un pressant besoin et allait améliorer les relations entre les différents groupes d'employés.

Toutefois, la séparation sociale entre le pavillon du centre d'hébergement et celui du centre hospitalier persistait malgré la construction d'un corridor couvert qui relie les deux centres. A un certain moment, la direction du personnel avait préparé un plan d'amélioration du milieu et organisé des rencontres de consultation pour les employés du pavillon mais elle avait fait face à une absence totale de mobilisation des employés. Ceux-ci entraient le matin pour accomplir une « tâche » et se sentaient peu motivés pour s'impliquer dans quelle qu'autre action que ce soit. Les données du programme d'aide aux employés (PAE) (programme assuré par une entreprise en sous-traitance) révélaient que les problèmes familiaux étaient très fréquents au sein du personnel et qu'il y avait beaucoup de problèmes psychologiques, mais dont l'origine n'était pas claire.

4.2.7 Mode de gestion de l'établissement

La gestion de l'établissement est faite de façon relativement décentralisée sur la base de programmes clientèles : la clientèle services à la communauté (CLSC), la clientèle en santé physique (CH) et la clientèle en perte d'autonomie (CHSLD). Les gestionnaires des différents programmes et des services sont imputables vis-à-vis de la direction générale et du directeur général. La gestion participative n'existe pas en tant que modèle comme tel ou marque de commerce. Ça dépend de chaque gestionnaire. En matière de prévention, les décisions sont prises après consultation du milieu. Dans la réorganisation qui s'est produite avec l'intégration du CLSC, il y a eu une consultation générale officielle du plan envisagé dans chaque unité et l'information est remontée au directeur général via chaque direction de services et de clientèles. La fusion a permis de regrouper les soins divers dans un même territoire. Elle est liée aussi à la question des économies du réseau de la santé en général. Les argentés épargnés (par exemple dans la diminution des postes supérieurs) sont utilisés pour financer d'autres postes qui sont créés dans les services. Toutefois, ces économies sont minimes comparées à la croissance annuelle des budgets de la santé aux niveaux provincial et national.

Dans le secteur des soins de courte durée (services cliniques), la gestionnaire en poste a créé, avec les assistants de tous les secteurs, un comité qui se réunit une fois par mois. On y discute ensemble de sa situation, de ses projets, des difficultés vécues, etc. Par exemple, si quelqu'un prend une décision dans le secteur « *imagerie médicale* », on s'interroge sur l'impact que cette décision va avoir sur les autres départements. Après un an et demi d'activités, la directrice notait que des liens s'étaient créés et que c'était devenu un véritable forum de discussion et de solutions à l'intérieur de son programme. A un niveau supérieur, on avait aussi créé un comité inter-programme qui avait un objectif semblable. Déjà, dans le programme des soins de courte durée qui existait depuis plus longtemps, on avait facilité l'accès aux soins hospitaliers aux patients des soins de longue durée (CHSLD gériatrie). A une échelle plus élevée, il y avait le comité de direction avec le directeur général, le directeur des services administratifs et les directeurs des autres services qui se réunissait hebdomadairement.

4.2.8 Les changements technologiques.

Les établissements du secteur de la santé et des services sociaux connaissent une période active de changements technologiques, principalement dans le domaine médical et celui de l'administration. Dans le domaine médical, il faut mentionner les nouveaux équipements de diagnostique et de traitement. On a réformé les laboratoires. En radiologie, on a éliminé les films et implanté un scanner. Dans l'administration, l'informatisation du travail et de la gestion des dossiers médicaux a fait d'importants progrès, bien que ces progrès soient de nature inégale.

L'informatisation n'avait pas encore eu tout son impact sur le travail des infirmières. De l'avis d'un cadre, cela allait changer la phase diagnostic : avec les films, tout allait être numérisé. Il y avait maintenant un réseau dans leur secteur régional. Avec le scan, on pouvait communiquer directement avec les autres centres hospitaliers. On générait les résultats d'examen sur informatique (non plus sur papier). Mais l'informatisation des laboratoires avait été ici le changement le plus important qui change un peu les pratiques professionnelles. Cela n'affectait pas seulement les laboratoires mais aussi les unités d'hospitalisation et l'urgence. « La façon de faire est différente. Il faut utiliser l'ordinateur, » concluait-il.

Toutefois il fallait tenir compte que beaucoup d'employés ne sont pas encore familiarisés avec l'informatique. « Quoiqu'on en pense tout le monde en 2004 ne sait pas comment opérer un ordinateur. Comment ça va la souris?... Quand on arrive sur le terrain, il y a beaucoup de gens qui n'ont aucune idée de ça. Les enfants l'ont à la maison, (mais) les parents ne se servent pas de ça. Alors c'est l'incertitude des nouveaux changements par rapport à la sécurité de ton papier et de ton crayon. » Cette constatation était aussi partagée par la présidente de la section des infirmières auxiliaires. Selon cette dernière, l'informatisation n'avait pas encore été acceptée et assimilée par la majorité du personnel. La moitié des employés ne se sentaient pas à l'aise et avaient peur de la nouveauté.

Pour certains, les changements technologiques ne voulaient pas nécessairement dire une diminution des besoins de main-d'œuvre. « Moi je ne crois pas à ça... Moi par exemple, je fais des prélèvements de sang. Avant, les requêtes étaient toutes préparées, je les prenais puis je regardais et je les piquais, c'était fini. Maintenant, il faut que j'aille dans l'ordinateur, faut que je

scan mes tubes. (...) Le processus n'est pas le même. Ça affecte directement... Pour la clientèle, le résultat est magnifique : pas besoin de fouiller dans les papiers ». Cette infirmière ne croyait pas que l'informatisation crée une économie de temps qui permette d'être plus près des patients. Ça dépendait aussi de la main-d'œuvre. « Si une partie de ta main-d'œuvre c'est des gens plus âgés qui ont plus de difficultés à s'adapter à ces changements-là, ça leur donnera pas plus de temps, ça va leur donner plus de stress. Peut-être qu'avec la clientèle plus jeune... » Il y a aussi des milieux plus avancés dans l'informatique comme Montréal. Mais quoiqu'il en soit, « ces changements-là génèrent beaucoup de stress ». On adoptait les nouvelles technologies dans des environnements physiques qui ne sont peut-être pas propices à ça comme c'est le cas sur les départements où les stations de travail sont très encombrées.

De plus, les changements de programmes étaient fréquents et les gens n'avaient pas le temps d'assurer leurs acquis. « Tu commences à te familiariser à une version et il y a une nouvelle version qui arrive. (...) On n'a pas le temps de consolider les changements. Moi je suis sûr que c'est le plus grand défi actuellement dans le secteur de la santé. T'as pas le temps de rien consolider. C'est changement par-dessus changement. Pis un moment donné, je pense que ça c'est un irritant majeur pour les travailleurs. Puis on a l'air de ne pas savoir où on s'en va. » Cette constatation était partagée par un grand nombre de personnes du secteur de la santé.

4.2.9 La place de la SST parmi les paramètres de gestion des changements

Il semble que la SST n'est pas toujours prise en considération dans la réorganisation des services, du moins à l'étape initiale. Cependant, il est possible que ce fut le cas quand on a décidé de faire des changements spécifiques pour regrouper les secteurs d'activités ensemble. Dans un secteur particulier, on a pris la SST en considération quand on a fait des changements majeurs dans l'environnement physique. On a impliqué l'ASTSASS dans le projet de relocalisation du hall d'entrée et dans un autre projet qui concernait le regroupement des cliniques ambulatoires. Par contre, on ne l'a pas suffisamment fait dans le cas de l'informatisation des laboratoires parce qu'on a été pris de court. Il s'agissait d'un projet gouvernemental qui venait avec une subvention. Ce genre de projet ne vient pas souvent avec de l'argent. Il fallait le faire vite, on n'avait pas le choix.

Le comité de SST a repris vie depuis quelque temps après une absence de quelques années. Les membres du comité ont fait une grande tournée et visité tous les départements afin d'avoir un portrait réel de l'organisation. Les principaux problèmes de SST résident dans l'aménagement physique de lieux dont l'espace est limité. L'établissement réalise toujours des petites rénovations pour s'accommoder aux nouveaux changements technologiques. Selon un cadre, « on essaye de faire le mieux avec ce qu'on a, mais on reste toujours dans les mêmes mètres carrés. » La fusion permettait toutefois de regrouper les soins divers dans un même centre. Au niveau de la pratique et de l'exercice professionnel, toutes les mesures de protection universelles (la prévention des infections, etc.) sont appliquées. Selon le responsable de la SST, « le travailleur qui ne se protège pas, c'est qu'il choisit de ne pas se protéger. »

4.2.10 Le milieu local et régional

Certaines caractéristiques du milieu régional (ou sous régional) peuvent avoir un impact important sur le milieu organisationnel, les relations professionnelles et les conditions de travail. C'est le cas de cette institution de santé qui est très proche de son milieu. « C'est la clientèle de la MRC, du milieu. C'est une clientèle qui se connaît. Et les intervenants et les clients, c'est comme tout ensemble là. C'est très personnalisé. Tu sorts dans la ville et tu es connu. (...) Comme milieu, je trouve ça bien intéressant. Mais c'est une autre façon d'être parce que (j'ai) un de mes chefs de service, une de mes assistantes qui gèrent dans son équipe de travail des conjoints de la famille. C'est pu la même affaire....Par contre, c'est assez gratifiant. C'est pas impersonnel... (mais) c'est dangereux parce que c'est pas impersonnel.(...) Mais les rapports humains sont différents. »

Ce centre de soins hospitaliers et de services sociaux constitue un exemple type d'un plus grand nombre d'établissements régionaux et sous-régionaux. Alors que l'église et la paroisse ont perdu une bonne partie de leur importance sociale et institutionnelle, le centre hospitalier et des services sociaux semble en voie de devenir de plus en plus le pôle institutionnel de la communauté locale et sous-régionale le plus important dû à sa fonction économique et sociale de plus en plus vitale pour la population. Les clients (patients) et le personnel professionnel de ces institutions ne sont pas seulement liés par des rapports instrumentaux, mais aussi et peut-être surtout par des rapports socio-affectifs, de nature primaire, qui caractérisent un domaine fondamental de l'existence humaine, la santé et le bien-être social, qui est au cœur des activités de ces institutions qui ont pris une dimension dominante dans les communautés locales contemporaines. Il s'y développe un sens de la proximité entre le personnel soignant et les patients et leur entourage. Une partie croissante du personnel qui est recruté à l'extérieur dans les grands centres choisit de venir travailler et de vivre dans ces milieux plus conviviaux.

L'appartenance commune à cette micro société, cette communauté locale dans laquelle se reconnaissent encore les parents et les voisins, les compagnons de travail et les adeptes d'activités sociales et sportives, fait en sorte que s'il y a un besoin, on répond tout de suite directement et spontanément parce qu'on se sent solidaire. Ainsi la responsable des services alimentaires qui va littéralement mettre les mains à la pâte quand la cuisine en a besoin, ou l'infirmière qui, sortie à l'extérieur pendant sa pose de travail avec une collègue, se blesse elle-même en se portant immédiatement au secours d'une patiente qui a tombée et s'est blessée sur la chaussée glacée en sortant de sa voiture. Ce faisant, elle venait d'outrepasser contre l'avis de sa collègue une consigne de santé et sécurité du travail qui, dans ce genre de situation, stipule de ne pas intervenir et d'attendre les secours.

C'est peut-être le type d'environnement auquel pensait la directrice des soins hospitaliers pour le projet d'intégration des services et le décloisonnement des secteurs cliniques, soit l'établissement « d'une véritable complémentarité pour la clientèle ». Selon elle, il y avait « un bel avenir là-dedans. Ici c'est de grosseur modeste. Je pense qu'une réalisation comme ça, ça peut se faire dans un environnement un peu plus gros. Mais les méga projets de fusion comme ça, ça j'ai des doutes. » La raison en était qu'« il faut que tu t'occupes que tes clients soient là. Il y a des choses

que tu ne peux pas faire. Mais ça te prend des bonnes équipes de support. Je pense que la clé du succès, c'est le support. »

4.2.11 Un bilan de l'opération de changement

Le double objectif de regroupement (concentration) et de restructuration des soins de santé et des services communautaires a été réalisé. Le nouvel organisme issu de cette transformation fonctionne selon le modèle désiré malgré les contraintes financières et organisationnelles qui ralentissent et limitent son plein épanouissement. Il semble que c'est bien la bonne voie à suivre.

Cependant, le bilan de cette période de transformation n'est pas seulement positif. Le personnel avait éprouvé et continuait d'éprouver un sentiment de fatigue d'être continuellement en période de changement. Le taux d'absentéisme élevé en était un bon indicateur. Selon un cadre supérieur, « Moi ça fait un an que je suis ici là pour arrêter de changer, pour consolider les affaires. Un moment donné, il faut arrêter de... Tu sais, le système de santé là, on tourne ça à l'envers, on brasse ça. Deux ou trois là, puis up! » Cette personne avait l'impression qu'en gestion on revenait aux années 1970. Son point de vue semblait largement répandu parmi le personnel de l'institution. En ce qui concerne le support et la qualité de vie au travail, le bilan laissait à désirer. Les taux élevés d'absentéisme et de problèmes socio-psychologiques constituaient une claire indication que le système était en difficulté et que son fonctionnement avait besoin d'être revu et corrigé entre autre en ce qui concerne le rapport entre le milieu de travail (le milieu de la santé) et ses exigences et les besoins du milieu familiale et social du personnel.

Le cadre supérieur cité plus haut croyait qu'il ne pouvait pas donner tout ce qu'il devait et s'en remettait à son chef de service pour gérer la situation. Et puis il y avait le stress. « Oui nous autres les gestionnaires on sent ça. Ça fait que, imaginez... » Et également l'instabilité dans l'industrie des services informatiques. « Tu fais affaire avec une compagnie qui a été rachetée par une autre, pis par une autre. C'est ça que je vois actuellement. La qualité en souffre. »

4.2.12 La gestion des changements technologiques et organisationnels en résumé

Ce deuxième cas de changement organisationnel est celui qui a été le plus poussé. Au niveau de l'autonomie organisationnelle, il a été remarquable par la démarche originale interne de l'organisation pour redéfinir sa mission et son modèle de restructuration impliquant l'intégration du CLSC et son déménagement sur le site du Centre hospitalier et du Centre d'hébergement et de soins de longue durée. Inscrite dans les grandes orientations définies par l'appareil gouvernemental, cette autonomie a permis à l'organisation d'exercer un meilleur contrôle sur la direction du projet et sur les changements impliqués tant au niveau des installations physiques et des équipements technologiques qu'au niveau de l'organisation des services correspondant aux diverses dimensions de sa mission. Cette autonomie l'a également bien servi pour mieux garder le cap sur les objectifs visés ou pour corriger le tir en cours de réalisation si nécessaire. Toutefois, il faut mentionner un impact négatif. Il semble assez évident que la réalisation de ces changements a exercé une ponction importante sur les cadres et les employés pendant une période assez longue où il fallait maintenir les activités normales. Cette situation a contribué par exemple au départ de la grande majorité des cadres au moment de la réorganisation entraînée par

la fusion des trois fonctions. De plus, mis à part la contribution des conditions normales de travail dans le taux d'absentéisme habituel, on doit reconnaître celle des conditions particulières créées par la période de changement qui s'est étendue sur plusieurs années.

Du point de vue de l'intégration des paramètres de la gestion, la gestion faite à l'interne a été plutôt de nature fonctionnelle (et matricielle). La coordination était centralisée et concentrée au niveau de la direction de l'organisation et de son comité de coordination, ainsi que des divers départements fonctionnels. Ceci a permis, entre autres, de limiter les sources de conflits et de tensions entre l'équipe du projet et les unités fonctionnelles et d'opérer, le cas échéant, les ajustements et les corrections nécessaires pour atteindre les objectifs visés. Toutefois, tous les paramètres n'ont pas reçu nécessairement la même attention. Les fonctions opérationnelles (diagnostic, hospitalisation, intervention chirurgicale, etc.) recevaient davantage d'attention que celle, par exemple, de la santé et de la sécurité du travail.

En ce qui concerne la participation de l'ensemble des membres de l'organisation, la troisième dimension du modèle d'analyse, elle apparaît comme celle qui, de facto, a été la moins valorisée. La seule étape du processus de changement où le personnel a pu vraiment exprimer sa vision et ses préoccupations en rapport avec le projet de fusion des trois services et le mode de gestion de la nouvelle organisation, c'est lorsqu'il y a eu une consultation générale officielle du plan envisagé dans chaque unité et que l'information est remontée au directeur général et au comité de coordination via chaque direction de services et de clientèles. A ce moment là, le projet de fusion avait déjà été adopté par le conseil d'administration de l'institution. Cette étape de consultation apparaît donc plus comme un moyen de faire accepter le projet par le personnel de l'établissement et d'en faciliter la réalisation.

Au moment de l'étude, l'objectif principal des changements qui visait une intégration des trois secteurs d'activité et de clientèle restait à réaliser en grande partie. Les différences marquées qui demeuraient entre les trois types de clientèle et les conditions de l'exercice de ces diverses activités curatives et de soutien continuaient d'exister. Ce qui sans doute devait être développé, c'était une meilleure compréhension, de part et d'autre, des besoins particuliers de ces diverses clientèles et de la contribution propre des intervenants de chaque domaine dans la réponse à ces besoins. Seule une collaboration active entre les divers intervenants concernés pouvait permettre d'atteindre les objectifs visés. Toutefois, cette collaboration ne pouvait pas se réaliser sans que les partenaires concernés fassent preuve d'une grande ouverture d'esprit et de patience pour comprendre la vocation et le rôle de chacun des partenaires impliqués à tous les niveaux.

4.2.13 Le nouveau complexe hospitalier sous-régional

Le troisième cas étudié concerne la construction d'un tout nouveau complexe hospitalier ultra moderne en banlieue métropolitaine pour remplacer l'édifice devenu beaucoup trop petit dans lequel l'établissement de santé résidait depuis plusieurs décennies. La population que le centre hospitalier servait était en forte expansion et il n'était plus en mesure de répondre adéquatement aux besoins croissants et diversifiés qui en résultaient. La préparation et la réalisation du projet qui se sont étalées sur plusieurs années étaient sous la responsabilité d'une équipe de cadres de divers niveaux représentant les divers services et unités départementales ayant à sa tête la

personne en charge de la direction du centre hospitalier. Le modèle de gestion adopté était celui de la gestion interne fonctionnelle semblable au modèle utilisé dans le cas du centre hospitalier et de soins prolongés précédent. L'impact de ce projet sur la santé et la sécurité du travail s'est fait sentir surtout pendant la période d'environ un an à deux ans qui a suivi immédiatement le déménagement dans le nouvel établissement.

Pendant la période de préparation du projet et de la construction du nouveau complexe, l'impact sur la santé et la sécurité du travail s'est avéré relativement faible. Le fonctionnement de l'hôpital s'est poursuivi comme à l'habitude. La principale différence, c'est que le personnel de direction et d'encadrement a été soumis à une surcharge de travail importante pour préparer et assurer la réalisation du projet de déménagement dans le nouveau complexe. D'autre part, le personnel de soin a manifesté une certaine inquiétude face à sa charge de travail et de responsabilité pendant cette période préparatoire et face surtout à l'avenir dans le nouveau centre en construction.

4.2.14 Le déménagement

Le déménagement a été minutieusement préparé afin d'assurer la sécurité des malades qui devaient être transportés dans le nouvel hôpital. La plupart des services administratifs avaient déjà été déménagés quelque temps auparavant (une semaine ou plus). L'opération de déménagement elle-même s'est très bien déroulée. Les employés y ont pleinement participé. Pendant le déménagement, il y a eu seulement quelques déclarations d'accidents plutôt mineurs et d'incidents, mais rien d'important. Par exemple, quelques personnes se sont fait mal en déplaçant des boîtes mais rien de majeur. On avait prévu déménager sur quatre jours et finalement l'opération fut complétée en trois jours. Tout a bien fonctionné et on s'en est félicité. De nombreux témoignages positifs en font état tels que les deux témoignages suivants.

«Le déménagement était bien. Simplement le déménagement a augmenté le trafic chez nous. Mais ça n'est pas un problème. Changer ne me dérange pas : plus de trafic le matin, pas de dépression pour moi. Ils ont mis sur pied de l'aide pour les employés. Moi je ne me suis pas servi de ça : je n'en avais pas besoin. Il y en a qui ont trouvé ça dur. C'était bien. Les gens sont en général satisfaits. On savait quels départements partaient en premier. Nous quand on est arrivé ici, c'était tout établi. Il n'y avait pas de problème. »

« Au déménagement, notre département ça a bien été. Les patients étaient transportés à l'ambulance et nous autres on les accompagnait. Ici on les installait. On n'était pas bousculé. Les gens du département avaient déjà tout placé les choses. Tout était prêt et d'autres se libéraient pour venir nous aider. J'ai rien à dire de ce côté-là. Au début on a eu deux ou trois fois un peu de problème avec l'électricité. Chez nous quand l'électricité s'en va, les patients ne respirent plus : ils sont branchés. A ma connaissance, c'est la seule petite chose qui est arrivée et elle a été remédiée. »

4.2.15 L'après déménagement

Les réactions ont été mixtes comme il fallait sans doute s'y attendre. En général, les employés appréciaient beaucoup le nouvel environnement, son aménagement et les nouveaux équipements.

« Je dirais que les gens, moi aussi, ont eu plus de peur que de mal. Premièrement c'est sûr qu'il y a eu la peur de l'inconnu. Changer de milieu de travail, c'est toujours difficile. Aussi ici c'est plus grand et on a eu des fusions de département. (...) C'est plus de stress qu'on avait. On se demande comment ça va fonctionner. Et finalement c'est super bien allé. Ca s'est très bien passé. Ca a été très bien géré. On a eu beaucoup de soutien technique pour nous aider. (...) C'est sûr, il y avait beaucoup d'ajustement parce que c'était tout nouveau, des nouveaux appareils. Mais on avait des personnes ressources. C'était bien. Il n'y a pas eu de gros problèmes dans le changement. Toute la machinerie, tout ça était bien expliqué. Dans le fond, on était bien préparé. Bien sûr, il y a toujours des petites affaires techniques : les lavabos qui ne marchent pas. Mais ça c'est des affaires mineures. Regardez, on est bien ici : juste l'espace, la luminosité, l'air... C'est quelque chose là. Notre travail était allégé. Au niveau des ordinateurs, des moniteurs, on avait des dinosaures, des vieilles affaires. Là on a toute la nouvelle technologie. Ca arrive qu'il y ait des virus dans le système. Ca arrive partout. Ca nous a apporté beaucoup d'allègement dans notre travail. Ca va bien là. »

« Les conditions d'hygiène et de sécurité sont améliorées beaucoup. C'est très propre. L'espace était avant restreint, ici c'est plus vaste. C'est plus facile de se promener avec des solutés et de l'équipement. »

Pour d'autres, ce fut la déception qui s'est amplifiée à mesure que l'on découvrait des problèmes. En fait, le centre hospitalier n'était pas encore tout à fait prêt à recevoir ses occupants, mais on ne pouvait pas annuler le déménagement dont la date avait été fixée plusieurs mois auparavant. Il y a eu de nombreux problèmes et passablement d'insatisfaction à la suite du déménagement, surtout dans les premiers mois. Dans beaucoup de secteurs où tout avait été soigneusement pensé, étudié et planifié, où le personnel avait donné ses opinions sur l'aménagement du milieu de travail, sur l'équipement, etc., il y avait des écarts et des problèmes entre le plan et les devis et leur réalisation physique. Il y avait des choses à corriger dans presque tous les départements. Au niveau de la santé, on a mis un psychologue sur place à la disposition des employés pour les rencontrer. Le fait de déménager a créé certains problèmes de relations de travail, en particulier entre des employés qui ne se connaissaient pas. Il y a eu des problèmes de résolution de conflits et passablement de détresse psychologique parmi le personnel.

Il semble que ce fut une question d'écart entre les attentes et la situation dans le nouveau centre hospitalier. Avant le déménagement, le message transmis aux employés qui avaient des attentes et des besoins était qu'on ne pouvait rien faire pour le moment parce qu'on s'en allait dans un nouveau centre tout neuf où les problèmes allaient vraisemblablement se résorber d'eux-mêmes. Or deux ou trois mois après le déménagement, ce qu'on avait promis ne s'était pas encore complètement réalisé. De nombreux employés étaient vraiment déçus. Certains regrettaient le milieu de l'ancien hôpital où ils étaient mieux. Parmi les principaux problèmes, on mentionnait entre autres:

- L'espace « est très grand », ce qui fait qu' « on marche tout le temps »;
- Des appareils qui sont souvent défectueux;
- Le fait qu'«on cherche tout le temps», même après plus de deux ans;
- Malgré la création des équipes de démarrage, « ça n'a pas marché bien parce qu'il y a bien des choses qui ne fonctionnaient pas. »

- Des problèmes importants avec le système de communication

Parmi les problèmes mentionnés, il y a eu aussi en particulier la question des tables et des comptoirs trop bas aux soins intensifs et en psychiatrie (les carcéraux). Ceux-ci auraient dû être plus hauts : une question de sécurité. Les patients pouvaient voir tout ce que le personnel écrivait sur leurs rapports. « Tout le monde s'est plaint de ça. On a demandé d'avoir des vitres pour protéger. Mais ils ne veulent pas le faire. Pour eux autres, c'est plus importants de garder leurs beaux ameublements. »

Un autre témoignage plus explicite met l'accent sur des problèmes plus importants et, semble-t-il, plus généralisés. « Nous autres on avait hâte qu'on arrive. A ce moment, j'étais dans le transport. Ça m'a pris un mois pour me démêler. C'était compliqué. L'adaptation c'était dure. Après ça, il y a tellement des coins, des corridors. On avait le goût de retourner là. On était dépaycé. On a eu des réunions avec les psychologues d'avril à septembre. En plus du déménagement, c'était les congés de maladie, les vacances, le manque de personnel. Je dirais que ça a pris un gros trois mois avant qu'on pouvait dire qu'on [ne] se cherchait pas. (...) Dans le déménagement, on était tous inquiets. On était habitué à la place. Des « retards » (patients) qui prenaient pas tous des rendez-vous. La panique... Prenez la question de s'habituer. On était tous stressés en même temps, infirmières, préposées, entretien, médecins... La date on le savait mais finalement on ne pouvait pas le visualiser. »

L'augmentation de l'absentéisme après le déménagement était plutôt un phénomène psychologique que physique selon un employé d'expérience. Le déménagement servait de prétexte, de mouton noir. « C'est la tension. Les gens partent en maladie, 6 mois, 1 an, 1.5 an, des grands moments là. C'est plutôt psychologique. » C'est le stress créé par des conflits avec des chefs de service, entre le personnel. Les « conflits entre le personnel peuvent être méchants. Dans la plupart des cas, tu te vides sur quelqu'un. Je ne pense pas que c'est le déménagement en tant que tel. C'est la nouvelle situation, le changement, la création des conflits. Là-bas [dans l'ancien établissement] tout le monde se sentait peut-être surmené. Tout le monde était surmené aussi là-bas. Trop de travail là. On peut mettre tout ça sur le dos du déménagement, comme on attendait de trouver une raison. Ça dépend aussi des chefs de service. » Selon cette personne, il y avait des problèmes surtout en médecine et en chirurgie. Plus généralement, il notait une dégradation des relations sociales. Le milieu était différent. Le milieu était grand et vaste comme quand on rentre dans un hôpital à Montréal.

4.2.15.1 Préparation inadéquate

Selon un responsable dans les services du personnel, la préparation des employés avait été déficiente. Celui-ci, qui était proche de la base, avait essayé de faire des activités sur la gestion du changement avant le passage dans le nouveau centre. Dans les quelques mois qui avaient précédé le déménagement, on avait organisé quelques activités (cliniques, midis conférences) pour donner des outils aux employés. Mais cette action avait été limitée par manque de budget pour assurer une préparation adéquate. C'est seulement une fois rendu dans le nouveau centre hospitalier, quand les responsables ont constaté ce qui se passait, qu'on a débloqué des budgets pour corriger la situation. Une des mesures fut de mettre sur pied un programme d'aide et d'assigner un psychologue pour rencontrer les personnes qui le désiraient. On a aussi donné la

possibilité aux membres du personnel d'essayer d'autres postes de travail susceptibles de mieux leur convenir.

En définitive, la lecture de la situation qu'en a faite un cadre du personnel semble bien correspondre à ce qui s'est passé.

« Même s'il y a eu beaucoup de planification, » même si « les gens d'ici ont essayé de voir le plus loin possible, il y a des choses qui sont arrivées qui ont pris un peu tout le monde au dépourvu. (...) Mais ça fonctionne... Il y en a qui sont partis bien fatigués, puis bien « écœurés ». Mais quand on regarde ça, l'histoire des gens qui avaient déjà d'autres problèmes à la maison... Ce qui fait que trop c'est trop. Mais en général, le constat, je pense qu'il est quand même bon. »

Si l'on tient compte des différences de groupe professionnel, le constat varie. Certains groupes ont éprouvé plus de difficultés que d'autres. Toujours selon le même cadre, les infirmières de semaine ont été les plus vulnérables.

« ... les gens qui sont associés aux soins des bénéficiaires. Ce sont eux qui ont eu à se revirer rapidement. Comme je vous dis, tout le monde a pu venir voir [auparavant]. De venir voir en cours de construction, de s'intégrer, de voir les étapes. Mais l'infirmière qui partait le vendredi soir avec ses bénéficiaires, pis qui s'en venait tout de suite ici, pis qu'il [y] avait déjà une prise en charge avec les bénéficiaires, c'est eux qui ont pédalé le plus. De plus, en même temps, l'urgence fonctionnait, pis les gens étaient pas arrivés, étaient pas installés, tout le monde placé. Les bénéficiaires... pis [il] y avait des gens qui arrivaient de l'urgence qui étaient dirigés vers l'unité, pis il fallait les admettre, les évaluer, les soigner, tout ça. Ça été comme : « Donnez-nous une chance là! Tsé on arrive. On n'est même pas... ». Les gens savaient même pas où sont les cuillères, tout ça, nos papiers. Pis il faut déjà commencer, vérifier les signes vitaux, etc. ...Le mois de mai l'an passé a été long pour ça là. Avant que les gens prennent le « beat », s'installent... » C'était différent pour nous [le personnel administratif]. On était installé avant. La même chose pour le laboratoire. La même chose à la cuisine. Ils pouvaient absorber tout ça. »

En résumé, plusieurs problèmes ont contribué à la détérioration du climat organisationnel et du moral des employés. En voici quelques autres exemples.

4.2.15.2 La localisation du matériel

Malgré les mesures prises pour bien identifier le matériel et sa destination dans le nouveau complexe, on a rencontré des problèmes nombreux et parfois sérieux de localisation du matériel : dossiers placés dans les mauvais tiroirs, dans les mauvais bureaux, etc.

« Mais ceux qui sont partis comme le vendredi soir [de l'ancien hôpital] et s'en venir travailler ici le samedi matin, (...) mais d'arriver et d'être fonctionnel là, parce que les patients sont là, ça été la grosse acclimatation là. C'est comme vous déménagez vous là, pis c'est quelqu'un d'autre qui a placé votre « stock », pis là vous dites « moi d'habitude je place mes fourchettes dans le premier tiroir », mais là les fourchettes sont dans le quatrième tiroir. Les gants et le matériel n'étaient pas placés aux mêmes endroits. Toutes ces petites affaires comme ça, il faut que tu repartes en neuf.... Ca c'est le quotidien. Ca a amené beaucoup de frustrations. »

4.2.15.3 Les problèmes de communication

Le système de communication interne fut pratiquement inopérant pendant plusieurs semaines, soit pour cause de défectuosité physique, soit parce qu'il n'y avait pas de bottin téléphonique disponible. En effet, on avait modifié le système de signalisation. Anciennement de quatre chiffres, le nouveau était passé à cinq chiffres. Les anciens numéros qu'ils connaissaient tous par cœur n'étaient plus valides. Pendant plusieurs semaines, les employés se sont dépannés en se constituant des nouvelles listes de numéro temporaires par département pour parer au plus pressé. De plus, avec le nouveau système, ils étaient devant une nouvelle difficulté : mémoriser des numéros qui étaient passés de 4 à 5 chiffres.

Un cadre de l'hôpital a reconnu que le problème avec le système téléphonique avait été « un irritant majeur ». « Les téléphones ne marchaient pas tous aussi bien qu'on voudrait. Il n'y en avait pas autant qu'on voulait. On ne connaissait pas les numéros de téléphone des autres, alors qu'avant on savait tout ça par cœur. Ca, on a sous-estimé l'aspect télécommunications, l'impact des télécommunications sur le « clinique ». Si c'était à refaire, moi je peux vous dire que les téléphones seraient tous installés et on saurait tous les numéros avant de traverser. On savait où trouver la radiologie si on en avait besoin, on savait où était l'urgence, on savait où était nos affaires, mais on n'était pas capable de communiquer entre nous. Donc on a eu à faire face à toutes sortes de situations. »

Les « bellboys » ne fonctionnaient pas dans certaines sections de l'hôpital alors qu'on avait besoin de rejoindre les médecins. Le système des téléphones-compagnons qui fonctionnent à l'interne mais pas à l'externe n'était pas disponible quand ils sont arrivés. « Les gens étaient habitués à utiliser beaucoup ce système parce qu'on a beaucoup de personnel qui circulent d'un endroit à l'autre : les préposés au transport des bénéficiaires, les gestionnaires de séjours qui surveillent les mouvements de lits, etc. Tous ces gens-là qui circulent avec des « compagnons ». En définitive, « ça les télécommunications, ça a été le plus gros impact. » Cette situation a causé beaucoup d'anxiété.

4.2.15.4 Le réaménagement des postes

Une autre source d'anxiété ça a été le réaménagement des postes de soin. On a divisé les postes en deux sous-unités de 20 patients avec une préposée aux bénéficiaires qui se promène des deux côtés. Cela a semé un peu d'anxiété chez le personnel de soir et de nuit qui sont moins nombreux. Le personnel se sent moins en sécurité même si on voit d'un poste à l'autre et qu'on peut s'appeler d'un poste à l'autre. Dans des situations difficiles (par exemple dans les cas d'agression de patients), les gens ont besoin d'être regroupés. Selon un cadre administratif, « On les a séparés... comme à l'envers. »

On a aussi profité du déménagement pour revoir l'organisation du travail en fonction de l'espace physique et en fonction de la technologie, en particulier la généralisation de l'informatique (par exemple l'informatisation des dossiers des malades). L'informatisation de l'administration était avancée dans l'ancien établissement. Mais on poussait son intégration encore plus loin dans le

nouvel établissement en particulier au niveau des dossiers des patients. Tous les dossiers sont maintenant électroniques. On ne garde plus de papier. Les dossiers réels qui sont utilisés par le personnel soignant sont encore en papier. Mais dès que le patient part, tous les formulaires sont numérisés et deviennent accessibles sur ordinateur. Il a fallu acheter du matériel informatique et organiser un local dans chaque département pour cette activité. Ce changement n'a pas été sans créer de l'anxiété parmi le personnel. Beaucoup d'employés n'étaient pas encore familiers avec l'informatique. Il a fallu donner beaucoup de formation dans l'hôpital dans le cadre de ces changements. L'adaptation à ce changement dans le contexte immédiat de l'après-déménagement ajoutait un irritant important de plus dans le travail.

4.2.15.5 L'augmentation rapide de la clientèle

Quand l'hôpital a rouvert, le nombre de patients reçus a rapidement augmenté et a dépassé ce qu'on avait planifié. L'hôpital s'est rempli et les employés n'avaient pas encore eu le temps de se familiariser avec les lieux et de se les réapproprier. Ils cherchaient leur matériel à droite et à gauche, ne trouvaient pas ce qu'ils cherchaient et devenaient inquiets et irrités.

4.2.15.6 La taille et la complexité du centre hospitalier

Dans l'ancien hôpital, les employés étaient habitués à travailler dans un édifice de quatre étages semblable à une grande école. Ils devaient maintenant se situer et se déplacer dans un complexe de six étages comprenant plusieurs sections ou ailes séparées par des cours ou des jardins intérieures. Il fallait faire un effort considérable pour se doter d'une image mentale adéquate de cet espace et cela seulement à la suite d'une fréquentation quotidienne des lieux pendant une bonne période de temps. Après deux ans de travail quotidien dans l'établissement, certains employés n'étaient pas encore en mesure d'indiquer la direction de plusieurs services à un visiteur de l'extérieur.

La distance des déplacements étaient beaucoup plus longues que dans l'ancien établissement, ce qui augmentait d'autant leur durée, même à l'intérieur d'un même département. Dans le cas des auxiliaires qui avaient à conduire les malades à divers cliniques et autres services, on a calculé qu'ils marchaient dans certains cas jusqu'à plus de 25 kilomètres dans une journée. Si, d'un point de vue santé physique, ces déplacements pouvaient avoir un effet bénéfique, ces conditions ont fait en sorte que bon nombre d'employés en sont venus à demeurer dans leur département à l'heure des repas plutôt que d'aller à la cafétéria comme ils en avaient l'habitude dans l'ancien complexe. La vie sociale en a souffert. Un sentiment d'isolement s'est ainsi développé parmi une bonne partie des employés du centre hospitalier. De plus, à la suite de quelques cas d'agression, le manque de proximité a créé un sentiment d'insécurité chez le personnel de soins infirmiers surtout pendant les postes de soir et de nuit.

La vie syndicale a, elle aussi, été affectée par cette situation. Dans l'ancien hôpital, le hall d'entrée faisait office de lieu de rencontre pour tout le monde qui travaillait ou venait à l'hôpital. Les cadres syndicaux tiraient un grand avantage de cette situation pour rencontrer les gens. Dans le nouvel hôpital, ils ont de la misère à rejoindre leurs membres qui, pour un grand nombre, doivent faire un long détour pour se rendre au bureau syndical.

4.2.15.7 Des travaux non-complétés

Au moment du déménagement, un volume important de travaux de construction ou d'installation n'avaient pas encore été complétés. Cette situation perturbait les activités normales de l'organisation et créait de l'anxiété chez les employés directement affectés.

4.2.15.8 Des erreurs de design

Plusieurs erreurs de « design » se sont glissées dans la construction et l'aménagement du milieu de travail et ont dû être corrigées. L'une d'entre elles concernait le système de protection (les boutons de panique et le système de verrouillage) pour le personnel dans le département de la psychiatrie. C'est à la suite d'une agression d'un membre du personnel par un patient que le problème fut identifié. Une autre erreur de design concernait les postes de travail. La hauteur recommandée pour l'ensemble des employés était de 29 pouces, soit une hauteur correcte au niveau scriptural. Or, on s'est référé à la recommandation qui vaut pour les professionnels, une hauteur de 28 pouces, et on l'a appliquée à l'ensemble des employés de l'hôpital. On s'expose ainsi à la longue au développement de troubles musculaires et squelettiques si cette erreur coûteuse n'est pas corrigée.

Au début, le système d'alarme se déclenchait constamment sans raison apparente au point où, après un certain temps, plus personne ne se déplaçait quand il fonctionnait même s'il s'agissait d'une véritable alarme. On a finalement découvert que c'était le système de communication collectif (« interphone »), utilisé pour transmettre des messages de nature générale, qui déclenchait le système d'alarme.

Après le déménagement, on a aussi constaté que la hauteur de certains équipements ne correspondait pas aux normes en vigueur et représentait un danger d'accident. C'était le cas, entre autres, de la dernière tablette de toutes les armoires utilisées surtout dans les unités de soins. Celle-ci dépassait le standard normal de 75 centimètres. Les employés devaient souvent faire des actes extrêmes en hauteur. Il y avait déjà eu deux accidents du travail en regard de cette situation dans les armoires à médicaments deux mois après le déménagement.

Le responsable de la prévention avait commencé à noter tous les problèmes qui lui étaient rapportés par le personnel ou qu'il observait lui-même dans ses déplacements dans l'hôpital. Les requêtes s'accumulaient et il fallait essayer d'établir un ordre de priorité. Il envisageait de faire exécuter d'abord les corrections les plus faciles à faire afin de diminuer les irritants associés au travail et les tensions chez le personnel. Ce responsable citait en exemple les cas suivants: des pots à succion placé trop haut dans la manipulation de liquides biologiques (risque d'épandage dans la manipulation), des lumières mal placées constituant une nuisance lors des soins donnés aux patients, des bavures de métal sur les équipements (mauvaise coupe ou mauvaise finition) sur lesquelles les gens pouvaient se couper (ex. les plaques des poignées de porte), des lavabos à hauteur réglementaire mais mal placés sur la table et qui présentaient un risque lors du bain donné aux enfants, etc.

En bout de ligne, certains employés regrettaient le vieil hôpital qu'ils trouvaient bien confortable en comparaison avec le nouveau.

Beaucoup de pressions étaient exercées sur le personnel du département des installations matérielles pour effectuer les travaux nécessaires dans l'établissement. Les opérations matérielles plus importantes devaient être mises de côté parce qu'on n'avait ni les ressources financières ni les ressources humaines pour les entreprendre. Les corrections mineures qui pouvaient se faire rapidement et qui contribuaient à diminuer les irritants et les tensions liés au travail devaient recevoir la priorité. Au total, un responsable concluait qu'il y avait « des bons coups » qui avaient été réalisés « dans l'établissement au niveau des équipements tout ça, » mais qu'il y avait « vraiment des lacunes dans le projet ».

Absence d'une personne spécialisée en santé et sécurité du travail sur l'équipe de gestion du projet

Une bonne partie de ces problèmes aurait pu, semble-t-il, être évitée s'il y avait eu, du début à la fin, une personne spécialisée en santé et en sécurité du travail et en prévention sur l'équipe chargée de la gestion du projet. Il y a eu au début, pendant une certaine période, un ergonome de l'ASSTSAS qui a agi comme chargé de projet pour travailler avec le chargé de projet « architecture » et le comité des utilisateurs pour essayer de mettre en application un programme FAST (i.e. un programme « améliorations, rénovation, construction » de l'ASSTSAS) qui consiste en de l'ergonomie de conception. Dans le cadre de ce programme, les employés et l'ergonome de l'ASSTSAS ont fait un bon nombre de recommandations. Cependant, celles-ci n'ont pas toujours été suivies par les architectes qui avaient une conception du « design » différente de celle des ergonomes.

L'une de ces recommandations concernait les problèmes de luminosité que pourrait créer un concept de base du centre hospitalier, i.e. un hôpital avec éclairage naturel partout. Une recommandation fut faite à l'effet que toutes les parties qui faisaient face aux côtés SUD et SUD-OUEST devraient être installées avec des rideaux pour protéger les employés des éblouissements et des reflets qui pourraient être créés partout dans ces secteurs. Cette recommandation n'a pas été suivie. Au début, il y avait une consigne de n'installer aucun rideau dans les fenêtres. Comme il y a beaucoup de fenêtres intérieures (presque partout), ceci crée un effet « aquarium ». Même si les locaux sont climatisés et ventilés, les employés ont chaud, parfois beaucoup chaud. C'est le cas en particulier à l'urgence, par suite de la présence d'un énorme puits de lumière qui couvre une grande partie des postes de travail (incluant les écrans des ordinateurs). En plus de se faire chauffer le dessus de la tête lorsqu'il fait soleil, ces employés ont de la difficulté à voir sur leur écran d'ordinateur.

4.2.15.9 La fatigue

Lors d'une entrevue faite avec les représentants syndicaux membres du comité de santé et de sécurité du travail et le responsable de la prévention quelques mois avant le déménagement, ceux-ci avaient parlé d'un sentiment de fatigue et d'épuisement qui existait chez le personnel du centre hospitalier à la veille du déménagement. L'un des facteurs d'explication mentionnés était la surcharge de responsabilité que leur occasionnait la construction du nouveau centre hospitalier

et les préparatifs du déménagement qui occupaient le personnel cadre. Deux mois après le déménagement, la situation n'était pas meilleure selon le témoignage d'une représentante syndicale. Un sentiment de fatigue et d'épuisement était clairement présent dans le milieu. Cette représentante syndicale mentionnait qu'elle avait rencontré de nombreuses employées, en particulier des infirmières, qui venaient lui faire part de leur problème de fatigue, de découragement souvent de façon très émotive. Ce témoignage était corroboré par un responsable de la prévention qui rapportait qu'il voyait souvent des employés en détresse un peu partout dans l'hôpital dans les mois qui ont suivi le déménagement. Ce dernier faisait part des confidences nombreuses qu'il recevait spontanément des employés aux prises avec des problèmes ergonomiques et psychologiques.

4.2.15.10 Un aspect positif côté gestion : le sort des cadres intermédiaires

Un aspect positif qui mérite d'être souligné concerne les cadres intermédiaires. L'administration avait été prévenue d'un problème qui s'était produit dans un autre centre hospitalier [celui qui a été analysé dans la section précédente du chapitre] dans des circonstances semblables. Elle pouvait s'attendre de perdre une bonne proportion de ses cadres intermédiaires (jusqu'à 50%) durant la période d'après déménagement pour cause d'épuisement, « burnout », etc. Pour éviter ce problème, l'administration organisa des rencontres et des discussions avec ceux-ci ainsi qu'une formation spéciale pour les préparer au changement. Compte tenu qu'ils étaient déjà surchargés dans leurs activités normales et qu'ils le deviendraient encore davantage avec le déménagement, les réunions hebdomadaires furent réduites de beaucoup et certains comités moins importants furent éliminés. A la place, on institua un comité de déménagement qui se réunissait hebdomadairement et le travail fut divisé sur la base de responsabilités individuelles très précises : par exemple responsable des cabinets de pharmacie, responsable des chariots, responsable du montage d'une chambre de malade, etc. Il s'est ainsi créé une véritable synergie et tout a bien fonctionné. De plus, on avait mis sur pied un comité de coordination de projet où tous les directeurs étaient présents de même qu'un spécialiste en changement organisationnel des H.E.C. qui les accompagnait. Ce comité se réunissait à toutes les deux semaines. Près d'un an après le déménagement, l'organisation se félicitait de ne pas avoir perdu un seul cadre grâce à cette formule de gestion. [Cependant, la situation ne s'annonçait pas particulièrement facile avec la restructuration en cours du réseau de la santé que le gouvernement avait entreprise avec l'extension du modèle des regroupements locaux des trois fonctions institutionnelles dans le domaine de la santé et des services sociaux en regroupant les centres hospitaliers avec les CLSC et les centres de soins prolongés. Cette restructuration allait bouleverser de nouveau le fonctionnement du centre hospitalier. [Voir à ce sujet le cas de centre hospitalier précédent.]

4.2.15.11 Le dossier de santé et sécurité : les accidents

Dans le dossier de santé et de sécurité du travail, il n'y a pas eu de changements majeurs dans les statistiques de lésions professionnelles depuis une douzaine d'années, en dépit des améliorations dans certains équipements, en particulier les lits et les lèves-patients. La courbe des lésions professionnelles a suivi celle de l'augmentation du personnel dans l'établissement. Mais certaines causes d'accidents du travail ont diminué en importance avec des améliorations apportées dans les équipements et les procédures de travail. Dans l'ancien centre hospitalier, il n'y avait pas de lève-personne sur rail ou au plafond. Cette innovation a été apportée dans le

nouveau centre hospitalier. Dans l'ancien établissement, il s'agissait de lève-personnes mobiles, ce qui posait des contraintes parce que les chambres n'étaient pas assez grandes. De plus les lits étaient déficients. Des demandes avaient été faites pour l'achat de meilleurs lits, tels des lits électriques et des lits plus spécialisés pour les soins intensifs. Dans le nouvel établissement, avec les équipements tout neufs, cette problématique n'existe plus.

Près d'un an depuis le déménagement, il ne s'était pas produit de changement notable dans le dossier de la santé et de la sécurité du travail. On constatait que les mêmes genres d'accidents continuaient de se produire. Malgré les nouveaux équipements dans les unités de soin (par exemple des lève-patients électriques à leur portée dans les chambres), le même genre d'évènement arrivait encore. Le personnel n'avait pas encore pris l'habitude de les utiliser et il n'avait pas encore intégré ces équipements neufs dans ses techniques de travail. Cette situation représentait la majorité des dossiers de lésions professionnelles. On peut toujours se couper, s'enfarger, tomber dans une crise mal menée. Mais, si on considère les activités normales, la majorité des employés (tout personnel confondu : infirmiers, infirmières, préposés, etc.) n'avait pas encore intégré l'utilisation du lève-personne dans sa méthode de travail. Selon un responsable de la santé et de la sécurité du travail, il y avait « encore beaucoup de patients qui, normalement, auraient eu besoin de cet outil-là ». Les membres du personnel de soin se blessaient parce que « le patient n'est pas en forme, ou se laisse tomber, ou il perd l'équilibre. » Le personnel n'avait pas encore le réflexe d'utiliser cet équipement et ça conduisait toujours au même genre de problèmes et aux mêmes lésions.

La formation donnée jusqu'à maintenant ne semblait pas avoir été suffisante. Un nouveau plan d'action avait été mis en branle pour remédier au problème et assurer une meilleure formation du personnel à ce sujet. Par ailleurs, grâce à l'utilisation généralisée des lits électriques, on avait pratiquement éliminé les problèmes de coudes, de poignets, de mains et d'épaules associés dans le passé avec les anciens lits.

Il reste aussi les piqûres d'aiguille. Malheureusement, le fait de changer d'établissement, d'avoir des boîtes proches pour jeter des déchets et d'assurer que tout soit à la bonne place n'a pas été suffisant pour éliminer ce risque. Les pratiques de sécurité à ce sujet ne semblent pas avoir encore été complètement assimilées et intégrées dans le travail quotidien. « Les gens se promènent encore avec des seringues et les laissent traîner dans des endroits où ils ne devraient pas. » Ils se piquent eux-mêmes dans leurs déplacements, ou ce sont les préposés qui viennent changer les lits et les personnes de l'entretien ménagé qui se piquent sur des aiguilles abandonnées. Il ne semble pas y avoir de départements en particulier qui pourraient être ciblés, sauf ceux où il y a beaucoup d'activités de soin : l'urgence, les soins intensifs, le bloc opératoire, « des endroits où ça roule beaucoup » et qui traitent des patients d'une « nature » particulière.

Les infirmières affectées aux soins intégraux depuis plusieurs années et qui sont responsables de section sont aussi vulnérables et se blessent davantage, plus souvent que les préposés parce qu'elles sont moins habituées à faire des mobilisations ou des déplacements de bénéficiaires. Quand elles ont à intervenir, les infirmières ne sont pas toujours à l'aise dans leurs mouvements, ou vêtues convenablement (par exemple porter des pantalons plutôt qu'une jupe).

4.2.15.12 La problématique de la santé mentale

Du point de vue de la santé, on observe aussi de plus en plus de problèmes de santé mentale. Il s'agit principalement d'une problématique occupationnelle encore une fois. Le travail est souvent la goutte qui fait déborder le vase : que ce soit une demande de changement de son horaire, de modification de ses façons de faire, ou de s'adapter à un nouveau patron qui vient d'être embauché, etc. Si ça peut être le seul facteur, on se rend compte finalement la plupart du temps, quand on examine les dossiers et qu'on a l'histoire de la personne, que c'est multi factoriel. Selon une responsable expérimentée des dossiers de lésions professionnelles, «souvent, c'est comme [si] la personne maintenait son rythme parce que là elle composait avec tous ses éléments. Et parce qu'on [lui] demande un changement », l'équilibre est rompu, la dégringolade se produit. « Les gens [ne] sont plus capables de fonctionner. »

Entre 35% et 40% des absences ont pour cause le côté « santé mentale ». Ce phénomène important touche beaucoup le personnel infirmier et les travailleurs sociaux, surtout féminins qui sont les gens les plus vulnérables à ce problème. Il s'agit des personnes qui sont vraiment auprès des patients, engagées dans la relation d'aide. Les absences peuvent être souvent longues : plusieurs mois et même au-delà d'une année. « C'est pas une affaire de deux semaines. C'est pas une petite coupure, pis ça guérit, ou une chirurgie que tu sais que ça commence normalement avec une espérance de guérison X. Mais quand on tombe dans la santé mentale, là y viennent de chuter. »

4.2.15.13 Le rapport entre le travail et la vie familiale

Un autre groupe d'employés est dans une situation différente. Selon une responsable du service du personnel, « on veut les avoir au travail, mais il arrive de quoi, on leur demande juste un changement, pis là « pouf! », on pète! » L'employeur paye l'assurance-salaire mais souvent il s'agit d'autres problèmes : les enfants, le conjoint ou la conjointe, la belle-mère, un parent malade en traitement intensif, en chimiothérapie, etc. « Les gens veulent s'en occuper. Donc veut, veut pas, ça amène une surcharge. » Toutefois, les responsables du dossier de santé et de sécurité se retrouvent alors fréquemment devant des situations particulièrement délicates où des employés veulent profiter du système. Il s'agit de personnes qu'ils peuvent par ailleurs connaître personnellement comme employés dans le centre hospitalier. Ils doivent s'en tenir aux règles du système ce qui les place souvent dans des situations difficiles, stressantes pour eux-mêmes. La règle suivie pour faire la démarcation est alors la suivante. « Si la personne dépose un compte rendu, un évènement, et qu'elle apporte les papiers, on se doit de déclarer ça à la CSST. » Cependant, si l'employeur juge qu'il n'y a pas de lien entre l'évènement et les conditions de travail, il va recourir à son droit d'employeur de contester la réclamation. Il faut que la douleur ressentie soit nécessairement reliée au travail à ce moment-là. Ce n'est pas le cas lorsqu'une personne se penche pour ramasser son crayon et déclare une entorse dorsale à la suite de ce mouvement. A ce sujet, « plusieurs employés ont été remis à l'ordre (...) pour éliminer les abus. »

4.2.15.14 Transformation de la structure organisationnelle

Depuis le déménagement dans le nouveau site, la restructuration des unités syndicales s'est ajoutée aux changements apportés par le déménagement. De plus, la structure d'organisation de l'établissement est passée depuis le déménagement en groupement par clientèles à la suite du regroupement des centres de soins de longue durée (CHSLD) et du CLSC avec le centre hospitalier qui se trouvent dans le même secteur sous-régional. Il s'est donc agi de suivre le même modèle de regroupement que celui établi dans le premier centre hospitalier de notre étude tel que mis de l'avant par les autorités gouvernementales.

Conclusion

Ce dernier cas de déménagement étudié est sans doute le plus complexe par suite de la taille de l'organisation concernée et de la diversité et de la complexité des services et des unités de l'établissement. Le déménagement devait se faire sans interruption ni perturbation des activités normales et du fonctionnement du centre hospitalier. Il exigeait une excellente planification. Dans l'ensemble, le bilan est bon et même très bon sous plusieurs aspects.

Du point de vue de l'autonomie de gestion, le centre hospitalier a agi comme maître d'œuvre du projet de déménagement dans un nouveau site et de construction du nouveau centre hospitalier une fois qu'il a eu acquis les autorisations du Ministère de la santé et des services sociaux et de la Régie régionale des services de santé et des services sociaux. Le conseil de direction du projet avait la responsabilité de concevoir et de réaliser un projet qui corresponde aux besoins de la population en croissance rapide du milieu suburbain concerné, en respectant les normes financières et techniques établies par le gouvernement. Le centre de santé agissait en tant que maître d'œuvre. Une équipe de direction et de gestion du changement a été mise sur pieds pour l'exécution du projet. Cette équipe était principalement formée de représentants des divers départements et services de l'hôpital qui étaient détachés en partie ou totalement de leurs fonctions habituelles pour assurer la réalisation du projet. Cette formule a eu comme avantage important d'assurer que le nouvel établissement serait conçu et construit de manière à répondre le plus possible aux caractéristiques et aux besoins de l'institution telles que définies dans le projet et aux divers besoins des services et des départements qui la composent. De ce point de vue, l'objectif a été, semble-t-il, largement atteint.

En ce qui concerne l'intégration des divers paramètres de gestion dans la réalisation du projet, le modèle qui a été suivi par la direction s'inspirait largement d'un modèle intégré des diverses fonctions organisationnelles en usage dans les facultés d'administration incluant, entre autres, la santé et la sécurité du travail. Cependant, tel que mentionné plus haut, ce dernier élément de la gestion a été traité en partie en parent pauvre par rapport aux autres paramètres. Il ne semble pas avoir bénéficié de la présence constante et suffisamment affirmée des responsables de ce dossier sur les instances de gestion du projet.

La participation active du personnel dans le processus de changement a été largement limitée. Elle a consisté principalement dans des séances d'information et des visites organisées à partir du moment où les travaux de construction furent suffisamment avancés. Il faut mentionner que le centre hospitalier était toujours en pleine opération pendant la période de réalisation du projet et que le personnel devait répondre à une surcharge de travail. Par ailleurs, les syndicats représentant les diverses catégories de personnel, eux-mêmes engagés activement dans des négociations importantes avec l'État pendant cette période, étaient assez régulièrement informés des progrès dans la construction du nouvel établissement et de la situation en ce qui concernait le personnel. Mais les syndicats n'étaient pas directement impliqués dans le projet.

4.3 Réflexions tirées de l'analyse comparative des trois cas de changements

Avant de poursuivre l'analyse, il ne semble pas inutile de rappeler l'objectif principal de cette recherche. Elle visait surtout à étudier l'impact des changements technologiques et organisationnels sur la santé et la sécurité du travail selon le mode de gestion de ces changements utilisé par les organisations concernées. Les changements technologiques concernés renvoient principalement à la technologie utilisée dans les activités de production de biens ou de services et celle utilisée dans la gestion de l'organisation. Le mode de gestion est caractérisé par le degré d'autonomie de l'organisation dans la réalisation du changement, par le degré d'intégration des paramètres de la gestion incluant la santé et la sécurité du travail et par le niveau de participation des employés dans la réalisation du changement.

Ce chapitre a porté principalement sur l'impact de la relocalisation d'entreprise ou d'organisation dans un nouveau site entièrement neuf (le concessionnaire automobile et le centre hospitalier de banlieue) ou partiellement neuf et rénové (le centre hospitalier de soins de courte et de longue durée intégré avec le CLSC). La relocalisation d'entreprise ou d'organisation constitue un changement organisationnel en ce sens qu'il constitue un changement dans l'espace organisationnel. Ce changement peut être accompagné (ou se produire) en même temps que d'autres changements organisationnels. Par exemple, il peut s'agir d'une fusion ou d'une intégration d'organisations à vocations complémentaires comme ce fut le cas du CLSC avec le centre hospitalier et le centre d'hébergement et de soins de longue durée. Dans ce cas, il s'agissait d'un changement organisationnel majeur : le regroupement organisationnel d'un CLSC avec un hôpital général et un centre hospitalier de soins de longue durée et la relocalisation du CLSC sur le site partiellement transformé des deux autres organisations (principalement la construction et l'aménagement de nouveaux locaux pour abriter le CLSC). Dans les deux autres cas, celui du concessionnaire automobile et celui du centre hospitalier général, il s'agissait essentiellement d'un processus de relocalisation dans un site et des bâtiments entièrement neufs sans transformation organisationnelle majeure. Dans les trois cas, ces changements ont été réalisés pendant que le cours normale des activités de ces organisations était maintenu.

Le déménagement de site : une opportunité

Le déménagement de site (ou relocalisation) peut être vu comme une occasion (ou une opportunité) d'opérer des changements souhaitables, de répondre à des problèmes organisationnels et d'améliorer les services.

A première vue, il est difficile de comparer les trois cas de relocalisation décrits et analysés. Celui de la concession automobile est difficilement comparable aux deux autres. Il s'agit, par comparaison, d'une organisation de petite taille, ce qui devait, à première vue, en faciliter d'autant le déménagement et la relocalisation. La majeure partie de l'ameublement et l'outillage fixe qui était neuf étaient déjà installés dans le nouvel établissement. De plus, il s'agissait de déménager quelques pièces d'équipement et d'outillage restantes, les pièces de rechange en réserve, quelques ameublements et les documents administratifs et un certain nombre de véhicules neufs et usagés. Il était facile de placer et d'installer le tout dans les endroits prévus à cet effet. Cela explique le peu de problèmes que le déménagement a produit quelque soit la façon

avec laquelle il a été réalisé. De plus, la structure organisationnelle départementale demeurait la même. Les diverses parties du nouvel établissement correspondaient à cette même structure organisationnelle sauf le poste d'accueil intérieur quatre saisons pour les clients du service d'entretien et de réparation qui n'existait pas dans l'ancien établissement. Évidemment, le nouveau complexe était de plus grande taille et, surtout, tranchait par la qualité de la construction et de son apparence, ainsi que de l'aménagement et de l'atmosphère des lieux. Chaque employé s'est facilement retrouvé dans son département. L'organisation du travail demeurait la même sauf pour le nouveau service d'accueil des clients, chacun pouvait reprendre ses tâches normales sans trop de problèmes importants. Conjugué avec la succession de la jeune génération à la tête de l'entreprise, le déménagement marquait un passage déterminant et prometteur vers l'avenir.

En rester à cette constatation serait d'ignorer ce qui s'est véritablement produit comme l'analyse l'a révélé. Ce passage ne s'est pas réalisé sans difficulté et sans peine. Une crise latente a éclaté. Le déménagement et le changement d'orientation dans l'organisation du service d'entretien et de réparation avec le nouveau système « *drive through* » et les nouvelles exigences de ce système, ainsi que le changement à la direction de l'entreprise et le surmenage des cadres et des membres de la direction, ont finalement fait crever l'abcès de conflits antérieurs. Les conflits qui existaient dans ces services avaient été créés par quelques individus qui se servaient de la structure et de la protection syndicale (via la convention collective) pour abuser du système et exercer un contrôle qui était hors de proportion avec la position et le rôle fonctionnel qui leur étaient impartis. Par ailleurs, associée à la nouvelle politique de marketing du « prix de vente suggéré » du fabricant, la réforme du mode de rémunération des vendeurs s'est avérée significative et importante puisqu'elle découlait de la redéfinition du rapport entre le client et son fournisseur introduite par le fabricant. Cette réforme contribuait également à assurer une plus grande sécurité financière et une plus grande stabilité d'emploi aux vendeurs.

Le cas du déménagement du CLSC dans les nouveaux locaux adjacents au centre hospitalier intégré ne présentait pas non plus beaucoup de problèmes en soi. Il s'agissait principalement de documents, de divers appareils et d'ameublements de bureau. Leur transport et leur relocalisation dans les nouveaux bureaux pouvaient être réalisés par une entreprise spécialisée et c'est d'ailleurs ainsi qu'ils le furent. Les employés avaient déjà été amplement consultés sur les plans détaillés des nouveaux bureaux et pouvaient facilement s'y retrouver. Il y a bien eu quelques problèmes de nature matérielle au début lors de l'aménagement dans les nouveaux espaces mais ces problèmes furent rapidement solutionnés. Il s'agissait de faire le deuil de l'environnement et de l'atmosphère des anciens bureaux et de s'habituer aux nouveaux bureaux tout en maintenant autant que possible les rapports sociaux organisationnels dans le nouvel environnement. Une question beaucoup plus importante s'est posée. Elle concernait ce nouvel environnement « organisationnel » et l'intégration du personnel du CLSC dans les nouvelles structures découlant de la fusion avec le centre hospitalier (CH) et le centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD). Il fallait assurer la participation du personnel du CLSC dans les activités d'intervention et de soins restructurées sur la base des trois clientèles en collaboration avec le personnel de ces deux nouveaux partenaires.

Tel que mentionné plus haut, les problèmes d'intégration découlaient principalement d'une différence de culture socio-organisationnelle fondée sur des différences prononcées dans la vocation, la philosophie d'intervention, les clientèles et les pratiques professionnelles qui

ressortent de l'analyse. La collaboration de ces trois organisations et l'intégration de leurs activités ne s'annonçaient pas une tâche facile, mais elle était sans doute possible et souhaitable si elle était fondée, d'abord, sur les besoins spécifiques des clientèles concernées et de leur milieu de vie et la contribution propre de chacune de ces institutions aux objectifs communs. Au moment de l'étude, c'est à la réalisation de cette tâche commune que le personnel de ces trois organisations (ou services) mettait son énergie à contribution.

Dans le cas de l'autre centre hospitalier, le déménagement était comparable à celui du concessionnaire automobile et du CLSC. Le centre hospitalier n'était plus en mesure de répondre aux besoins de la population en croissance rapide sur son territoire. Dans les trois cas, il s'agissait de déplacer du personnel organisationnel et des équipements dans un nouveau site et un nouveau complexe. Dans le cas du deuxième centre hospitalier cependant, il s'agissait de déménager aussi et surtout des malades. Cette opération compliquée et risquée s'est très bien déroulée dans l'ensemble comme nous l'avons vu. Elle avait fait l'objet d'une planification beaucoup plus poussée et compliquée que celle des deux autres organisations.

Les problèmes importants sont apparus immédiatement après le déménagement et ont perturbé le fonctionnement de l'organisation principalement dans la première année, les premiers mois étant les plus difficiles. Pourquoi en a-t-il été ainsi? Mis à part les changements organisationnels qui avaient déjà été initiés avant le déménagement et le fait que le centre hospitalier n'était pas encore physiquement totalement prêt à accueillir le personnel et les patients, il est possible de réduire les facteurs d'explication à trois aspects principaux qui étaient inhérents à ce changement: 1) l'invisibilité de l'espace dans l'ancien établissement versus l'immensité de l'espace dans le nouvel établissement; 2) l'interdépendance et la densité du tissu social dans l'ancien établissement versus la distanciation et l'éclatement du tissu social dans le nouveau; 3) le caractère désuet du milieu de travail dans l'ancien hôpital versus le caractère moderne et sophistiqué du milieu de travail dans le nouvel établissement. Reprenons chacun de ces aspects dans les paragraphes qui suivent.

4.3.1 L'éclatement du tissu social

On peut voir le déménagement comme le signal d'un « passage », « d'une transformation » majeure de l'organisation symbolisée par l'espace. Le centre de santé changeait en quelque sorte de ligue tout comme le milieu urbain dans lequel il avait grandi avait changé avec l'expansion démographique considérable de la sous-région qu'il dessert et l'augmentation importante des besoins de soins hospitaliers.

Dans l'ancien hôpital, l'espace était utilisé à son maximum pour satisfaire les besoins des divers départements et services. L'organisation était devenue une véritable « ruche » d'activités. Les gens étaient physiquement contraints et il y avait beaucoup d'interaction à la fois générée et forcée par cette proximité. Le personnel était toujours en présence de tous et chacun ainsi que des malades hospitalisés et de leurs visiteurs. De plus, dans la vie hors travail, un grand nombre d'employés se côtoyaient socialement à l'extérieur dans les quartiers avoisinants et dans les petites municipalités voisines où ils demeuraient. Mais l'édifice en lui-même était un phénomène. La distance entre les lits pour les malades et entre les services était réduite au minimum et les gens se croisaient les uns les autres constamment. A toute fin pratique, on était

presque toujours à court d'espace, à la recherche d'espace, et on souffrait en quelque sorte du manque d'isolement.

De ce point de vue, l'arrivée dans le nouveau centre hospitalier provoqua un choc immédiat. L'espace était dominant dès le moment où on approchait du complexe. Une fois entré dans l'édifice, cette impression était tout de suite confirmée. L'espace apparaissait presque sans fin. L'univers physique était à une toute autre échelle que celle à laquelle on avait fonctionné dans l'ancien établissement, dans les anciens départements. Il était très facile de s'y perdre. De plus, la géographie des services et des départements était très différente de celle avec laquelle on avait vécu pendant des années dans l'ancien établissement. Il fallait se refaire une nouvelle carte géographique de l'organisation et de l'établissement. Cette situation a eu un impact important sur les relations interdépartementales au niveau des tâches et au niveau des relations interpersonnelles.

L'arrivée dans un tel environnement crée un choc et fait éclater le tissu social. L'ancien tissu de relations sociales fondé sur un grand nombre de réseaux étroitement soudés par la proximité physique est soudainement distendu et en partie brisé par l'espace. Au début, on se sent perdu et il faut un certain temps, plus ou moins long pour chaque individu, pour reconstituer l'organisation et le système social dans cet espace physique. Les départements sont situés dans des lieux différents de ceux dans lesquels on a fonctionné pendant des années. On ne voit plus nécessairement les personnes qu'on était habitué de rencontrer. On doit maintenant faire un effort pour les localiser et pour les rejoindre si on en a encore le temps parce que les distances ne sont plus les mêmes. Il est maintenant plus difficile de manger ensemble parce que les membres du groupe sont éparpillés dans l'espace et le temps des déplacements a été multiplié. Un déplacement qui prenait trois ou quatre minutes, en prend maintenant dix ou quinze et plus. Dans beaucoup de cas, il devient maintenant préférable de rester dans son département pour manger. Les réseaux sociaux qui existaient auparavant se transforment ou, dans certains cas, disparaissent. Il faut en reconstituer d'autres. Le bureau du syndicat où on pouvait se rendre rapidement pour arrêter bavarder ou discuter d'un problème avec le représentant ou la représentante syndicale est moins accessible. Sur les départements, la plus grande distance entre les chambres fait en sorte qu'il devient risqué pour le personnel soignant de se déplacer seul dans les chambres les plus éloignées du poste centrale le soir et la nuit à cause de l'isolement. De son côté, le département de l'urgence est maintenant plus éloigné des départements de soin.

Il faut aussi faire état de l'impact de l'informatisation du travail sur les changements dans la gestion des soins et dans les relations inter départementales. On doit également dépasser la question de l'espace pour référer aux changements dans la gestion des soins et les nouvelles exigences du travail infirmier (informatisation du travail, charge de travail, réforme de la structure des statuts et des responsabilités professionnels) qui contribuent à l'éloignement du rapport soignant-soigné. A cela s'ajoute la réduction de la période d'hospitalisation et la spécialisation de plus en plus poussée des tâches et des soins aux malades.

Le lieu et l'espace en eux-mêmes ne déterminent pas l'organisation sociale et les rapports sociaux et leur signification pour les acteurs, mais ils les conditionnent de façon importante. Le caractère moderne et sophistiqué du milieu de travail dans le nouvel établissement constitue un contraste frappant avec le caractère désuet du milieu de travail dans l'ancien hôpital qui,

pourtant, pouvait apparaître accueillant et bien chaleureux. Le nouvel environnement fait appel à une nouvelle façon d'être et de vivre en milieu de travail qui n'a pas encore été complètement définie. Il faut un certain temps avant que l'on puisse véritablement habiter un nouvel environnement et s'y sentir complètement à l'aise.

La situation vécue au point de départ, et pour un temps variable selon les difficultés rencontrées, apparaît comme une de « perte de contrôle ». Or, dans la vie des intervenants en santé, le contrôle est fondamental. La première chose que l'on fait lorsqu'une personne arrive dans ce milieu, c'est d'en prendre le contrôle, d'en faire un « patient », de la changer de vêtement, de la stabiliser si elle est perturbée, de la placer dans un environnement sous surveillance jusqu'à temps que le processus d'évaluation et d'examen des symptômes et de la condition du patient indique la nature du problème et de l'intervention qui doit être pratiquée. Or, lorsque le déménagement a eu lieu, le personnel est arrivé dans un nouvel environnement très différent de celui dans lequel il travaillait depuis longtemps. De plus, l'aménagement de cet environnement n'était pas encore tout à fait terminé et on découvrait des problèmes dans les sections où l'aménagement était terminé. Pour un certain temps, variable selon les individus et les départements, le personnel a alors vécu le stress d'une période d'incertitude et de perte de contrôle plus ou moins prévue et plus ou moins importante.

En résumé, on peut conclure qu'il y avait bien deux revers à la médaille. Au début du déménagement et pendant une période plus ou moins longue selon les individus et les groupes, le personnel a réalisé qu'il était plus difficile de fonctionner efficacement dans le nouvel hôpital et que la situation n'était pas aussi facile qu'ils l'avaient imaginé ou qu'on l'avait laissé croire comme nouveau lieu de travail. Au moment des entrevues avec des membres du personnel infirmier, plus d'un an après le déménagement, le deuil de la séparation de groupes et d'amis qui travaillaient ensemble depuis des années ainsi que l'ajustement au nouvel environnement physique et d'autres facteurs externes comme l'affluence imprévue de la clientèle, créée par l'attraction du nouvel hôpital, et la surcharge de travail et les heures supplémentaires obligatoires qui en découlaient, étaient perçus comme un fardeau. Les employés qui avaient l'impression d'être consultés se sentaient frustrés et insatisfaits lorsque leur point de vue n'était pas toujours pris en considération. Dans ce sens, il y avait une part d'irréel dans la glorification de la nouvelle institution par l'administration, les employés et les patients bénéficiaires. Mais graduellement et assez rapidement, les aspects positifs du nouveau milieu, par exemple l'abondance de l'espace, la propreté des lieux et la qualité des nouveaux équipements, en sont venus à s'imposer dans la vision du personnel. Même les distances à parcourir entre les différentes unités furent appréciées par certains comme un bon exercice physique.

Le déménagement est un événement, un élément révélateur, un élément perturbateur, un catalyseur. L'impact des déménagements sur la santé et la sécurité du travail se fait sentir dans la période précédente de la préparation au déménagement, durant le déménagement et après le déménagement. Dans l'ensemble de ce processus, il s'agit surtout de la surcharge de travail occasionnée par le changement qui affecte la santé et la sécurité du travail. Après le déménagement, c'est la période d'adaptation au nouvel environnement de travail qui est principalement en cause ainsi que les changements organisationnels qui accompagnent habituellement les déménagements. Son impact social se fait surtout sentir sur la structure des rapports sociaux dans l'organisation : relations interdépartementales, relations au sein des

groupes de travail et relations interpersonnelles. Il se fait sentir aussi dans le renouvellement de la main-d'œuvre, en particulier des changements dans la composition du personnel. Il provoque des départs d'employés motivés par l'insatisfaction, l'incapacité à s'adapter au nouvel environnement organisationnel ou l'aspiration à un nouveau défi, à un changement de carrière, etc. Pour tout dire, le déménagement constitue un facteur d'instabilité individuelle et sociale important qui ne doit pas être ignoré.

Les considérations précédentes s'appliquent en général dans le cas de l'analyse du déménagement du CLSC dans le nouveau site et ses nouveaux locaux. Cependant son déménagement s'est accompagné d'un regroupement organisationnel avec les deux autres centres hospitaliers, celui de soins de courte durée et l'autre de soins de longue durée. Dans ce cas, il y a des différences institutionnelles, culturelles et organisationnelles entre le CLSC et ses deux autres partenaires qui rendent l'intégration plus difficile. Par exemple, la routine des soins et le respect des horaires pour les repas, l'administration des soins et des médicaments, les visites des médecins, etc., éléments propres de l'univers contrôlé et contrôlant des centres hospitaliers de soins de courte durée et ceux de longue durée, correspondent peu à l'univers et la culture des CLSC. Dans ce cas, le déménagement du CLSC qui, au point de départ, avait été imposé par les agences supérieures, a été difficilement accepté et l'intégration dans la nouvelle structure institutionnelle rendue problématique. La construction sociale de la nouvelle entité organisationnelle risque d'être difficile et de prendre un certain temps.

5. CHAPITRE 4 : REPRÉSENTATIONS SOCIALES DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ DU TRAVAIL

Les changements technologiques et organisationnels ne se produisent pas en vase clos ou au hasard. Ils font l'objet d'une intervention consciente et organisée, par le moyen d'une gestion dont les caractéristiques (le « mode » de gestion) renvoient à des représentations sociales du changement lui-même, de ses diverses dimensions, des objectifs visés par les transformations qui en résulteront, des gagnants et des perdants, du rôle propre des divers acteurs et groupes d'acteurs dans sa réalisation, etc. Dans le cadre de cette étude, une attention spéciale est accordée aux représentations sociales de la santé et de la sécurité du travail puisqu'elles nous fournissent des informations utiles et indispensables pour mieux comprendre la façon dont les divers acteurs sociaux réagissent aux changements technologiques et organisationnels et à leurs conséquences.

Pour mieux comprendre cette problématique, nous avons utilisé le concept de représentations sociales comme outil de travail. Cette procédure nous permet de mieux saisir les perspectives et les comportements des employés en milieu de travail ainsi que la logique de la rationalité et/ou de l'irrationalité de leur comportement, leur expérience vécue ainsi que leur cadre de référence. Ceci nous permet d'avoir une meilleure compréhension des conceptions des employés concernant la santé et la sécurité du travail, y compris leurs comportements en regard de cette réalité. Nous avons constaté que les différents acteurs concernés dans cette étude acceptent et adoptent les mesures de prévention de la santé et de la sécurité du travail. Par contre, cette acceptation est conditionnelle et parfois délinquante pour différentes raisons. Le plus souvent, ces raisons sont personnelles et reliées à leur profil social.

5.1 Le concept de représentation sociale

Le concept de représentation sociale est au cœur d'une abondante littérature portant sur l'analyse compréhensive des comportements sociaux. Une analyste bien connue dans ce domaine, Denise Jodelet, définit ce concept comme « une forme de pensée sociale. Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal. En tant que telles, elles représentent des caractères spécifiques au plan de l'organisation des contenus, des opérations mentales et de la logique. Le marquage social des contenus ou des processus de représentation est à référer aux communications par lesquelles elles circulent, aux fonctions qu'elles servent dans l'interaction avec le monde et les autres. »

En ce sens, les représentations sociales constituent une forme de connaissance sociale fondée sur la pensée naturelle par opposition à la pensée scientifique. Il s'agit de la connaissance de sens commun. Cette connaissance est socialement élaborée et partagée par des ensembles d'acteurs sociaux. Elle est aussi le produit et le processus d'une élaboration psychologique et sociale du réel.

Les représentations sociales interviennent donc, en particulier, dans l'interprétation et la compréhension de l'univers du travail, sujet qui nous intéresse tout particulièrement dans cette

étude. Elles contribuent à la régulation des relations entre les groupes et elles sont à la base de l'évaluation et du jugement des situations de travail par les acteurs sociaux.

Dans le processus d'analyse des données recueillies, le modèle d'analyse de l'étude de Dofny et Legendre sur les mineurs nous a servi de guide. Ainsi, l'étude des mineurs réalisée à la suite de la catastrophe de la mine Belmoral en 1980 a montré que les représentations sociales des risques des mineurs étaient dominées entre autres par le fatalisme et le providentialisme (Legendre et Dofny, 1982; Legendre, 1987). Ce sentiment était particulièrement répandu chez les mineurs dans les opérations de développement qui présentaient les conditions les plus à risque. Devant l'impuissance à prévoir et à contrôler l'environnement du travail, les mineurs s'en remettaient à un pouvoir surnaturel en ce qui concernait leur sort. Ceci permettait de mieux comprendre pourquoi ils acceptaient de travailler dans un milieu de travail non-sécuritaire et dangereux et d'y retourner même après un effondrement qui avait entraîné la mort de huit de leurs compagnons à la suite de la négligence criminelle de leur employeur. [Voir également le chapitre de Dupuis sur la culture professionnelle des mineurs dans Harrisson et Legendre, 2002.]

De son côté, Harrisson a accordé une place importante aux représentations sociales des risques dans l'analyse des attitudes et des comportements de santé et sécurité et de prévention des travailleurs industriels (Harrisson, 1986 et 1988). Son étude a fait ressortir que "dans les représentations ouvrières, c'est le caractère maîtrisable ou non d'une situation qui définit l'acceptabilité du risque". Ainsi, les attitudes face aux risques et les comportements préventifs varient en fonction de l'autonomie ou de la maîtrise que possède l'employé dans son travail. Les ouvriers qui possèdent un haut degré d'autonomie et de maîtrise dans leur travail adoptent une attitude volontaire et pro active: ils se sentent responsables de leur sécurité. A l'inverse, les ouvriers qui ont un faible degré d'autonomie dans leur travail vont adopter une attitude défensive: leur conduite n'est « qu'un moyen de pallier l'insuffisance des mesures de prévention prises par les autres acteurs ».

Dans ce chapitre, nous avons tenté de dégager certains éléments clés des représentations sociales qui nous permettent de mieux comprendre les perceptions et les comportements des acteurs sociaux dans les trois secteurs d'activités étudiés. Il ne constitue pas une analyse complète qui aurait pu être faite du matériel recueilli dans cette étude. Cette analyse reste à faire. L'exposé qui suit est basé directement sur les entrevues faites avec le personnel des entreprises et des organisations et sur la documentation écrite qui nous a été communiquée. Le sujet traité, qui constitue un nouveau volet de l'étude, est écrit de façon à assurer une lecture plus facile et plus suggestive sur cet aspect complexe. Nous nous sommes arrêtés à certains éléments d'une analyse plus compréhensive à faire des perceptions et des conceptions, des comportements, des attitudes, des relations de groupe, des groupes d'appartenance, des expériences vécues des individus concernant la santé et la sécurité du travail qui se retrouvent dans le texte d'une façon explicite ou implicite. La plupart de ces éléments sont étroitement reliés et souvent difficiles à isoler. Le cadre limité de ce rapport nous a obligés à limiter à dix le nombre d'éléments considérés. Une analyse plus poussée reste à faire. Nous avons choisis ces éléments clés parmi un bon nombre d'autres éléments pertinents pour analyser les représentations sociales caractéristiques des acteurs. La plupart des secteurs et des groupes professionnels sont représentés. Les relations entre les acteurs sont mises en évidence.

Les éléments retenus comme objet de l'analyse sont les suivants:

- 1- Intérêt et objectif individuel
- 2- L'instinct humain de survie
- 3- L'économie (secteur privé-secteur public)
- 4- L'économie (coûts-bénéfices)
- 5- Camaraderie et travail en équipe
- 6- Attitudes, comportements et résistance aux normes de santé et sécurité
- 7- Le professionnalisme
- 8- L'empirisme et la tête heureuse
- 9- Pourquoi les accidents
- 10- La responsabilité de l'employeur

5.1.1 Intérêt et objectif individuel

Les employés en général sont pour la santé et la sécurité du travail. « Tout le monde est pour ça » est une phrase couramment répétée. Maintenir et protéger l'intégrité de la personne et du corps humain n'est pas remis en question. Adopter les moyens appropriés, apporter des changements organisationnels, assurer une sensibilisation continue et exercer une pression sociale et psychologique dans le milieu de travail à ce sujet font partie de la culture idéologique des milieux de travail.

Toutefois cet objectif général ne correspond pas nécessairement aux objectifs particuliers des employés et à leurs circonstances de vie comme le montre le témoignage suivant extrait d'une entrevue avec un employé dans le secteur municipal. Celui-ci est un ouvrier non-qualifié qui a le statut d'homme à tout faire sans spécialisation reconnue. Il a été embauché comme employé temporaire et est sur la liste d'attente pour un poste permanent depuis plusieurs années. Sa représentation sociale de la santé et de la sécurité et des risques du travail, c'est d'obéir aux règles de santé-sécurité et d'éviter les risques à tout prix pour être sûr de garder son emploi et d'acquiescer un poste permanent. Une fois la permanence acquise, on verra. Ce travailleur, tout comme les autres employés interviewés, a ses propres motivations pour accepter les règles de santé et de sécurité du travail qui diffèrent des raisons officielles.

Témoignage

« Faut porter des gants dans tous les travaux. Je faisais ça dans le privé. ... N'avais pas besoin. On nous fournissait même pas. N'avais pas besoin. Ça ça rend les gens... Y vont tout le temps sur la pointe des pieds. Avec ça, ça travaille mal. On n'est pas « *sharp* ». Les gars ici me traitent d'épais quand je ne porte pas mes gants. Je ne veux pas avoir des chicanes avec mon boss. La paix!... »

Cet employé observe les règles de santé et sécurité à contre cœur. Il porte ses gants et ses lunettes parce qu'il est surveillé par son patron et ses collègues. Il ne désire pas d'être réprimandé. Mais comme de nombreux autres employés rencontrés dans les trois secteurs, il accepte les règles et s'y soumet pour de fausses raisons. Sa représentation sociale de la santé et

sécurité du travail est différente de la norme. Il suit les règles pour un motif étranger. Il ne se protège pas contre des accidents de travail éventuels, mais plutôt pour garder son emploi et éviter des problèmes possibles avec son contremaître surtout qu'il est le prochain dans la liste pour la permanence d'emploi.

« Quelqu'un va prendre sa retraite ou va mourir et ça va être mon tour. J'ai attendu assez longtemps pour ça. »

La question qui se pose c'est de savoir comment il va se comporter une fois qu'il aura obtenu sa permanence. Est-ce que son attitude envers la santé et la sécurité du travail va changer ou, au contraire, il est tellement habitué à sa manière actuelle de travailler d'une façon sécuritaire qu'il va définitivement abandonner son attitude délinquante.

Un autre extrait d'entrevue dans le secteur automobile nous montre que l'employé ne veut rien savoir, ni du syndicat ni de la santé et de la sécurité du travail. Comme il se sent vulnérable, son seul objectif est de garder son emploi assez longtemps, faire son argent pendant qu'il le peut et pouvoir acheter une voiture à bon prix.

Témoignage

« Dans le moment, ça va être l'image syndicale. L'important, c'est qu'un gars qui est au bien-être achète un char ici. Mais le syndicat peut-être n'aurait pas une job ici. C'est individualiste ici. Ça dépend si tu veux considérer la job de tout le monde ou tu veux faire de l'argent pendant que les jobs sont là. Tu veux faire ton argent tranquille d'esprit pendant qu'il est là. Tout est considération de l'argent. »

On ne peut pas dire que la santé et la sécurité du travail sont un sujet courant des conversations des employés comme le sport ou la politique. Le propos est abordé lorsqu'une situation ou un événement particulier est rapporté ou qu'une rencontre particulière est organisée sur ce sujet. La question est abordée de façon plus régulière dans certains départements ou groupes de travail au moment où les activités de travail sont planifiées et organisées. Pour certains employés, le sujet n'existe pratiquement pas.

Le témoignage suivant, celui d'un dirigeant d'organisation municipale, situe la réflexion dans le cadre beaucoup plus large de la mondialisation et du capitalisme où c'est toujours l'argent qui compte.

Témoignage

« Contre les effets de la mondialisation, chaque employé fait sa part. Toute une philosophie et on a développé ça pendant plusieurs années. Aussi j'ai appris dans la vie que le seul maître c'est la piastre. Si l'employé sent que les contribuables ne sont pas satisfaits, il perd son emploi. La piastre. C'est au bout de la ligne, la piastre. C'est un système capitaliste. La vérité, c'est la piastre. On va vers les mêmes choses. Ce n'est pas important d'où ça vient. C'est toujours la piastre qui règne. »

5.1.2 L'instinct humain de survie

Cet élément a trait aux actions et réactions acquises par l'expérience vécue et qui ne correspondent pas nécessairement à la formation en santé et sécurité du travail (cours, programmes, documents écrits). Cette expérience vécue sert de référence dans la conduite de tous les jours. Dans le cas d'un véritable danger, les actions ou réactions d'un individu peuvent suivre son instinct de survie même si cela ne concorde pas nécessairement avec les règles de santé et de sécurité du travail. Ses actions ou réactions peuvent dépendre de ses expériences dans le passé. Celles-ci ont peut-être été vécues par lui-même ou par ses proches dans des situations de danger semblables. Par exemple, une personne, qui dans le passé a vécu une expérience où son frère éteignit un feu avec des seaux d'eau, est susceptible de répéter la même action dans une situation semblable en dépit du fait qu'elle sait maintenant que ce type d'intervention est déconseillé et dangereux dans ce cas.

Lorsqu'un accident ou un incident se produit, on agit souvent sous impulsion. La situation décrite ci-haut est illustrée dans le cas d'un accident de travail d'une infirmière dans le secteur de la santé. Un patient qu'elle soignait est tombé par terre et elle s'est gravement blessée en essayant seule de le relever et de le coucher dans son lit plutôt que d'attendre de l'aide de ses collègues comme la consigne, qu'elle connaît bien, le préconise.

Témoignage

« Il y a des préventions prévues par la CSST pour supprimer le danger. Mais peut-être dans les situations d'urgence où tout le monde se dépêche, on ne pense pas aux mesures de sécurité. Quand on s'anime c'est comme imprévu et les gens agissent automatiquement sur impulsion personnelle sans un mode général sécuritaire, sans référence à la connaissance qu'il ne fallait pas lever le patient pour le remettre dans son lit. Fallait le coucher et le laisser par terre et lui donner des traitements. Il y avait de la confusion, le monde courait ... »

Une autre entrevue avec un dirigeant dans le secteur municipal met en évidence la logique économique sous-jacente à l'élément de l'«instinct humain» de survie. La personne interviewée possède une longue expérience du milieu de travail des services municipaux, de la situation de la santé et de la sécurité du travail dans ce secteur ainsi que des facteurs sociaux impliqués. Son témoignage est révélateur de l'envergure que peuvent prendre les représentations sociales à ce sujet chez un haut dirigeant.

Témoignage

« Une première représentation sociale de la santé et de la sécurité du travail est fondée sur le dilemme (l'opposition) entre la définition officielle des risques et des mesures de protection prévues et l'instinct humain de se protéger (ou de prendre un risque calculé dans une situation douteuse). Dans les situations dangereuses, les employés ont intérêt à se protéger et la législation et les règlements officiels prévoient des mesures à prendre pour éviter les lésions professionnelles. Le problème vient du fait que la notion de situation à risque n'est pas facile à

définir en pratique. Là entre en jeu l'instinct humain de se protéger. D'un côté la législation et de l'autre l'instinct humain. Par exemple, c'est l'été, il fait 32° et l'employé tond le gazon sous un soleil de plomb. Il doit porter des gants, un chapeau de sécurité et des bottes avec un cap d'acier. C'est la loi et le comité de santé sécurité est là pour la faire respecter. Mais il a le désir de mettre de côté ces mesures de sécurité qui dans les circonstances lui apparaissent exagérées ou inutiles. Elles ne viennent pas de « l'instinct » et donc les lois et les règlements de santé et de sécurité apparaissent rigides et sont vécus comme une obligation, une contrainte. La direction et les cadres doivent alors de plus en plus faire la police et continuellement surveiller. Si on relâche les contrôles, le naturel revient. Quand l'instinct n'est pas là, c'est toujours un effort de protéger l'employé contre lui-même. »

5.1.3 L'économie (secteur privé-secteur public)

Selon cette représentation, il existe de nombreux cas dans les entreprises publiques, comme les services municipaux, où la sécurité n'est pas une chose évidente ou logique pour l'employé. Par exemple, la ville exige une manière de travailler qui est étrangère à ce qui a été appris et intériorisé par l'employé dans ses emplois antérieurs. De plus, l'employé exécute le même travail chez lui sans protection et il ne lui est jamais arrivé de problèmes. Donc les exigences de la ville lui paraissent illogiques et une perte de temps. Pour lui, la façon de travailler et les mesures de sécurité imposées dans une organisation ne sont pas toujours évidentes.

La compétition économique du secteur privé est devenue de plus en plus forte et il est plus difficile d'obliger les travailleurs du secteur public à suivre les consignes de SST alors que les travailleurs du secteur privé les négligent ouvertement.

« Par exemple, entre le trottoir et l'asphalte, il y a du foin et des mauvaises herbes qui poussent et qui doivent être coupés. L'entrepreneur privé va prendre un fouet et couper ça. La ville doit prendre un camion et trois employés : un avant du camion, un autre en arrière pour faire la signalisation et un troisième pour couper les herbes. Si ce travail est donné à contrat, c'est une journée de travail avec un employé. Si c'est la ville, ça prend deux journées de travail pour trois employés et un camion de signalisation. A la fin de l'année, tout ça s'additionne partout au Québec et le Ministère demande des comptes. Les coûts de production dans le public sont largement au-dessus de ceux du privé. Pourtant, l'attitude de négliger la santé et la sécurité des employés au profit de la production dans les entreprises privées est largement répandue. De plus le danger dans certains cas n'est pas toujours évident, mais les administrations municipales n'ont pas le choix de respecter la législation. » (cadre supérieur de la municipalité)

Selon le même cadre, maintenant il y a des pressions de plus en plus fortes pour produire et diminuer les coûts tout en assurant la santé et la sécurité du travail. Si cet objectif n'est pas atteint, le gouvernement menace de faire appel au secteur privé. Cela n'est pas possible parce que cela implique de forcer les employés à changer d'attitude. « Après trente ans de travail, il est impossible d'obliger un employé de changer sa façon de travailler. Il y a de plus en plus de normes, de règlements et de lois concernant ce domaine. Les coûts de production des services (entretien des eaux, travaux de voirie, etc.) font l'objet de plus en plus de comparaison avec ceux du privé. » Pourtant on ne va pas lui montrer comment travailler en comparaison avec le privé après toutes ces années. Il [le cadre] ressent cela comme une réelle menace.

5.1.4 La mondialisation de l'économie

De ce point de vue, les mentalités n'ont pas évolué pour le mieux.

« En ce qui concerne les entreprises publiques, il est normal que l'on devrait prioriser la qualité de vie, les conditions de vie et de santé de tous les employés au Québec. Mais ce n'est pas le cas. Avec le phénomène de la mondialisation, il y a une détérioration de ces aspects. Même si on s'améliore encore, on n'est pas productif et on ne peut pas mettre tout ça sur le dos de la santé et de la sécurité du travail. C'est vrai que, si on a pris des mauvaises habitudes, ce n'est pas bon. Tout de même il y a des choses qu'on fait qui font appel à une certaine expertise. Par exemple c'est pas mal plus long de travailler dans un trou avec un étançonnement que sans cette procédure de sécurité. Mais dans ce cas, sans l'éтанçonnement, on risque d'enterrer le travailleur. Des entreprises privées ne respectent pas les règles de sécurité mais elles réussissent à s'en tirer auprès des inspecteurs de la santé et de la sécurité du travail, ce qui n'est pas le cas des entreprises publiques. Il y a des facteurs humains qui expliquent cette situation. Quand quelqu'un est inspecteur, il va instinctivement faire des interventions de dernière minute, si quelqu'un est blessé. En bout de ligne, l'employé du privé n'est pas dans la même condition que l'employé fortement syndiqué du service public. Lui n'osera pas parce que son emploi est en danger. »

Le phénomène de la mondialisation de l'économie ne va pas améliorer les choses. La santé et la sécurité et les bonnes conditions de travail acquises ici, mais pas ailleurs (ex. Chine), risquent d'être remises en cause avec la mondialisation. « On va donner les contrats à l'entreprise privée et ça va coûter moins cher parce que les camions sont vieux, parce qu'ils ne vont pas suivre les normes, parce que les salaires sont moins élevés, parce qu'ils vont moins acheter de signalisation, parce qu'ils vont aller plus vite, parce qu'ils ne prennent pas de repos, parce qu'ils ne sont pas syndiqués, tout ça. Je n'ai jamais senti cette menace là que depuis trois ans. Les syndicats le savent ça et ils se défendent. La fonction publique aussi. Ils ne nous auront pas j'espère. »

Le passage ci-haut fait bien ressortir la réalité de ce concept universel : celui de l'instinct humain du moindre effort, qui est imprévisible mais toujours présent. Donc l'application des règles de santé et de sécurité du travail demeure difficile à réaliser. Un bon nombre des accidents observés sont dus au comportement irrationnel des acteurs en dépit de la formation et de l'information qui leur sont données. Cela dit, il est important de développer une meilleure explication des comportements humains en situation de danger et à trouver une stratégie pour éviter et diminuer les comportements irrationnels. Il faut développer une culture de la santé et de la sécurité du travail.

L'entrevue précédente touche aussi l'aspect économique qui fait l'objet de la section suivante. Le mode de représentation sociale est dominé par les rapports économiques non seulement au niveau local mais, finalement, à l'échelle mondiale. Pour mieux démontrer cet aspect de la représentation sociale de la santé-sécurité du travail, un témoignage original et intéressant du secteur automobile met en évidence l'élément Économie (coûts-bénéfices).

5.1.5 L'économie (coûts-bénéfices)

L'élément « économique » est porté par une représentation de type coût-bénéfice en vue de minimiser les risques de santé et de sécurité et de lésions professionnelles. L'objectif de cet exercice est de maximiser la prévention en santé-sécurité dans l'établissement et de minimiser le coût des lésions professionnelles. On peut observer cette logique dans les trois secteurs. Cette représentation sociale en termes de coûts-bénéfices varie selon les secteurs publics, privés, et la taille des établissements. Cette logique ressort d'une entrevue dans le secteur automobile.

Témoignage

« Si un employé ne porte pas d'équipement de sécurité et est victime d'une lésion professionnelle, il doit être considéré comme responsable de ce qui lui arrive et en subisse [sic] les conséquences. Donc l'employeur ne doit pas être obligé de payer pour l'accident. De plus, quand il y a un investissement dans la prévention par l'employeur (cours, équipement, etc.), cet investissement doit être récupéré par les économies réalisées par l'employeur dans la réduction des coûts des accidents et des lésions professionnelles ».

Dans cette logique, les employés qui ont des accidents devraient être tenu responsables au lieu d'être (ré)compensés. Pour assurer la prévention, il est nécessaire d'investir non seulement dans la formation mais aussi dans les équipements pour s'assurer que ceux-ci sont adéquats. Dans le cas ci-haut, l'établissement a fait un investissement considérable dans la construction d'un nouveau complexe qui comporte les aspects préventifs-clés de la santé et la sécurité du travail. En conséquence, l'entreprise s'est fixé comme objectif de réduire ses coûts de lésions professionnelles qui incluent le montant annuel de sa cotisation à la mutuelle de santé-sécurité du travail. L'entreprise a aussi obtenu la collaboration du syndicat qui reconnaît maintenant pleinement la responsabilité des travailleurs dans ce domaine.

On peut mettre en évidence une vision différente de la représentation de la santé et sécurité du travail en termes de coût-bénéfice dans la perspective du secteur public. Un cadre municipal interviewé expliquait que, depuis les cinq dernières années, l'organisation avait entrepris de sensibiliser les employés aux vertus de la santé et sécurité du travail et d'impliquer directement les employés dans un programme de santé et de sécurité du travail intégré dans l'organisation du travail. « Bien sûr, ça coûte des sous mais c'est moins cher que le coût des accidents. » En effet dans cette organisation, un virage dans la santé et sécurité du travail depuis les cinq dernières années avait changé le profil des statistiques des lésions professionnelles (fréquence et gravité). Alors que celles-ci stagnaient, elles avaient pris une tendance à la baisse grâce en particulier à la formation donnée aux employés (nouveaux et anciens) et à l'implication directe du personnel de direction dans la visite systématique des chantiers de travail et dans des rencontres avec les employés dans lesquelles ceux-ci se sentaient écoutés. Les relations patronales syndicales étaient bonnes et elles le sont demeurées.

En bref, la philosophie de cette entreprise publique se résumait par un point central : donner le meilleur service possible en retour des taxes payées par les citoyens, sans ignorer la concurrence du secteur privé qui peut donner des services semblables à un prix inférieur.

Témoignage

« On est une entreprise de service. L'objectif c'est de donner un bon service aux citoyens à un coût moins élevé avec des bons employés. Une entreprise gouvernementale mais tout ce qu'elle fait c'est avec l'argent des contribuables. On n'est pas là pour faire de l'argent, ni là pour gaspiller de l'argent. Et ça prend de bons équipements pour faire un bon travail et essayer de coûter le moins cher possible. »

Et selon un autre employé, la ville n'a pas le pouvoir et les reins aussi solides que les grandes entreprises.

Témoignage

Par contre, dans le secteur privé des travaux publics, la santé et la sécurité du travail ne reçoivent pas la même attention.

« On regarde faire les petits entrepreneurs. Eux autres y se cassent pas la tête. C'est un petit cône sur le début des travaux. Y a beau avoir un trou de 20 pieds de creux. Eux autres y s'occupent pas de ça. Si fallait faire ça, je sais pas ce qui nous arriverait. Veux, veux pas, ça augmente les coûts. » En effet, « la sécurité prend du temps. Le temps c'est de l'argent. C'est le coût d'opération, des salaires. Une heure de signalisation, c'est une heure de travail pour faire la sécurité. C'est un coût. Toujours moins de productivité. »

5.1.6 Camaraderie et travail en équipe

L'élément « camaraderie et travail en équipe » constitue un aspect important pour ne pas dire central du milieu de travail. Les représentations sociales de la santé et sécurité du travail sont une représentation de groupe tout autant qu'une représentation personnelle. On peut observer cela surtout dans le secteur municipal et celui de la santé et des affaires sociales où le travail en équipe prédomine. La représentation du danger, des risques, de la prévention est une représentation commune autant qu'individuelle. Les risques qu'un individu prend dans un groupe de travail peuvent mettre en danger non seulement sa santé et sa sécurité mais aussi celles de ses collègues de travail qui forment un groupe avec lui, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un travail en équipe. Il en va de même pour la prévention.

On peut définir le travail d'équipe comme un groupe de personnes mettant en commun leurs connaissances individuelles et leurs compétences à travailler ensemble en vue d'accomplir un objectif commun et des tâches communes. Dans le travail d'équipe, la générosité professionnelle constitue un facteur clé.

Témoignage

« On se regroupe un certain nombre de fois chaque année. Il y a beaucoup d'activité de formation, d'échanges d'information et de partage. On doit se supporter dans ce genre de travail. On doit avoir la même philosophie d'intervention. Il y a beaucoup de support et de soutien dans la façon dont on supervise les gens, de la façon qu'on les écoute, les entendre, et de la façon

qu'on les implique. La culture de communication est très poussée ici.» [Employée professionnelle dans une organisation de santé et de bien-être social]

Dans l'une des institutions étudiées, la technologie moderne et les nouvelles façons d'exécuter le travail apportent des bénéfices aux individus ainsi qu'à l'organisation. En dépit des changements technologiques et donc des changements dans la manière de travailler, les principes et les bénéfices du travail en équipe demeurent. Par exemple, dans le secteur hospitalier, surtout dans les salles d'urgence et de soins intensifs, le travail en équipe, surtout quand les membres sont bien choisis et intégrés, apporte des résultats positifs en dépit de la charge de travail et du stress relié à la nature de l'emploi. Le travail en équipe permet de réduire le stress et de mieux supporter la fatigue, ainsi que d'augmenter la satisfaction au travail. Le support social apporté par le groupe ne peut pas être ignoré. Cet effet était particulièrement évident dans le centre hospitalier régional où la population était homogène. Les employés provenaient d'un bassin de population résidant pour la majorité dans le voisinage de l'hôpital et se rencontraient dans divers endroits publics (centre d'achat, parc public, centre sportif, etc.) et à l'occasion d'activités collectives (par exemple, parties de soccer des enfants). [Ces considérations ne visent et ne concernent aucune opinion négative concernant la diversité ethnique du milieu qui est en fait considérée comme un aspect enrichissant dans la communauté.]

La plupart des personnes interviewées qui travaillaient en équipe étaient d'accord avec le fait que l'utilisation du travail en équipe leur apportait des bénéfices tout autant qu'à leurs patients et à leur établissement. Un extrait d'entrevue avec une cadre dans le secteur de la santé illustre davantage les points mis en évidence plus haut.

Témoignage

Toute la question de la santé et sécurité du travail est englobée dans les exigences et les contraintes de la vie familiale par suite de la présence dominante des femmes non seulement dans les tâches administratives traditionnelles mais surtout dans les cadres professionnelles au niveau des activités d'intervention professionnelle auprès de la clientèle. Le travail d'équipe intégré et coordonné est la façon primordiale de travailler. L'intégration des nouveaux employés se fait en groupe et le support collectif est présent. Les intérêts des clients sont très importants. La représentation sociale est une représentation collective, de groupe, de support collectif. Dû à la nature du travail, le stress psychologique est présent et le support collectif est encore là pour les absences et les congés de maladie. « On est une grande famille, on se rencontre régulièrement, périodiquement, orientation très forte sur les clients. La culture orale est très riche et très importante. Elle est axée non seulement sur la gestion mais aussi sur les activités professionnelles. On discute sur le travail, la santé et la sécurité, la gestion du travail et de la vie familiale, etc. »

Une autre citation sur cet élément, la camaraderie et le travail en équipe dans le secteur de la santé, révèle que, en dépit des difficultés et des engorgements auxquelles ce secteur fait face, la représentation sociale positive que les acteurs ont du risque, de la santé et de la sécurité rend la situation plus tolérable.

Témoignage

« Le déménagement pour nous ça été positif. On a une belle équipe. C'est facile à travailler ensemble. On s'entraide et on évite les blessures puisqu'on n'a pas assez de préposés. Je trouve que c'est un gros plus. Le travail d'équipe est bien. On est bien protégé. L'équipe de médecins sont avec nous autres toujours aux soins intensifs pour faciliter les tâches. Ça fait qu'on développe un « entretien » étroit [des rapports étroits] avec les médecins. Pour les cas d'hygiène et de sécurité, on a des infirmières et un microbiologiste qui s'en occupe beaucoup de ça. Tout le monde on est vigilant sur les améliorations. On a un travail exigeant, des cas lourds, le manque de personnel, la surcharge de travail, etc. On est brûlé à la fin de la journée aux soins intensifs. Une chance qu'on a une belle équipe. On s'entraide et on se surveille... »

Les entrevues confirment donc l'importance du travail en équipe. Les éléments essentiels sont l'harmonie, l'attitude positive, la compréhension d'un objectif commun par les membres. La composition sociale équilibrée de l'équipe est aussi nécessaire. En conséquence, les membres du groupe doivent être soigneusement sélectionnés. L'idéal est de laisser les membres se choisir entre eux. Ce mode de composition s'avère une approche fonctionnelle qui assure la synergie au sein de l'équipe.

Un extrait d'entrevue dans le secteur municipal (rapporté plus bas) confirme l'observation faite dans les milieux hospitaliers. Les services municipaux sont en général des activités qui présentent des risques élevés. Ces activités s'apparentent beaucoup aux travaux de construction : creusage, installation et entretien de réseaux d'aqueduc et d'égouts, installation et entretien du réseau électrique, entretien et réparation du réseau routier municipal, et entretien et réparation des édifices municipaux. La majorité de ces travaux sont exécutés à l'extérieur dans un environnement qu'il est impossible de bien contrôler et qui présente des risques variables et généralement élevés par suite, entre autres, des variations climatiques. Dans ces conditions, le travail est habituellement effectué en groupe de trois ou quatre individus. Les membres doivent prendre conscience que le risque pris par un membre du groupe, par exemple le responsable de la signalisation, peut mettre en danger les autres membres du groupe. Dans ces cas, les représentations sociales servent à interpréter la situation et contribuent à la régulation, au contrôle et à l'établissement de normes entre les individus dans le groupe. Elles permettent d'évaluer et de juger les situations dangereuses. (Jodelet situe ces fonctions dans l'interaction des individus.)

Le témoignage qui suit démontre comment le contrôle qui se développe au sein d'une équipe peut jouer un rôle positif en santé et sécurité du travail. Dans le département électrique d'une municipalité, le contremaître avise ses employés de garder en permanence l'équipement contre les brûlures dans le camion de service en dépit des commentaires négatifs d'autres employés à ce sujet. Un employé en particulier met en doute les mesures de sécurité en soutenant que le chef d'équipe traîne cet équipement pour rien. Le contremaître considère que cet employé n'a aucune idée de la sécurité et qu'il faut le surveiller davantage.

Témoignage

Ce faisant, « il est un danger pour lui-même et pour les autres ». [...] « Quand on dit ça à quelqu'un, tu te demandes comment il pense à ça. » Car la prévention « c'est d'avoir toujours ça en tête. Dans tout travail, autant ici qu'à la maison, ça doit être toujours dans le cerveau. Pour moi, c'est toujours dans mon cerveau. Je m'en vas sur la route, ... la prévention c'est ce qui peut arriver. Je m'en vas voir les employés, souvent ils m'ont dit que j'exagère. Mais la prévention pour moi, la prévention s'applique partout. » Selon lui, la sécurité dépend de soi-même. Ses hommes doivent se méfier de leurs confrères et vérifier le courant pour eux-mêmes afin d'être sûr qu'il a bien été coupé. « Ce n'est pas parce que tu n'as pas confiance, mais c'est ton devoir de toujours vérifier. J'ai toujours eu ça comme principe. » Quand il travaille avec un confrère, celui-ci se demande si c'est sécuritaire de travailler à côté de lui. Il s'assure qu'on a tous les équipements de sécurité, qu'on sait si on va couper le voltage, s'il y a des signaleurs à amener, des pancartes à prévoir, etc.

5.1.7 Attitudes, Comportements et Résistance au normes de santé et de sécurité

Normalement, un employé qui possède l'autonomie, les connaissances et l'expertise dans son travail adoptera une attitude volontaire et proactive en ce qui concerne la santé et la sécurité du travail et les aspects de la prévention. Cette observation est généralement vraie dans le secteur hospitalier par suite de la présence constante de risques élevés. Par contre, dans le secteur municipal et celui de l'automobile, la situation est moins claire. Quelles sont les représentations sociales que les employés de ces secteurs possèdent de leur univers, de leur travail et des dangers qu'ils courent dans leurs activités de travail? Quels sont les attitudes et les comportements fondés sur ces représentations sociales?

Dans le secteur automobile, l'attitude des mécaniciens et des débosseleurs n'est pas toujours conforme à l'énoncé du paragraphe précédent. Il faut constater ici que les représentations sociales des travailleurs et des gestionnaires dépendent beaucoup de la culture de métier qui constitue un univers de référence auquel renvoient les attitudes et les comportements des membres (Abric, 1994). Même si en principe on est en faveur de la santé et de la sécurité du travail, dans les faits une distance parfois considérable existe entre cette attitude, la culture du métier et la réalité quotidienne des comportements.

Ainsi, le mécanicien se considère comme un homme de métier autonome qui loue ses services à un employeur. Il possède la plupart de ses outils et il occupe un poste de travail qui lui a été assigné en propre et dont il garde jalousement le territoire. Il possède une expérience de travail qui s'enrichit constamment des connaissances professionnelles qu'il ne cesse d'acquérir. Ses habitudes de travail ont été apprises à la fois sur le tas et/ou dans une école de métier. Sa représentation sociale de la santé et de la sécurité du travail et du danger varie habituellement selon le type de formation reçue et son expérience professionnelle. L'imposition de règles de santé et de sécurité peut être interprétée par lui comme mettant en cause ses compétences, son jugement et son autonomie professionnelle. Puisque ce métier n'a jamais été parfaitement contrôlé par les institutions, les attitudes et les habitudes de travail sont pour le mécanicien des

facteurs importants dans sa représentation sociale de la santé et de la sécurité du travail, surtout qu'un grand nombre d'entre eux ont appris leur métier sur le tas et dans les nombreux petits ateliers où la santé et la sécurité du travail ne constituaient pas une règle du jeu primordiale. L'apprentissage sur le tas ne favorise pas en général la sensibilisation à la santé et la sécurité du travail. Les mauvaises habitudes et les comportements à risque peuvent être copiés davantage. Par contre les mécaniciens et les débosseleurs qui ont appris le métier dans les écoles de formation professionnelle (école technique ou de métier) sont sensibilisés à la santé et la sécurité du travail et ont appris généralement les bonnes pratiques de travail. L'extrait de l'entrevue suivante vient du secteur automobile.

Témoignage

« Je ne suis pas toujours dans la shop pour les guetter, mais quand je m'en vais au département des pièces, je les vois sans porter de lunettes. Il y a des débosseleurs qui ne portent pas de masque. Il faut leur rappeler. Les masques et les lunettes sont tellement nécessaires. Ça m'a estomaqué quand les gens négligent ça. Les gens, ils ont des avertissements quand ils ne suivent pas les règles de santé. Ils reçoivent des avertissements écrits. Ça sera jamais, jamais universel que tout le monde obéisse. Il y a toujours des gars qui vont dire «Ben voyons donc! » (...) La majorité de mes gars là, sauf deux jeunes que je te parle. La moyenne d'âge s'est entre 35 et 50 ans. Ces deux là [les 40 ans], ils ont des têtes de cochon. Ils sont bien mais il faut répéter les mêmes affaires bien des fois. Je ne trouve pas ça normal qu'un gars sable sans lunettes. »
[contre-maître-gérant d'un atelier de carrosserie]

Dans le secteur municipal, il y a eu le cas d'un électricien, un travailleur de métier qui a subi un accident de travail majeur [l'écrasement soudain de la nacelle d'une girafe dans laquelle il travaillait] qui l'a laissé handicapé pour la vie. Cela était dû à la négligence d'un autre employé responsable de l'entretien et de la vérification des équipements. Celui-ci s'était obstiné dans son erreur d'évaluation de l'état sécuritaire de l'équipement, malgré la formation qu'il avait eu en santé et sécurité du travail.

Un autre cas concerne l'attitude fermée et entêtée d'un employé face au changement technologique. Ce changement visait l'amélioration de sa sécurité au travail. C'était, en l'occurrence, l'achat d'un nouveau testeur pour vérifier les transformateurs (haute tension). L'employé avait une attitude et une réaction négatives envers cette mesure et s'opposait à l'utilisation du nouvel instrument. Il s'obstinait à vouloir conserver ses vieilles habitudes de travail qui avaient failli coûter la vie à ses compagnons de travail.

Le témoignage suivant d'un cadre illustre la présence de cette attitude dans un contexte plus général.

Témoignage

« De ce point de vue, les mentalités n'ont pas évolué pour le mieux. En ce qui concerne les entreprises publiques, il est normal que l'on devrait prioriser la qualité de vie, les conditions de vie et de santé de tous les employés au Québec. Mais ce n'est pas le cas. Avec le phénomène de la mondialisation, il y a une détérioration de ces aspects. Même si on s'améliore encore, on n'est

pas productif et on ne peut pas mettre tout ça sur le dos de la santé et de la sécurité du travail. C'est vrai que, si on a pris des mauvaises habitudes, ce n'est pas bon. Tout de même il y a des choses qu'on fait qui font appel à une certaine expertise. Par exemple c'est pas mal plus long de travailler dans un trou avec un éتانçonnement que sans cette procédure de sécurité. Mais dans ce cas, on risque d'enterrer le travailleur [si on n'éтанçonne pas]. Mais les entreprises privées n'en tiendront pas compte. Il faut comprendre que, lorsqu'on s'adresse à une entreprise publique, c'est différent des entreprises privées qui ne respectent pas les règles de sécurité mais qui réussissent à s'en tirer auprès des inspecteurs de la santé et de la sécurité du travail, ce qui n'est pas le cas des entreprises publiques. Il y a des facteurs humains qui expliquent cette situation. Quand quelqu'un est inspecteur, il va instinctivement faire des interventions de dernière minute, si quelqu'un est blessé. En bout de ligne, l'employé du privé n'est pas dans la même condition que l'employé fortement syndiqué du service public. Lui n'osera pas parce que son emploi est en danger. »

On terminera sur cet aspect avec deux témoignages, l'un du secteur automobile et l'autre tiré du secteur de la santé.

Témoignage

« Il y a des gens ici qui travaillent depuis longtemps dans le domaine, mais pour la santé-sécurité il faut les prendre par la main. » [Un contremaître d'atelier mécanique]

Témoignage

« Je sais que j'ai des faiblesses dans le dos, je sais que je ne suis pas grande, que je ne suis pas forte, mais dans cette situation..., j'ai oublié tout ça. Je me suis blessé le dos. Si j'avais forcé plus avec mes jambes, comme il le fallait de manière sécuritaire, peut-être que ça n'aurait pas arrivé. Je sais que ma posture de façon générale n'est pas correcte. Je sais mais c'est mon problème. » [Infirmière dans un centre hospitalier]

En général, il y a peu de règles de sécurité qui sont considérées mal adaptées au travail des employés. Les deux cas les plus litigieux sont le port du chapeau de sécurité et des lunettes de sécurité qui sont considérés comme des irritants presque universels. Dans les cas où une règle de sécurité entre en contradiction avec une méthode de production, on préfère en discuter avec les personnes concernées.

5.1.8 L'empirisme et la tête heureuse

La représentation sociale de la santé et de la sécurité du travail de la « tête heureuse » est à l'opposé de celle fondée sur la connaissance technique et la formation professionnelle. Leur conduite au travail est basée sur l'absence d'une véritable formation professionnelle incluant des connaissances techniques et scientifiques et des procédures d'application de ces connaissances apprises dans le cadre d'une formation professionnelle reconnue, de même que l'utilisation de cette compétence professionnelle dans les activités de travail en priorité sur les connaissances empiriques.

Dans ce modèle de comportement, les problèmes de santé et de sécurité sont expliqués par le hasard, la malchance, l'oubli, « j'ai pas pensé », etc. L'univers de référence est l'empirisme. Très peu de réflexion et d'analyse sont faites pour expliquer les problèmes qui se produisent ou qui pourraient résulter de la conduite ou de la façon de faire fautive des employés. On note aussi le manque de planification dans les activités de travail et le manque de contrôle sur les résultats obtenus et les erreurs commises.

Ce modèle se retrouve principalement chez les employés du secteur de l'automobile (débosselage et carrosserie, cosmétique, mécaniciens formés sur le tas). Ce modèle est aussi présent dans la main-d'œuvre des services auxiliaires dans le secteur de la santé et des services sociaux (préposés aux bénéficiaires, personnel des services alimentaires, de l'entretien, etc.) ainsi que dans la main-d'œuvre générale dans le secteur des services municipaux.

La représentation sociale de la tête heureuse se traduit dans la prise de risques non calculé dans une situation douteuse, dans la loi du moindre effort et dans des aphorismes tels que : « T'as plus de chance de mourir frappé par une automobile à Montréal que de mourir au fond d'une mine. » « On ne fait pas d'omelette sans casser des œufs. » « C'est le métier qui rentre. »

Témoignage

Il s'agit d'un jeune employé affecté au département des travaux publics d'une municipalité régionale qui n'a pas encore obtenu sa permanence d'emploi.

« Q. Est-ce que vous avez déjà effectué une tâche que vous avez jugé comme étant dangereuse?

R. Oui.

Q. Vous avez un exemple?

R. Un exemple... Il y avait de la terre au-dessus de ma tête, puis je suis allé en dessous... pour aller réparer. [i. e. exécuter une réparation à un tuyau au fond d'un surplomb]

Q. Il y avait eu une excavation de faite?

R. Oui il avait une excavation, puis aller en dessous réparer le bris pour [ne] pas briser de l'asphalte [qu'il y avait] en haut. (...) Mais j'y ai pas été en me faisant pousser là, j'y ai été... c'est moi qui y a été là.

Q. Parce que autrement, normalement, vous auriez dû vous étançonner?

R. Étançonner ou excaver. Mais là on avait à peu près huit pieds avant de se rendre... Ca aurait été... Là ben ça s'est fait en 10 minutes, pis... Mé, dix minutes des fois...! On en rit aujourd'hui, mais [son décès]... On en aurait juste entendu parler à la radio. Après ça, on n'en aurait pas entendu parler... Comme les (idées?) de cons. Là on a entendu parler d'un gars qui vient de se noyer, là on n'en entend plus parler. »

Dans l'entrevue qui suit, la personne interviewée est menuisier et homme d'entretien [« nettoyeur »] dans un atelier. Il a appris la menuiserie sur le tas et il fait des petites réparations. Il n'a aucune chance d'avancement dans son travail. Il croit que son travail n'est ni valorisé ni apprécié. Il affirme qu'il a eu de la formation en santé et sécurité du travail. « J'ai eu ça, des choses en santé sur les maladies, mais au travail je n'ai pas eu. » Pour lui, la question des accidents de travail a beaucoup à voir avec le travail fait en vitesse.

Témoignage

«J'ai mes opinions sur la matière des risques. Si ça va être appliqué, c'est d'autre chose. On fait des erreurs, la vitesse, la malchance, aussi stress. Quand on veut quelque chose vite faite, tu fais quelque chose risqué. Si tu prends ton temps, tu arrives sans problème. Moi j'ai déjà fait ça, c'est rien arrivé. Il arrive quand on veut quelque chose vite. Ça prend du temps fait autrement. J'ai déjà dit ça à X, mais l'écoute est là, mais [y] font rien. Regarde, j'ai un problème de dos déjà. Si m'arrive encore un autre chose, peut-être y vont faire quelque chose. »

Beaucoup d'individus commencent leur carrière occupationnelle dans des secteurs d'emplois non-qualifiés parce qu'ils n'ont pas acquis de formation professionnelle diplômée. Ils sont condamnés à travailler comme manœuvre ou journalier dans des secteurs comme la construction, le transport, la voirie, le secteur manufacturier, l'automobile, etc. Ces milieux de travail sont peu propices pour développer des préoccupations au sujet de la santé et de la sécurité du travail. Les conditions de travail sont habituellement difficiles et exigeantes et, ce qui compte, c'est la force et la résistance physique pour accomplir les tâches manuelles et le rendement qui dominent dans ces secteurs.

Il est peu question de la santé et de la sécurité du travail qui est en général un sujet plutôt tabou dans ces milieux.

5.1.9 Le professionnalisme

Dans cette étude, le professionnalisme s'applique dans les trois secteurs, mais davantage dans le secteur de la santé. En effet, dans ce secteur, les intervenants sont soumis aux normes de santé et de sécurité du travail non seulement envers eux-mêmes et leurs collègues de travail mais aussi et surtout envers leurs patients. Ils ont à la fois un intérêt collectif et individuel à l'endroit du respect des normes de santé et de sécurité.

Le professionnalisme peut être une caractéristique individuelle ainsi qu'une position idéologique. Le professionnalisme individuel réfère à l'idée d'appartenir à une profession qui comporte un ensemble de valeurs, de connaissances et de pratiques. Dans le secteur de la santé, le professionnalisme exige un engagement moral envers les patients et des pratiques d'éthique, par exemple, empathie, honnêteté, intégrité, attention et compassion. De plus, il faut avoir la capacité de recevoir, de répondre et de se penser comme faisant partie d'une équipe. Dans le cours de l'étude, nous avons constaté qu'en général les employés de ce secteur s'engagent sérieusement envers le bien-être de leurs patients en dépit des limites budgétaires, du temps supplémentaire fréquent et des exigences de tâche de plus en plus élevées. Ainsi que le rappelait une infirmière, « les clients sont de plus en plus informés. Ils ont accès à l'internet sur les questions de santé, de maladie, de traitement, etc. et ils demandent des questions et exigent des réponses précises et à jour. » Nous avons remarqué que le personnel interviewé concevait la question de la santé et de la sécurité du travail comme un devoir professionnel, non seulement du point de vue éthique mais aussi du point de vue des exigences d'informations demandées de la part des patients sur leur santé (les traitements, les effets secondaires, les temps d'attente, l'anxiété et le manque de confiance) et de la part des membres de leur famille.

Dans le secteur hospitalier, quand on parle d'éléments de représentation sociale de la santé et sécurité du travail, ça se traduit en termes de responsabilité, de devoir, d'assistance. Il ne s'agit pas seulement de la prévention personnelle, mais aussi d'autres aspects comme le rapport au milieu de travail ainsi que les rapports avec les patients et leur entourage. L'extrait d'entrevue suivant avec un médecin explique en partie les mesures de prévention prises dans son milieu de travail.

Témoignage

« Nous, on était très actif aux infections des différentes bactéries. On est un hôpital qui est très en avant des autres actuellement après qu'on a pris des moyens d'intervention, notamment un projet de lavage des mains avec un préposé deux fois par jour avec l'enseignement qui est là. De sorte que, alors que la province est prise avec le C difficile, des cas importants, nous on est complètement en dehors de ça. On a un plan d'intervention dans le laboratoire qui concerne la restructuration de la façon de faire en relation avec le nouvel appareil. On a même fait venir un consultant extérieur pour que les gens apprennent à échanger entre eux, que les gens [développent] une harmonie, une cohésion dans le travail d'équipe autour d'un appareil. C'est comme l'appareil qui occasionne ça. On a fait venir des consultants qui ont rencontré les équipes et actuellement on est avec le chef de service adjoint administratif en train d'actualiser un peu les recommandations et suggestions des consultants et les choses commencent à se dérouler. »

Un autre exemple dans le secteur de la santé, c'est le cas d'une préposée aux bénéficiaires qui prend son travail à cœur et d'une façon professionnelle et qui aide à la réadaptation des patients. Elle aimerait que sa fille devienne une préposée comme elle. Elle trouve son travail chargé et difficile. Mais par contre elle aimerait avoir assez de temps pour s'occuper davantage de ses patients, être capable de leur parler. Elle est déprimée [elle souffre d'un « *burnout* »] parce qu'elle trouve que la qualité de service qu'elle offre à ses patients n'est pas ce qu'elle désirait donner.

L'exemple de cette préposée aux bénéficiaires est particulièrement intéressant parce qu'il représente des cas semblables dans les autres secteurs des services sociaux. C'est la situation de personnes qui ont connu des parcours divers avant de trouver leur vocation dans le milieu hospitalier (ou ailleurs dans les affaires sociales) où ils obtiennent finalement un emploi centré sur les relations humaines, un contact non seulement avec un milieu riche du point de vue social mais dans lequel ils peuvent jouer un rôle social indispensable et valorisé auprès des patients.

Dans ce nouveau milieu, ces employés sont au cœur d'une institution centrale de la société. Ils ont la chance d'être reconnus et appréciés pour leurs services. Les conditions de travail sont somme toute meilleures que ce qu'ils ont connu auparavant (bien que certains ont une expérience professionnelle qui s'apparente à celle du milieu hospitalier). Ils sont dans une situation où ils peuvent jouer un rôle supplétif de soutien affectif, social et moral auprès des patients et bénéficiaires, rôle qui valorise beaucoup leur fonction bien que celle-ci soit, par ailleurs, d'abord et principalement, d'aider les infirmières à accomplir leurs tâches : déplacement des bénéficiaires pour les repas, pour les besoins sanitaires, pour les soins sur place et à l'extérieur dans d'autres départements de l'hôpital.

Ce rôle est à ce point gratifiant que des préposées aux bénéficiaires recommandent leur travail à leurs enfants alors que les infirmières rencontrées en entrevue n'ont pas tendance à recommander ni à souhaiter leur métier à leurs enfants.

Témoignage

« Quand on a des étudiants, des fois on a des étudiants de temps en temps, quand on a des étudiants c'est complètement d'autres choses. On a le temps de jaser avec les autres [les patients]. Ils ne sont plus les mêmes personnes. Ils apprennent plus, ils montrent plus d'intérêt et se chicanent moins, se plaignent moins, c'est complètement d'autre chose. Ça me fait du bien d'avoir le temps de les écouter. L'autre CLSC (anglophone), ils ont des bénévoles. On n'a pas de ça ici et ils coupent encore du personnel. Ici il y a beaucoup de personnes seules. Ils n'ont pas la famille. La plupart du temps, les enfants travaillent dans le jour et ils n'ont pas le temps de s'occuper des parents. Et ils sont là comme figés. (...) C'est difficile ici. » Elle arrive chez elle fatiguée mais elle ne peut pas s'arrêter de penser à ses malades.

Dans l'autre témoignage qui suit, la représentation sociale de la santé et sécurité pour un préposé aux bénéficiaires, c'est son engagement dans cette occupation et la reconnaissance qu'il en tire. Dans le passé, il a travaillé, entre autres, comme bûcheron, mineur et barman. Mais c'est depuis qu'il travaille comme préposé aux bénéficiaires dans un centre hospitalier qu'il se sent heureux dans son occupation. En dépit de son éducation limitée, c'est un vrai professionnel. Il a à la fois son intérêt individuel et l'intérêt de ses patients à cœur. Il travaille bien dans son équipe où sa contribution est fort appréciée et il a hâte d'améliorer sa situation. Il est soucieux d'observer les normes de santé et de sécurité du travail.

Témoignage

« J'ai travaillé pour un « *contracteur* » sous-traitant dans les mines. Aussi j'ai travaillé dans un bar pour y arriver. J'étais tanné de ce travail et j'ai claqué la porte. Pendant deux ans j'ai travaillé dans l'entretien ménager pendant que j'ai pris des cours professionnels dans le jour. Maintenant c'est moi qui masse quand il y a un arrêt cardiaque. [...] J'aime aider le monde c'est très humain, c'est très gratifiant. Mon travail est très physique. J'aime travailler physique. Chaque cas est différent, chaque personne est différente. Il faut être intelligent pour savoir à qui on va faire affaire avant de bouger, avant d'intervenir. Tout est beau. Les gens sont à l'aise avec moi. Je suis à la dernière échelle dans mon équipe. Pour améliorer, ça prend un bac. Je suis capable de stabiliser les gens. J'aime ça. Beaucoup de satisfaction. Dans les mines il fallait stabiliser les choses aussi. Il faut stabiliser la personne [jusqu'à ce] que l'ambulance arrive. »

Dans le secteur hospitalier, il n'y pas de chômage. Il s'agit davantage d'un manque de personnel, en particulier d'infirmières. L'incertitude vient aussi des transformations dans l'organisation du travail et les changements dans la définition des compétences requises et dans la réorganisation des tâches et des responsabilités. Avec la restructuration des unités syndicales, les catégories d'emploi et la définition des tâches ont subies des changements importants. Les préoccupations ont aussi été liées aux changements dans la structure organisationnelle des services et des clientèles, en particulier la fusion des CLSC avec les Centres hospitaliers de soins de courte et de longue durée. Cette réorganisation a soulevé des inquiétudes profondes en ce qui concerne les

rôles des diverses catégories de personnels et leur intégration dans les nouvelles structures de services. On cherche à juguler la « crise du système de santé » par le regroupement des divers types d'institution et de compétences professionnelles et le redécoupage des missions et des clientèles.

Malgré tout, l'aspect « vocation » qui a caractérisé traditionnellement le métier d'infirmière reste présent. Il s'exprime dans les commentaires des infirmières d'expérience à propos de leur charge de travail qui est trop lourde et qui ne leur laisse pas le temps pour s'occuper véritablement de leurs patients, de leur parler, d'expliquer les soins, de les « accompagner » comme il se doit, de donner un sens à ce qui se produit, de rompre l'isolement dans lequel beaucoup de malades se retrouvent, négligés par leurs proches qui sont trop occupés par leurs activités professionnelles ou autres et, le plus souvent, gênés devant cette situation qui perturbe leur vie normale et à laquelle ils sont plus ou moins capable de donner un sens.

Le contraste entre cette situation et celle de l'infirmière chef du département de chirurgie d'un jour qui travaille cinq jours par semaine est frappant. Même si la tâche est lourde, elle peut être pleinement complétée. « J'ai une continuité dans mon travail. Je commence quelque chose et je peux aller jusqu'au bout. J'm'entends bien avec tout le monde dans mon équipe. »

Témoignage

« Le « chiâlage » de chacun, les médecins qui sont pas satisfaits, les infirmières qui sont tannées, des choses sur lesquelles j'ai aucun contrôle. Je le sais mais je ne suis pas capable de les régler. C'est mon employé. On est débordé, un rendement fou. Manque de personnel, je dois... J'aime pas ça la négativité. Ça n'est pas encourageant pour les patients. C'est les patients qui sont mon souci. C'est là que ça devient stressant. Manque des choses, manque d'énergie parce que tu te bats continuellement avec les problèmes. Beaucoup de choses à régler. Travail lourd. »

Malgré tout, elle aime son travail et elle ne veut pas le quitter. Elle ne suggère pas à ses enfants de suivre ses traces, mais cela ne l'empêche pas de continuer son éducation et sa formation en psychiatrie. Elle veut aller plus loin dans la gestion.

Dans le secteur de l'automobile, la représentation sociale de la santé et de la sécurité du travail, selon un vendeur, c'est le « professionnalisme ». Pour lui, le professionnalisme c'est un moyen de se protéger de l'intense stress qui caractérise ce type d'emploi (la vente à la commission). Il traduit son professionnalisme par son apparence extérieure et par l'excellent service qu'il offre à ses clients. Il a répété plusieurs fois qu'être professionnel c'est un moyen de se protéger du stress intense qui existe. « Les clients reviennent et deviennent des « *return customers* » à cause de mon apparence présentable et mon excellent service. Ça va assurer mon emploi et ma survie financière. » Son professionnalisme dans ce cas devient pour lui un moyen de protection de sa santé mentale.

Le métier de vendeur d'autos, en dépit des apparences, est un métier très exigeant et frustrant. Il demande un taux de tolérance élevé car les déceptions sont nombreuses. Il exige beaucoup d'investissement en temps. Il exige de la patience et de la tolérance. La compétition est forte et la

« saloperie » (le mot utilisé dans le métier) entre les vendeurs est présente. Les fortes fluctuations dans le revenu et les longues heures de travail sont exigeantes sur la vie familiale.

Témoignage

« J’voulais aller dans un concessionnaire qui avait un bon produit. Un bon service après vente (pas de chiâlage), une bonne direction puis j’ai trouvé ça chez [Autos japonaises]... Sinon j’arrêtera ma carrière. Après un an et demi, je suis directeur des ventes. Le travail d’un vendeur automobile est très exigeant, demande un taux de tolérance assez élevé parce qu’on fait face souvent à des situations assez frustrante avec des gens de ton entourage. Du monde à qui tu t’fis, du monde que tu connais. [Les comportements et les confrères ne sont pas prévisibles.] Il y a beaucoup de gars dans ce métier qui n’aiment pas la vie familiale. Quand tu es vendeur tu es aussi un consommateur. Quand tu as une grosse paye, tu dépenses gros. Quand la paye est pas grosse, t’es dans la misère. Le travail n’est pas valorisant parce que ton boss te donne un coup de pied quand tu n’es pas un bon vendeur. Mais ici on est des professionnels... [On nous] donne beaucoup de soutien technique au niveau de vente, beaucoup de formation, beaucoup de solutions techniques au niveau de la vente. Je fais beaucoup de formation pour faciliter le travail. On est un groupe de professionnel ici. On discute notre stress ensemble quand on échappe un client. C’est une « *game* ». Moi j’aime la « *game* ». On s’habille bien, on parle bien, on est galant avec les femmes, la salle de vente est belle et propre. C’est agréable de travailler. Mais quand la vente diminue, les meetings augmentent et la pression sur les gens [aussi]. Dans les meetings les gens font la tête. Le « *turnover* » dans le métier de l’auto c’est beaucoup. Les jeunes sont attirés souvent parce que leur véhicule est fourni sauf qu’il ne sait pas que le véhicule fourni tu le payes. Il n’y a plus rien dans ce monde qui est gratuit. »

5.1.10 Pourquoi des accidents?

Une question particulièrement révélatrice de la représentation que se font les employés de la santé et de la sécurité du travail porte sur les facteurs qui permettent d’expliquer pourquoi certains travailleurs ont des accidents et d’autres n’en ont pas. Les facteurs observés dans notre étude sont en premier le rythme accéléré de travail dans la réalisation des tâches qui augmentent les risques d’erreur, la maladresse, l’augmentation de la charge de travail, la fatigue (qui découle souvent de la vitesse, de la surcharge et des longues heures de travail), l’inattention et le manque de concentration, les postes de travail mal conçus et le manque d’espace de travail. On mentionne également des facteurs plus généraux comme l’attitude et le comportement, et d’autres facteurs externes au travail, par exemple les problèmes personnels.

Les accidents ont toujours une cause quelconque qu’il n’est pas toujours facile d’identifier. Et même quand on l’a identifiée, son explication est rarement satisfaisante. Les causes mentionnées dans les entrevues incluent les suivantes : l’encombrement de l’environnement de travail, les interventions auprès des bénéficiaires qui impliquent un (ou plusieurs) déplacement, les soins donnés à des patients perturbés et/ou agressifs, la présence de dangers de contamination, la présence de dangers à l’intégrité de la personne (ex. l’exposition aux rayons-X), la mauvaise condition physique (longues heures de travail, le manque de sommeil, etc.) et/ou psychologique de l’employé, le fait de ne pas suivre les procédures reconnues, le manque de qualifications

professionnelles, le fait de ne pas porter ou utiliser les équipements et les outillages prévus et de ne pas suivre les mesures de prévention prévues.

Témoignage

« Mon doux, pourquoi il y en a qui n'ont pas... Quelqu'un qui travaille, ça dépend... Quelqu'un qui n'a pas d'accident de sa vie, ça me surprendrait. Des fois il y en a des plus graves que d'autres, des fois il y a un quasi... t'aurais pu te tuer mais ça a été un quasi accident. Je le sais vraiment pas, quoi te répondre à ça. Moi j'étais en forme, j'étais au courant de..., toute mon environnement était sain, mon aire de travail était saine, mon équipement était correct. Y faisait beau, on s'était tout nettoyé ben propre pour pas qui arrive d'accident. Des lumières et le système de signalisation routière était parfait, pis je me casse la jambe dans un accident. [L'employé a eu une jambe transpercée par une tige de fer qui s'est soudainement cassée alors qu'il l'enfonçait à l'aide d'une masse dans le tablier d'un pont en réparation.] Un moment donné, y a un bout à essayer d'extrapoler ce qui peut arriver. Ça arrive pis... moé, c'est vraiment un accident que j'ai eu l'autre hiver. C'est un accident... Tu m'aurais dit « Ca va t'arriver », j'aurais dit « jamais c'est pour m'arriver. » Fallait que ça arrive... J'en ai fait... j'ai passé des coups de masse, j'en ai donné des milliers et des milliers! Jamais j'aurais cru qu'il pourrait m'arriver une affaire de même. »

Même si un accident peut être expliqué par d'excellentes raisons, il y a presque toujours la possibilité d'un doute raisonnable sur sa cause. Il y a des perceptions différentes et le témoignage d'un contremaître est affirmatif concernant la responsabilité des employés dans son département. Pour lui, la cause des accidents, c'est plutôt les comportements des employés.

Témoignage

« Ici tout est pensé en termes de sécurité. Si les gens ont des accidents, c'est surtout une question de comportements inappropriés. Par exemple, descendre dans les puits sans harnais, sans précaution pour détecter les gaz ». [C'est-à-dire, dans le travail en vase clos, sans détecteur de gaz]. Il cite l'exemple de l'accident qu'il a eu avec le gaz dégagé par du décapant à meuble qui avait été déversé dans l'égout de la ville.

Témoignage

« On est une entreprise spécialisée, on fait de tout. Les électriciens sur un poteau qui se font électrocuter. Il y a un employé qui a travaillé chez nous pendant 35 ans qui a tombé d'une échelle et qui est dans une chaise roulante. Il prenait sa retraite. Un autre employé a perdu un œil. Chez nous les risques ça varie de la mort à des blessures bien simple. Ca, on en a tous les ans. »

Un autre exemple ici de [fausse?] représentation sur les causes d'accident du travail, c'est l'extrait d'une entrevue avec un employé dans laquelle il révélait qu'il croyait que ce n'était pas les règles de santé et de sécurité qui empêchaient les accidents de travail dans son cas. Il pouvait contrôler le danger dans une situation à risque quand il performait à son rythme et le danger se présentait seulement lorsqu'il accomplissait la même tâche dans les mêmes conditions de risque mais à un rythme plus rapide.

5.1.11 La responsabilité de l'employeur

La responsabilité de l'employeur en santé et sécurité du travail est majeure. Une conception courante chez les employés est que, « en général, en santé et sécurité, c'est jamais « ma » faute. C'est toujours la faute de l'employeur. » Cette représentation de la responsabilité est remise de plus en plus en question par les employeurs rencontrés. Ceux-ci souhaiteraient que cette responsabilité soit assumée aussi par les employés et que les employés qui n'observent pas les règles de santé et de sécurité du travail soient tenus responsables au lieu de recevoir des compensations. Ils soutiennent que cette approche contribuerait à la diminution des lésions professionnelles ainsi qu'à celle des coûts considérables de compensation.

Témoignage

Chez un concessionnaire automobile, un mécanicien a appelé ce matin pour dire qu'il ne rentre pas au travail parce qu'il s'est « rentré une graine dans l'œil au travail » hier. La directrice générale de l'entreprise n'est pas contente. Elle en parle avec le responsable de la santé et de la sécurité du travail. « L'employé aurait pu rapporter l'accident hier. S'il a attrapé une graine dans l'œil, c'est qu'il ne portait pas ses lunettes de sécurité. » Elle trouve ça non seulement ennuyeux, mais aussi un peu ridicule pour ne pas dire plus. Elle décide qu'elle va contester la réclamation dans son rapport à la CSST. Chaque année, l'entreprise verse une cotisation de plusieurs dizaines de milliers de dollars à la CSST et, selon elle, ce système encourage l'irresponsabilité. « S'il ne portait pas ses lunettes alors que le port des lunettes est obligatoire, c'est sa faute s'il attrape une graine dans l'œil. Ce n'est pas la responsabilité de l'entreprise. »

5.2 Sujets de réflexion

Il n'est pas dans l'objectif de cette section de faire une analyse approfondie des représentations sociales caractéristiques des trois milieux de travail étudiés. Il s'agit plutôt de formuler quelques observations et réflexions qui se dégagent des thèmes exposés dans la partie précédente.

Les attitudes et les comportements envers la santé et la sécurité du travail varient considérablement entre les employés ou groupe d'employés comme le montrent les pages précédentes et comme on le constate chaque jour dans les milieux de travail. Certains vont porter une attention quasi constante à leur environnement de travail et vont signaler les situations dangereuses qu'ils observent. D'autres sont négligents et moins attentifs. Par contre, tout le monde ou presque convient que la santé et la sécurité du travail doit être sérieusement prise en considération dans le milieu de travail. Cette acceptation est importante parce que la première étape de tout engagement doit être l'acceptation de principe sans laquelle l'application de fait peut difficilement être réalisée ou maintenue. Les éléments importants sont l'attitude et le comportement et l'intérêt personnel des gens. Ces éléments sont normalement appris et intériorisés pendant des années et mêmes sur plusieurs générations. Le contremaître d'un atelier d'entretien et de réparation mécanique rappelait que, dans son jeune âge, il avait appris de son père à bien travailler et à être soigné et prudent dans tout ce qu'il faisait, à commencer par les tâches domestiques. Il avait fait la même chose avec ses enfants. Maintenant, il se préoccupait de

faire prendre conscience de cette dimension fondamentale de la santé et de la sécurité auprès des mécaniciens et autres employés dont il avait la charge dans cette entreprise automobile.

Cet apprentissage est un long processus. C'est un défi actuel de la santé et de la sécurité du travail. Car, très souvent cette représentation de la prévention n'est pas considérée pour soi. Elle est plutôt adoptée pour d'autres raisons sous-jacentes. Par exemple, pour un employé municipal, la situation était bien claire. « Je serai un bon gars et je fais tout ce qu'il faut jusqu'à ce que j'ai ma permanence et, après cela, je peux faire tout ce que je veux ». Cette représentation perverse, cette fausse représentation de la réalité, entrave la réalisation des objectifs de la santé et de la sécurité dans le milieu de travail.

Une autre conception erronée largement répandue dans certains milieux de travail concerne la cause des accidents. Selon celle-ci, les accidents sont dus au hasard, à la fatigue, à la distraction ou à la malchance. Les employés justifient les faits par des constatations comme « j'ai pas pensé », « je voulais faire ça vite », « ça pressait », « j'étais fatigué, débordé », « j'ai eu une malchance ». Cette logique de raisonnement et de justification des faits les amène à la croyance habituelle que l'accident arrive, et on ne peut pas l'empêcher. Cette sorte de perception, et le raisonnement qui en découle, s'oppose à une autre mentalité axée sur la responsabilité, la prévoyance des dangers et la prévention. Il s'agit de la responsabilité de l'employé envers lui-même et ses compagnons de travail concernant sa santé et sa sécurité au travail ainsi que de la responsabilité de l'employeur et du syndicat dans l'imposition de la règle de santé et sécurité de tolérance zéro. Pour atteindre cet objectif de responsabilité partagée, la vision de la santé-sécurité doit devenir une culture non seulement dans le cadre du travail mais aussi dans la vie personnelle, un mode de vie permanent, une culture générale dans laquelle la santé-sécurité devient un élément naturel et central.

Dans le cadre de l'approche en termes de coût-bénéfice, l'employeur public croit que, du moins en partie, l'amélioration des conditions de santé et de sécurité au travail est liée à la question des coûts associés à la productivité ainsi que la concurrence de l'entreprise privée. Mais l'aspect coût-bénéfice ne peut pas être considéré de façon isolée. D'autres facteurs sociaux impliqués, tels que l'origine familiale, le niveau d'éducation, l'expérience professionnelle, le vécu et les points de référence, laissent leurs traces dans les attitudes et les comportements de l'employé et sa façon d'exécuter son travail. Tel que mentionné ci-haut, on ne peut pas considérer l'aspect coûts-bénéfices en soi avant de corriger le problème des « fausses » (?) représentations de la santé et de la sécurité du travail. L'équation des coûts-bénéfices ne peut pas être valable sans inclure les facteurs sociaux impliqués.

Dans le secteur de la santé, à part des lésions musculo-squelettiques comme les blessures au dos associées à la manipulation des malades, nous avons observé beaucoup de problèmes de nature psychologique causés souvent par la surcharge de travail, le manque de personnel, les changements technologiques (l'informatique), les déplacements de personnel (provoqués par les restructurations organisationnelles et syndicales, les relocalisations de services et d'établissements) et d'autres causes de nature externe (par exemple familiales) qui se conjuguent avec les premières. L'étude des représentations sociales des employés et des employeurs dans ce secteur particulier sont susceptibles de révéler un univers très riche et très complexe concernant la vie du personnel et les diverses visions et représentations existantes qui

permettent de mieux comprendre les attitudes et les comportements des uns et des autres et de les expliquer.

Ainsi, par exemple, un aspect central du travail a trait aux exigences croissantes de la clientèle des patients et bénéficiaires qui sont de plus en plus informés, en particulier grâce à l'internet, sur les questions de santé. Les patients et leur entourage posent davantage de questions sur les problèmes de santé et exigent des réponses. Cela met souvent le personnel de soin dans l'embarras et crée chez ce personnel le sentiment du devoir inachevé, un sentiment de frustration de vouloir faire plus mais de ne pas être capable de le faire malgré l'engagement dans le travail et leur professionnalisme. En dépit des limites budgétaires et du temps supplémentaire fréquent et des exigences de tâches de plus en plus élevées, le personnel hospitalier réussit à accomplir sa tâche. Ces problèmes sont rendus plus supportables grâce au climat de camaraderie et au support social et professionnel des collègues.

Le professionnalisme, un trait noté chez les employés du secteur de la santé, peut être également observé chez les vendeurs d'automobile. Ces derniers, malgré leur situation difficile (revenu variable, emploi précaire, stress du travail dans un milieu très compétitif), se présentent au travail chaque jour et essayent de donner le meilleur service aux clients en jonglant avec les divers partenaires du service mécanique, de la carrosserie et de la cosmétique. Dans un des établissements de l'étude, le professionnalisme se traduisait par un sentiment de fierté, d'appartenance et de loyauté dans le personnel en général, mais en particulier chez les vendeurs d'auto. Ce sentiment se reflétait sur le travail des employés ainsi que sur la santé et la sécurité. Selon un vendeur d'automobile, « l'attitude est un mot-clé ici. Il réfère au sentiment d'être chanceux d'avoir cet emploi, d'être un professionnel, d'être traité comme tel, d'appartenir à l'institution, d'être fier de travailler là et de savoir que l'organisation prend soin de toi. »

On a aussi constaté, surtout dans les secteurs des services municipaux et des services de santé, une forte présence du travail en équipe et du contrôle de groupe. Ce type de contrôle crée autant de privilèges que de responsabilités. L'employé ne prend pas de risque pour mettre sa vie en danger ainsi que celle de ses confrères dans l'équipe. En ce sens, il y a un éveil de conscience associé à la pression sociale dans les milieux de travail parmi les employés en général. « Le reste dépend du travailleur. Il faut refuser de travailler avec quelqu'un qui ne travaille pas en sécurité. » Cependant, il arrive parfois que les employés ne soient pas toujours d'accord avec le contremaître ou le supérieur sur les mesures de sécurité à prendre dans les tâches à exécuter. Cette forme de contrôle peut être plus efficace en combinaison avec les visites des responsables de la santé et de la sécurité et la formation donnée en santé et sécurité du travail donnée par ceux-ci aux employés.

Il y a une longue tradition de culture « macho » dans les milieux de travail des secteurs de l'automobile et des travaux publics. Cette culture a été héritée en grande partie du passé occupationnel des employés de ce secteur dans l'agriculture, la voirie, l'industrie forestière et minière et celle de la construction. C'est une culture développée dans le contexte d'activités habituellement primaires où les qualifications professionnelles sont souvent minimales, apprises sur le tas, et qui ont traditionnellement fait appel davantage aux capacités physiques qu'aux capacités intellectuelles.

Dans le secteur municipal, l'organisation étudiée, contrairement à d'autres organisations, a accordé (et elle continue de le faire) une attention toute particulière à l'information et la formation en santé et sécurité du travail. Cette action a été menée à l'interne et à l'externe. Une approche pédagogique qui apparaît appréciée est celle de la formation donnée à certains employés qui deviennent des formateurs à leur tour auprès de leurs collègues de travail. Tous les employés rencontrés ont manifesté leur intérêt et leur appréciation pour la formation reçue qu'ils jugent très utile. Les employés aiment avoir l'occasion de donner leurs opinions sur les problèmes de santé et de sécurité du travail et leurs solutions possibles, en particulier lors de rencontres en équipes de travail. Ils savent que l'administration et le personnel d'encadrement tiennent compte de leur opinion et qu'il en résulte des suites positives.

L'ensemble des employés, à quelques exceptions près, se considèrent suffisamment informés sur l'ensemble de la sécurité et les risques que comporte leur travail dans les trois secteurs, mais un peu moins dans le secteur automobile.

Une question particulièrement révélatrice de la représentation que se font les employés de la santé et de la sécurité du travail porte sur les facteurs qui permettent d'expliquer pourquoi des travailleurs ont des accidents et d'autres n'en ont pas. Les facteurs les plus courants mentionnés sont la hâte dans la réalisation des tâches qui augmente les risques d'erreur, la maladresse, la fatigue (qui découle souvent de la vitesse et des longues heures de travail), l'inattention et le manque de concentration (qui découlent en partie de la vitesse), les postes de travail mal conçus et l'absence ou l'insuffisance de planification du travail et un facteur externe au travail : les problèmes personnels et surtout d'ordre familial.

En ce qui concerne la prévention, le témoignage d'un employé, contremaître responsable du réseau électrique dans la municipalité, en fait bien ressortir l'esprit. Selon lui, « la prévention c'est d'avoir ça toujours en tête. Dans tout travail, autant ici qu'à la maison, ça doit être toujours dans le cerveau. Pour moi, c'est toujours dans mon cerveau. Je m'en vais sur la route, pour moi la prévention c'est ce qui peut arriver. Je m'en va voir les employés souvent. Ils m'ont dit que j'exagère. Mais la prévention moi, la prévention s'applique partout. (...) Pour moi (ça s'applique partout), c'est normal tout partout, à la maison, sur la route, au travail. (Dans) tout ce qu'on fait, pour moi c'est très important. Pour moi, c'est une routine. »

La mobilisation des employés au niveau des équipes de travail est un problème récurrent en santé et sécurité du travail pour compléter l'action des comités de santé et de sécurité. Une expérience qui s'est développée dans une des organisations de l'échantillon peut servir de modèle de réflexion sur la santé et la sécurité du travail. Cette organisation faisait face à de nombreux problèmes de santé et sécurité et les interventions traditionnelles s'avéraient incapables d'apporter une solution satisfaisante. Il fallait une nouvelle façon d'envisager la situation afin de mobiliser les employés. Alors que dans le passé, la dimension santé et sécurité du travail n'avait été, au mieux, considérée qu'en dernier lieu, l'employeur et le syndicat se sont mis d'accord pour définir en partant que la SST était au cœur de l'organisation du travail. La planification du travail devait se faire en partant, au jour le jour, semaine après semaine, des paramètres et des exigences de santé et de sécurité du travail tout autant que des paramètres techniques et organisationnels. Cette planification devait également impliquer tous les travailleurs, donc descendre au niveau des équipes de travail et de chaque travailleur, et faire partie de l'organisation quotidienne du

travail. Pour confirmer cette nouvelle orientation, le personnel d'encadrement supérieur s'est impliqué directement dans la supervision des chantiers d'opération, au jour le jour, pour s'assurer que les plans d'opération et les consignes d'organisation du travail qui incluaient les normes et les pratiques de santé et de sécurité du travail étaient bien réalisées et respectées. Cette mobilisation est apparue nécessaire pour développer le sens de la responsabilité individuelle en même temps que collective.

En général, les employés sont satisfaits de l'action syndicale en matière de santé et de sécurité du travail et sont d'avis que le syndicat se préoccupe suffisamment de santé et de sécurité du travail dans les trois secteurs. Il semble, cependant, que les employés syndiqués ne sont pas suffisamment au courant du rôle particulier que joue le syndicat dans ce domaine sauf ceux, par exemple, qui ont reçu l'aide du syndicat dans des dossiers personnels de santé et de sécurité du travail. En fait, les employés peuvent normalement compter sur les représentants syndicaux et le syndicat pour régler des problèmes individuels. Ils en sont bien conscients puisque les problèmes les plus importants auxquels le syndicat doit faire face sont selon eux surtout des problèmes locaux. Dans le secteur municipal, il y a beaucoup d'inquiétude concernant l'action gouvernementale et les nouvelles lois qui risquent de faire reculer les acquis obtenus dans le passé, en particulier sur la sécurité d'emploi et la concurrence du secteur privé. Dans le secteur hospitalier, le problème majeur concernait les problèmes de budget et le manque de personnel.

6. CONCLUSION

L'étude qui a fait l'objet de ce rapport a été réalisée à la suite d'une recherche antérieure dans le secteur de l'industrie du métal et des produits électriques et électroniques qui portait sur l'impact du mode de gestion des changements technologiques et organisationnels sur la santé et la sécurité du travail (Legendre et Harrisson, 1998). L'objectif de la présente étude était de vérifier les résultats obtenus dans l'étude précédente dans d'autres secteurs d'activités. Une étude de faisabilité auprès de divers secteurs d'activité dans les services publics tout comme dans l'industrie privée en particulier celui des services publics tels que les services de santé et les services sociaux et les services municipaux (incluant les services de transport public), ainsi que des services privés tels que les services automobiles. Cette recherche incluait également un nouvel aspect concernant la nature et le rôle des représentations sociales de la santé et de la sécurité du travail en tant qu'élément d'interprétation et d'analyse des conceptions et des comportements des employés et des travailleurs en ce qui concerne la santé et la sécurité du travail dans les différents milieux de travail en période de changements technologiques et organisationnels. Les conceptions et les attitudes du personnel de direction et d'encadrement des organisations concernant la santé et la sécurité du travail ont également fait l'objet de cette recherche.

1. Gestion des changements technologiques et organisationnels et participation des employés

L'impact du mode de gestion des changements technologiques et organisationnels sur la santé et la sécurité du travail constituait l'objet principal de notre étude. Le mode de gestion était étudié sous trois angles principaux : premièrement sous l'angle de l'autonomie de l'organisation (la gestion à l'interne versus la gestion à l'externe [modèle clé en main]), sous l'angle de l'intégration des paramètres de la gestion (l'autonomie de l'organisation, l'intégration des paramètres de la gestion et la participation des membres) versus la séparation de ces paramètres et, finalement, sous l'angle de la participation des membres de l'organisation dans l'opération des changements (participation individuelle versus participation collective organisée par l'intermédiaire de la structure de représentation syndicale ou d'une autre structure collective).

Les progrès technologiques ont continué de se manifester à un rythme variable selon les secteurs. Ceux dans l'informatique et ses applications ont été sans doute les plus rapides et les plus étendus surtout dans l'administration et dans les opérations de diagnostique, mais également dans les activités de production des services. Dans le secteur municipal, l'informatique est fortement implantée dans l'administration. Dans les services municipaux de base tels que l'aqueduc et les égouts, les chemins, les services de transports en commun, les équipements de sports et de loisirs, et les bibliothèques, il n'y a pas eu de transformation majeure sauf pour les applications de l'informatique dans les systèmes de contrôle des divers équipements utilisés et certaines améliorations dans les équipements de voirie. Dans le secteur de la santé et des affaires sociales, les changements technologiques ont progressé dans les équipements d'intervention et de traitements divers, mais plus particulièrement dans l'administration avec le développement de l'informatique et de l'informatisation des dossiers des patients et de la gestion en général. Toutefois, la réalisation de ces changements y a été plus difficile à accomplir par suite de la

présence d'un personnel âgé et de nombreux problèmes techniques. Dans le secteur de l'automobile, les changements les plus importants ont été reliés à l'informatisation et ses diverses applications dans la mécanique et l'électronique (en particulier dans le diagnostic) ainsi que dans l'administration et la comptabilité. Les autres changements concernant le travail des employés se sont produits dans le domaine de la carrosserie et de la peinture (métaux et alliages, plastique, nouvelles peintures, produits de nettoyage et de décapage, etc.), dans la mécanique (nouveaux systèmes, nouveaux alliages et composantes, etc.) et dans les systèmes électriques.

Mode de gestion des changements technologiques et organisationnels et santé sécurité du travail

En ce qui a trait à l'autonomie de l'organisation, les organisations étudiées ont opérées plutôt par le biais de la gestion à l'interne que par celui de la gestion clé-en-main. Ce fut le cas des deux centres hospitaliers et du concessionnaire automobile. Le projet a été conçu et dirigé par un conseil ou comité spécial (dans le cas du concessionnaire par les propriétaires dirigeants de l'entreprise), mis sur pied au sein de l'organisation et chargé de la surveillance et de la réalisation du projet afin d'assurer la fidélité aux plans des travaux de construction et d'autoriser et d'opérer les changements qui pourraient s'avérer nécessaires en cours de route. Sous ce rapport, nous avons constaté que les organisations avaient tendance à procéder sur la base de contrats clé en main en ce qui concerne la construction des nouvelles installations tout en suivant de près l'évolution des travaux afin d'intervenir si ceux-ci semblaient dévier des devis établis ou si des changements imprévus devaient s'imposer en cours de réalisation.

Du point de vue de l'intégration des paramètres de la gestion, on se rend compte que la participation de l'ensemble des membres de l'organisation est très restreinte dans presque tous les cas étudiés et, dans le cas de la construction du nouvel établissement du concessionnaire d'automobile, à toute fin utile absente. Il faut toute fois signaler l'exception de l'administration municipale qui a adopté une politique de cogestion avec les employés dans le design, l'achat et/ou la fabrication des équipements utilisés dans les divers travaux municipaux exécutés. Dans le cas du déménagement du complexe hospitalier dans le nouveau site, les employés ont fait l'objet d'une certaine consultation départementale concernant les caractéristiques prévues des nouvelles installations des services et des départements hospitaliers selon les normes de construction. On les a également informés des progrès réalisés à certaines étapes du processus de construction. Dans la phase finale des travaux, des visites sur place furent organisées pour les familiariser avec le nouvel environnement. Cependant, les employés n'ont pas pu intervenir directement dans la réalisation du projet. Il en est allé de même pour les membres du CLSC qui ont dû déménager dans une nouvelle aile construite à leur intention dans le centre hospitalier et le centre de soin de longue durée. Ils ont pu prendre connaissance, à l'avance, des plans des nouveaux bureaux et formuler leurs demandes de modification afin de satisfaire leurs besoins.

Les changements organisationnels et la santé et la sécurité du travail

La recherche a porté aussi sur deux aspects des changements organisationnels: l'impact, sur la santé et la sécurité du travail, du déménagement et de la relocalisation des organisations dans un nouveau site et de nouvelles installations d'opération de même l'importance des représentations sociales de la santé et de la sécurité du travail pour comprendre les comportements des individus

dans le milieu organisationnel en regard de leur santé et de leur sécurité dans le contexte de changements organisationnels majeurs.

Déménagement, relocalisation et regroupement organisationnel

Le premier aspect concernait plus particulièrement le déménagement, la relocalisation et le regroupement des services d'organisations dans deux secteurs d'activités où ils ont été observés: les services automobiles et les centres de santé et de services sociaux. Nous avons constaté que la réalisation de ces changements était très exigeante et réservait des surprises désagréables et parfois très coûteuses. Malgré la planification et la préparation minutieuses qui l'entoure, le déménagement est susceptible d'avoir des conséquences à la fois positives et négatives sur le fonctionnement de l'organisation pendant une période plus ou moins longue. Il peut faire éclater des problèmes qui existaient auparavant mais que l'on n'avait pas été capable de cibler et de régler, des problèmes plus ou moins connus avec lesquels on s'était accommodé dans le passé, et présenter des possibilités d'opérer des changements que l'on ne soupçonnait pas. Le déménagement peut aussi ouvrir la porte à des améliorations qu'on souhaitait mais qu'on n'avait pas pu entreprendre.

Somme toute, les bénéfices et les conséquences positives l'emportent sur les aspects négatifs. Cependant, pendant la période plus ou moins longue et difficile à traverser d'ajustements qui affectent le fonctionnement normal de l'organisation, le déménagement agit comme un révélateur qui oblige l'organisation à trouver un nouvel équilibre. Dans le cas du déménagement complet du centre hospitalier, le fait que le nouveau complexe n'était pas encore suffisamment prêt a créé quelques problèmes sérieux de fonctionnement au point de départ. De plus, un écart considérable existait entre l'ancien établissement et le nouveau du point de vue de la qualité physique et de l'aménagement de l'espace ainsi que du point de vue de la nouvelle géographie des départements et des services. Ces changements ont provoqué des tensions dans le tissu social existant. Celui-ci avait du mal à survivre dans la nouvelle organisation. Il fallait reconstruire un nouveau tissu social. En attendant, l'impact de cette situation se manifestait entre autres dans l'accroissement des problèmes de santé et de sécurité du travail et de la hausse importante de l'absentéisme au travail.

Dans l'autre établissement de santé, les problèmes étaient principalement d'un autre ordre. Il y a bien eu là aussi des modifications faites à l'espace physique. Mais il s'agissait seulement d'un agrandissement pour accueillir de nouveaux partenaires, ceux du CLSC, et de quelques modifications plutôt mineures dans le centre hospitalier existant. Ces changements ne modifiaient pas suffisamment l'espace physique pour créer des difficultés dans le milieu social. Il n'en était pas de même de l'intégration organisationnelle du CLSC avec les deux autres partenaires du réseau de la santé et des services sociaux: le Centre hospitalier et le Centre d'hébergement de soin de longue durée. Cette fusion était imposée de l'extérieur et contre la volonté du CLSC et de ses employés. La réorganisation a entraîné des problèmes importants dans le milieu socio organisationnel et communautaire. Le rapprochement physique avec le centre hospitalier et celui des soins de longue durée accompagné de concert avec leur fusion organisationnelle créait un nouvel environnement susceptible d'avoir des conséquences négatives au plan de la santé et de la sécurité du travail (conséquences qui se sont manifestées, par exemple, par une augmentation de l'absentéisme).

L'étude des trois cas de relocalisation (dont deux complets et l'autre partiel) a montré que l'utilisation d'un modèle de gestion basé sur l'autonomie organisationnelle, l'intégration de l'ensemble des paramètres de gestion et la participation, même partielle, des membres de l'organisation favorise la réalisation des objectifs visés par un changement à la fois physique (la relocalisation totale ou partielle de l'organisation) et organisationnel (la fusion de trois institutions de services sociaux et de santé).

2. L'organisation de la santé et de la sécurité du travail

Sur le sujet de la santé et de la sécurité du travail, le deuxième volet de l'étude, nous avons constaté l'importance des équipes de travail dans le milieu organisationnel pour faire avancer le dossier de la santé et la sécurité du travail. L'expérience vécue dans l'administration municipale est un excellent exemple de ce point de vue. En mettant sur pied un système de gestion de la santé et de la sécurité du travail fondé sur la responsabilité des équipes de travail, les responsables du dossier de santé et de sécurité ont réussi à mettre fin à la mauvaise situation qui existait grâce à la collaboration active des cadres et de la direction de l'administration municipale. Dorénavant, les membres des équipes de travail prenaient en main leur propre sécurité qui devenait un élément clé dans la planification et l'organisation du travail, y compris des recommandations concernant l'achat d'équipements de travail sécuritaires et leur propre participation dans la conception et le design ainsi que l'achat de ces équipements.

Les employeurs sont concernés par les aspects budgétaires imposés par le gouvernement pour le secteur public et la concurrence du libre marché dans l'entreprise privée et demandent davantage de responsabilité de leurs employés en ce qui concerne la santé et la sécurité du travail. Les budgets de financement des services sont limités et la coopération de tous est requise pour continuer à fournir des services de qualité à la population dans un monde de plus en plus compétitif (compétition du secteur privé dans les soins de santé en particulier mais aussi dans les services municipaux).

L'échantillon d'organisations où l'étude a été réalisée comptait une majorité d'organisations en région. Le sentiment d'appartenance à l'organisation dans ces milieux est en général élevé, davantage, semble-t-il, que dans les grands centres urbains. Les employés rencontrent quotidiennement des personnes qu'ils connaissent, des parents, des amis, des compagnons ou des compagnes de travail. Il y a une relation d'entraide et de camaraderie qui a tendance à se répercuter de façon positive sur le milieu de travail et sur la santé et la sécurité du travail.

Dans l'ensemble des organisations qui ont fait l'objet de la recherche, les employés étaient, en général, engagés dans leur travail et prenaient leur emploi au sérieux. Dans le milieu des services sociaux en particulier, le personnel était remarquable pour son éthique du travail, son esprit d'équipe et sa résistance physique et mentale aux pressions et aux demandes qui provenaient de l'organisation et de la clientèle. Malgré les coupures nombreuses et les réorganisations qui ont affectées ce secteur d'activité, le personnel a conservé son engagement envers les patients qui demeurent pour eux leur principale et véritable raison d'être. Le plus grand regret que le personnel soignant peut avoir est celui de ne pas pouvoir accorder suffisamment de temps aux patients qui leur sont confiés. Depuis les deux dernières décennies en particulier, les

organisations de la santé ont fait appel à la coopération de leurs employés pour continuer à assumer avec professionnalisme et dévouement les soins de santé en dépit des restrictions budgétaires et des restructurations organisationnelles et des changements technologiques importants qui ont transformé l'administration des soins.

Dans le cadre des nombreuses entrevues faites avec des membres du personnel infirmier et d'autres professionnels du milieu, les conversations ont porté non seulement sur leur cheminement professionnel mais aussi sur leurs conditions de travail. Pour un grand nombre d'entre eux, il devient de plus en plus difficile de concilier les exigences de la vie de famille ainsi que le temps nécessaire au repos et au loisir avec les exigences de l'emploi. Celles-ci augmentent et ont tendance à gruger sur le temps disponible pour la vie familiale (en particulier, les demandes fréquentes de fournir des heures supplémentaires à cause du manque de personnel et des besoins plus grands). Un cercle vicieux s'installe. Les établissements s'arrangent en recourant davantage au travail d'équipe. De plus en plus d'employées en viennent à décrocher à un moment ou l'autre de leur vie professionnelle.

Au travers des changements vécus dans le système hospitalier, les infirmières ont eu à s'adapter aux changements de génération, à de nouvelles catégories de spécialisation, aux redéfinitions des divers groupes professionnelles impliqués dans l'administration des soins et à des changements technologiques importants. A ce chapitre, l'informatisation des soins et des activités de travail a contribué à alourdir leur travail en particulier durant la période d'introduction de cette nouvelle technologie. Malgré tout, le bien-être des patients est demeuré leur première priorité. L'aspect « vocation » attaché à l'image traditionnelle de ceux et celles qui se dévouent pour les malades a survécu en particulier, semble-t-il, chez le personnel soignant dans les établissements de soins de longue durée. Ce milieu de travail est particulièrement difficile pour le personnel. Les tâches de travail sont lourdes. De plus, les patients ont tendance à être négligés (quand ce n'est pas carrément abandonnés) par leur milieu familial. Celui-ci est souvent ingrat avec le personnel. Ces conditions font que le personnel est restreint et difficile à recruter ce qui contribue davantage à empirer la situation dans ce secteur.

Dans le milieu hospitalier des soins de courte durée (et à un moindre titre dans celui des soins de longue durée), le recrutement du personnel non-qualifié qui est embauché au titre de préposé aux malades (un poste d'entrée dans le système) attire, en particulier, des personnes plus âgées qui ont connu une expérience de travail diversifié dans d'autres secteurs d'emploi. Celles-ci découvrent une nouvelle vocation et une source d'engagement et de satisfaction qu'elles n'ont pas eu la possibilité de vivre auparavant. Le nouveau milieu de travail devient pour elles la réalisation d'un rêve qu'elles ont longtemps attendu.

Dans les autres secteurs d'activité incluant le secteur privé, le personnel des établissements a lui aussi été soumis aux pressions du changement, en particulier les changements technologiques dans les produits et les équipements de travail. Ils ont dû dans la majorité des cas s'habituer à des changements constants tels que dans l'utilisation de l'informatique dans le diagnostique et la réparation mécanique des véhicules automobiles.

Santé et sécurité du travail : autres considérations

La situation dans le domaine de la santé et de la sécurité a elle aussi évoluée rapidement depuis les deux dernières décennies. Les produits nouveaux qui doivent être évalués et testés ne cessent pas d'apparaître et de soulever des questions en ce qui concerne leur usage dans les milieux de travail pour la santé et la sécurité des travailleurs. A cela s'ajoute les résistances encore nombreuses qui viennent des milieux de travail à l'endroit des pratiques et des procédures de travail sécuritaires qui sont mises de l'avant par les entreprises et les organisations publiques ainsi que par les associations paritaires de santé et de sécurité du travail. Les vieilles habitudes de travail ont encore la vie longue et la protection de l'autonomie au travail rend difficile l'abandon des méthodes de travail dangereuses et l'adoption des nouvelles méthodes et des nouvelles approches en santé et sécurité du travail. Toutefois, la résistance envers l'utilisation des mesures et des moyens de protection peut être surmontée par des modifications et améliorations techniques apportées aux équipements, comme ce fut le cas, par exemple, pour la protection des oreilles dans le cas du bruit.

L'écart entre les générations est également important dans ces domaines. Le besoin se fait sentir en particulier pour le développement de l'éducation en santé et en sécurité du travail pour en arriver à une véritable culture qui soit aussi valorisée que les compétences professionnelles. A ce sujet, des progrès importants bien qu'inégaux, ont été réalisés dans la formation donnée en santé et sécurité du travail. Il est important de responsabiliser les gens vis-à-vis de leurs droits, mais cela suppose qu'ils soient tout aussi conscients de leurs obligations. Cela s'applique tout particulièrement dans les milieux de travail en rapport avec la santé et la sécurité du travail.

On a constaté qu'il y a une distance entre l'attitude générale et la réalité des comportements et de l'expérience vécue. Malgré l'accroissement des connaissances en santé et en sécurité du travail, l'application de ces connaissances demeure encore problématique. Le développement d'une véritable culture de la santé et de la sécurité du travail reste un objectif important à atteindre. Il faut toutefois signaler l'existence de sous-cultures organisationnelles dans lesquelles la santé et la sécurité du travail occupe une place privilégiée par suite des dangers importants et constants auxquels les membres de ces organisations font face. C'est généralement le cas, par exemple, des électriciens qui travaillent en équipe dans la haute tension (en particulier en milieu industriel et commercial) et du personnel infirmier et spécialisé dans les diverses déficiences physiques et mentales travaillant dans les soins spécialisés à domicile qui doivent parfois se faire accompagner ou qui doivent rester en contact permanent avec le centre organisationnel en cas d'agression physique de la part de leurs patients ou de l'entourage de ceux-ci.

L'étude a révélé une faiblesse assez répandue de l'intégration de la santé et de la sécurité du travail dans les paramètres de la gestion de l'entreprise ou de l'organisation. Cette faiblesse se manifeste par l'absence d'un comité de santé et de sécurité du travail actif ou par la faible fréquence des réunions de ce comité et le manque de suivi donné aux discussions ou décisions du comité.

Dans le personnel recruté pour les divers postes d'entrée non qualifiés ou peu qualifiés dans les divers milieux de travail, nous avons noté une absence de formation et de sensibilisation à la

santé et la sécurité du travail. Dans le secteur automobile, il s'agit surtout des emplois dans la carrosserie et dans l'esthétique automobile (nettoyage, lavage, cirage, pose d'accessoires, etc.)

Les problèmes de santé mentale observés surtout dans le secteur de la santé et des services sociaux se retrouvent principalement dans les services de soin à domicile et dans le travail de réhabilitation auprès des personnes souffrant de déficiences physiques et mentales. Dans ce milieu, on observe très peu d'accidents du travail ou de lésions professionnelles, mais surtout l'absentéisme, l'épuisement professionnel et les congés de maternité.

Les périodes de changement organisationnel dont nous avons traité dans le chapitre 3 affectent directement la situation de la santé et de la sécurité du travail. Dans les organisations étudiées, le coût de ces changements s'est traduit en une forte hausse du taux des lésions (jusqu'à quatre fois plus élevé dans le cas d'un centre hospitalier), une augmentation importante dans le taux d'absentéisme ainsi qu'une augmentation significative dans le taux de consultation du programme d'aide aux employés (PAE) (en particulier, une augmentation significative du nombre des consultations et de la nature des problèmes concernés). Cette constatation est une claire indication de l'effet perturbateur des changements organisationnels relié à l'insécurité d'emploi, la surcharge de travail et l'incertitude créées par le changement. Cette question devrait recevoir une attention particulière dans la recherche en santé et sécurité du travail.

3. Syndicalisation

A l'exception de deux organisations, l'une dans le domaine de la santé et des services sociaux et l'autre dans les services automobiles, les employés des organisations étudiées étaient tous syndiqués. En général et en principe, les syndicats accordent leur plein appui à l'action menée par les instances gouvernementales, paragouvernementales et patronales-syndicales dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail. Cependant, au niveau des entreprises et des organisations, la présence syndicale dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail et l'action syndicale varient dans son intensité. Dans les organisations étudiées, nous avons observé que là où la participation syndicale était absente ou peu active, on observait une détérioration du dossier de la santé et de la sécurité du travail. Afin d'éviter cette situation, les organisations syndicales doivent assurer un profil plus visible dans ce domaine, adopter une attitude proactive et travailler en collaboration avec la partie patronale en vue d'assurer un milieu de travail le plus sécuritaire et le plus sanitaire possible. En ce sens, l'organisation syndicale doit s'assurer qu'il y a un comité de santé et de sécurité dans le milieu de travail, que ce comité fonctionne et que la participation des travailleurs est assurée par les instances syndicales. Là où il n'y a pas de représentation syndicale, l'employeur aurait avantage à créer, de toute façon, un comité de santé et de sécurité sur lequel les employés auraient des représentants élus.

4. Limites et portée de cette étude

Peut-on extrapoler les résultats de cette recherche au-delà des secteurs étudiés? En général, la réponse est affirmative dans la mesure où il s'agit d'étudier le milieu organisationnel (dans lequel l'organisation est le concept central de l'unité sociale étudiée). Tout changement dans l'environnement de travail est susceptible de créer des perturbations dans l'organisation du travail et dans l'exécution des tâches. On peut penser que c'est davantage le cas lorsqu'il s'agit

du travail organisé sur la base d'équipes de travail (plutôt que sur une base individuelle) comme c'est le cas dans le domaine de la santé (par exemple, dans le milieu hospitalier) et dans le secteur manufacturier (par exemple, travail en équipe, chaînes d'assemblage et de montage).

Les changements organisationnels et les déménagements ou relocalisations d'organisation sont assez nombreux et pratiquement constants non seulement dans les secteurs couverts dans cette étude mais dans les autres secteurs. Dans le cadre de cette étude, un nombre restreint de secteurs (3) et, surtout, d'organisations (10) a été étudié. Il serait souhaitable que d'autres études soient réalisées à des fins comparatives pour confirmer ou infirmer les données et les analyses faites et approfondir et diversifier les connaissances sur ce sujet, en particulier dans d'autres secteurs d'activité. L'étude a été réalisée auprès d'une majorité d'organisation en milieu régional. Tout en continuant de s'intéresser au milieu régional, il serait souhaitable d'étendre davantage cette étude à des institutions et organisations en milieu métropolitain, en particulier dans le secteur de la santé et des services sociaux.

De même, l'approfondissement des cas étudiés ici pourrait donner des résultats forts intéressants sur l'évolution de ces organisations depuis que cette étude a été faite. Par exemple, les personnes déjà rencontrées ont probablement une perspective différente quelques années plus tard pour évaluer les changements qui se sont produits. Elles pourraient fournir l'information qui manque concernant la période plus longue qui a suivi les changements concernés pour mieux comprendre l'évolution du milieu organisationnel et la situation de la santé et de la sécurité du travail dans ces milieux. Il reste aussi du travail à faire dans certains types d'entreprises (en particulier, les petites entreprises) et sur certaines catégories d'employés (les employés non qualifiés, type d'apprentissage et expérience antérieure).

Les données recueillies sur les représentations sociales sont de valeur inégale par suite en particulier des conditions dans lesquelles le travail de terrain a été réalisé. Les facteurs principaux sont la courte période de temps allouée pour le travail sur le terrain, la limite du nombre et de la durée des entrevues pouvant être réalisées et du temps disponible de la part du personnel des organisations visitées, ainsi que la nécessité de s'en tenir à une étude portant plus spécifiquement sur les représentations sociales de la santé et de la sécurité du travail. L'analyse des données sur les représentations sociales recueillies dans l'étude n'a pu être complètement réalisée à notre satisfaction. Elle pourrait être développée davantage et faire l'objet d'un essai supplémentaire séparé. Il reste que l'analyse présentée dans le chapitre 4 donne un premier aperçu des perceptions de la santé et de la sécurité du travail, de quelques images de référence de base, ainsi que de points d'ancrage importants auxquels elles renvoient dans l'univers du travail et de la société actuel tout comme de celle du passé.

Il faut enfin rappeler que la réalisation de travaux de recherche comme celui-ci en milieu organisationnel n'est pas une tâche toujours facile. D'une part, le recrutement de milieux de recherche est difficile et long à compléter pour diverses raisons : manque de disponibilité du personnel administratif tout comme des employés en général, absence d'intérêt de la part du personnel de la direction et diverses autres contraintes (par exemple, la présence d'autres chercheurs) qui rendent le travail de recherche pratiquement impossible à réaliser.

RECOMMANDATIONS

Concernant le mode de gestion des changements technologiques et organisationnels

L'autonomie de l'organisation est souhaitable puisqu'elle peut exercer un meilleur contrôle sur le changement et faire en sorte que les objectifs visés et les changements qui sont effectués se correspondent bien et que le résultat envisagé soit atteint.

Dans ce cas, il est souhaitable d'inclure la présence de spécialistes des changements organisationnels à titre de conseillers externes sur le conseil de gestion du changement organisationnel envisagé et planifié tel que ce fut le cas dans les deux centres hospitaliers étudiés.

Il faut assurer que les diverses composantes de l'organisation et les divers aspects de la gestion des organisations soient bien représentés dans le comité ou les instances chargés de la réalisation du changement. Cela ne semble pas avoir été le cas avec le dossier de la SST dans le déménagement du centre hospitalier dû à certaines faiblesses dans la représentation du dossier de SST dans les instances de direction du projet de déménagement. La conséquence de cette situation apparaît dans les erreurs de design et de construction du nouvel établissement dont on a vu des exemples dans le chapitre 3.

Il faut assurer une représentation réelle des divers groupes et catégories d'employés sur les instances chargées de la réalisation du projet via les instances syndicales et/ou la délégation de représentants départementaux (autres que syndicaux) dans les instances ci-haut mentionnées.

Il est recommandé d'assurer une meilleure préparation au déménagement en familiarisant davantage tous les membres de l'organisation avec le nouveau milieu dans lequel ils vont dorénavant avoir à vivre. Cela avait été fait en partie au nouveau centre hospitalier régional mais cela avait été négligé dans le cas du nouvel établissement du concessionnaire de véhicules automobiles.

Il est recommandé d'identifier plus tôt (idéalement avant le déménagement) les problèmes ou défauts dans le nouvel établissement qui n'ont pu être corrigés à temps, d'informer à l'avance les gens concernés et prévoir des mesures temporaires pour éviter le pire.

Il est recommandé de prévoir à l'avance l'augmentation de l'achalandage due au phénomène du « nouveau tout beau » et/ou à un déficit de soins hospitaliers dans le secteur entourant le nouvel établissement. Ce ne fut pas le cas pour le nouveau centre hospitalier étudié où le personnel fut assailli dès les premières journées par une affluence considérable de patients externes. Cette erreur a contribué fortement à la surcharge de travail du personnel immédiatement après le déménagement et pendant la période cruciale d'acclimatation au nouvel environnement physique et organisationnel.

Il est recommandé d'annoncer et de confirmer auprès des employés que le travail peut reprendre tel que prévu à la date annoncée ou, sinon, prévenir ceux qui sont concernés que la reprise du travail se fera plus tard à une date à annoncer en temps et lieu.

Si le travail peut reprendre seulement dans des conditions non habituelles et non prévues, il est recommandé de les prévenir en conséquence et d'expliquer clairement la nouvelle situation temporaire et de compenser les employés concernés si le cas s'applique.

A propos de la SST

Prendre des moyens ou adopter des formules pour assurer l'engagement dans la SST au jour le jour dans le travail en équipe et au niveau individuel.

Développer le sens de la responsabilité individuelle et de groupe par la délégation de responsabilités au niveau des équipes de travail et des individus.

Examiner de près la question de la culture professionnelle du risque et de la santé et la sécurité du travail dans des milieux de travail à situation extrême (ou quasi extrême) comme les salles d'urgence, les soins intensifs, les salles d'opération en milieu hospitalier et dans le travail à haut risque (solitaire ou en équipe) comme dans le travail solitaire dans les inspections des installations électriques à haut voltage, des systèmes de purification des eaux d'aqueduc, des systèmes d'égout, etc.

Au sujet d'autres problèmes organisationnels reliés au travail

L'absentéisme est devenu un problème important et endémique dans plusieurs milieux de travail, en particulier dans les services de santé et les services sociaux, avec des répercussions sérieuses et coûteuses sur le fonctionnement normal des organisations concernées. Il serait utile pour ne pas dire urgent d'étudier ce problème de plus près afin d'en identifier les causes et d'en diminuer l'ampleur et les conséquences sur le milieu du travail et le milieu familial.

BIBLIOGRAPHIE

- ABRIC, Jean-Claude (1987). Coopération, compétition et représentations sociales. Cousset (Suisse), Delval.
- ABRIC, J. C. (dir. de). (1994a). Pratiques sociales et représentations. Paris, Presses Universitaires de France.
- ABRIC, Jean-Claude (1994b). "Méthodologie de recueil des représentations sociales", dans Idem, Ch. 3, pp. 59-82.
- ABRIC, Jean-Claude (1994c). « Pratiques sociales, représentations sociales », dans Idem, Ch. 8, pp. 217-238.
- ABRIC, J. C. et E. TAFANI (1995). "Nature et fonctionnement du noyau central d'une représentation sociale: la représentation de l'entreprise", Cahiers internationaux de psychologie sociale, No 28: 22-31.
- ACADEMY OF MANAGEMENT JOURNAL (1993). Methodological Issues in Management Research. Vol. 36, No 6.
- AEBISHER, V., J. P. DECONCHY et E. M. LIPIANSKI (dir.) (1992). Idéologies et représentations sociales. Fribourg, Suisse, Delval.
- AKTOUF, Omar (1987). Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Montréal, Presses de l'Université du Québec et Presses HEC.
- ALSENE, Éric (1990). « Les impacts de la technologie sur l'organisation », Sociologie du travail, No 3, 1990, 321-337.
- ALSENE, Éric (1991). "Impact des nouvelles technologies et structures de gestion du changement technologique", Chantiers sociologiques et anthropologiques, 27-42.
- ALSENE, Éric et Hélène DENIS (1991). "Un modèle d'analyse des pratiques complexes de gestion du changement technologique", Revue française de gestion, No 84, 32-44.
- ALSENE, Éric et Hélène DENIS (1991). "La gestion du changement technologique: organisationnelle?", Revue Canadienne des Sciences de l'Administration, Vol. 8, No 1, mars, 47-55.
- ASSOCIATION CAO/FAO (1989). "Tendances et degré de pénétration", L'automatisation et l'informatisation de la production, octobre.
- APSAM, Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail secteur « Affaires municipales ». *Rapport*, 1995, 1996, 1997 et 1998.

ARONSSON, Gunnar (1999). « Contingent workers and health and safety », *Work, Employment & Society*, vol. 13, no. 3, pp. 439-459.

ASSTSAS, Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur Affaires sociales (1997). *Un plan à partager. Explorer pour créer de nouvelles stratégies d'action*. Montréal, ASSTSAS, Plan directeur 1997-2002, 35 pages.

ASSTSAS (1999). Profil statistique des lésions professionnelles dans le secteur de la santé et des services sociaux. Montréal.

ASSTSAS. *Rapport annuel* 1995, 1996, 1997, 1998.

ASSTSAS (1996). Tableau de bord 1995. Document I. Profil de la clientèle 1994-1995. Montréal, 119 pages.

ASSTSAS (1998). Des points de repère pour faciliter l'adaptation aux changements. Document résumant les propos recueillis lors des mini-colloques tenus par l'ASSTSAS en 1997. Montréal. 55 pages.

Auto Prévention, Association sectorielle Services Automobiles. *Rapport annuel*, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999.

BANCROFT, Angus (2000). « Creative Technological Change: The Shaping of Technology and Organizations », *New Technology, Work, and Employment*. Vol. 15, March.

BARDIN, Laurence (1977). *L'analyse de contenu*. Paris, Presses universitaires de France.

BAREIL, Céline et André SAVOIE (1999). « Comprendre et mieux gérer les individus en situation de changement organisationnel », *Gestion*, vol. 24, no. 3, automne, pp. 86-95.

BARLEY, S. R. (1986). "Technology as an occasion for structuring: evidence from observations of CT scanners and the social order of radiology departments", *Administrative Science Quarterly*, March, 78-108.

BARLEY, S. R. (1990). "The Alignments of Technology and Structure through Roles and Networks", *Administrative Science Quarterly*, 35, 61-103.

BATAILLE, Michel (2000). "Représentation, implication: des représentations sociales aux représentations professionnelles", dans Catherine Garnier et Michel-Louis Rouquette (dir.), *Représentations sociales et éducation*. Montréal, Éditions Nouvelles, Ch. 2.3, pp. 165-189.

BEAUDOIN, Pierre (1986). *La gestion par projet, aspects stratégiques*. Montréal, Agence d'ARC, 2e édition, 249 p.

BÉGIN, Clermont, Pierre BERGERON, Pierre-Gerlier FOREST et Vincent LEMIEUX (sous la direction de) (1999). *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*.

BELANGER, Paul (1993). "Après le taylorisme", Options, Hiver, No 9, 1994, 23-36.

BERNOUX, Philippe (1993). La sociologie des organisations. Initiation théorique suivie de cas pratiques. Paris, Édition du Seuil. 4^e édition.

BERNOUX, Philippe (1995). La sociologie des entreprises. Paris, Éditions du Seuil.

BONNEAU, Jocelyne et François JEAN (2000). *Bilan des activités, Service régional en santé et sécurité au travail/projet pilote*. Sherbrooke, Service régional en santé et sécurité du travail, Régie régionale de la santé et des services sociaux, 16 pages plus les annexes.

BOURQUE, Reynald (1999). « Coopération patronale-syndicale et réorganisation du travail. Étude de cas dans les secteurs de la métallurgie et du papier au Québec », Relations Industrielles, vol. 54, no. 1, pp. 136-167.

BOURQUE, Reynald (1999). « Confiance et négociation » dans Christian THUDEROZ, Vincent MANGEMATIN et Denis HARISSON (sous la direction de), La confiance. Approches économiques et sociologiques. Paris, Gaetan Morin éditeur, Ch. X, pp. 261-287.

BROWN, Richard H. (1978). "Bureaucracy as Praxis: Toward a Political Phenomenology of Formal Organizations", Administrative Science Quarterly, 23, 365-382.

CARIGNAN, Joëlle (1991). "Les difficultés d'intégration de la gestion de projet dans les organisations fonctionnelles", essai de séminaire non-publié, Département de sociologie, Université de Montréal

CAHIERS DE RECHERCHE SOCIOLOGIQUE (1987). L'autre sociologie. Approches qualitatives de la réalité sociale. Montréal, Département de sociologie, UQAM. Vol. 5, No 2.

CARPENTIER-ROY, M.-C., F. OUELLET, M. SIMAND et A. MARCHAND (1998). "L'appui des travailleurs aux comités paritaires de santé et de sécurité du travail (CRSST): une analyse psycho dynamique", Le travail humain, tome 61, no 2: 171-185.

CARPENTIER-ROY, Marie-Claire (1989). Organisation du travail et santé mentale chez les infirmières en milieu hospitalier. Montréal, Département de sociologie, Université de Montréal, thèse de doctorat, 1989.

CARPENTIER-ROY, M.-C. (1991). Corps et âme, psychopathologie du travail infirmier, Montréal Liber, 1991.

CARRIERE, Jean Bernard, Yves BEAUCHAMP, et Jacqueline DIONNE-PROULX (1998). Impact des nouvelles technologies comme moyen stratégique de prévention des accidents de travail. Montréal, IRSST, Rapport de recherche R-205, 40 pages.

CHAMPOUX, Danièle et Jean-Pierre BRUN (1999). Prise en charge de la sécurité dans les petites entreprises des secteurs de l'habillement et de la fabrication de produits en métal. Montréal, IRSST, Résumé RR-226, 20 pages.

CHAMPOUX, Danièle et Esther CLOUTIER (1996). Problématique de la santé et de la sécurité chez les pompiers : résultats de l'analyse de fichiers d'accidents de deux municipalités du Québec. Montréal, IRSST, Rapport de recherche R-144, 63 pages plus annexes

CHENG, Y. H. (1997). "Explaining Disablement in modern Times: Hand-Injured Workers' Accounts of Their Injuries in Hong Kong", *Social Science and Medicine*, 45, 5: 739-750.

CLAYSON, Z. E. et J. L. HALPEN (1983). "Changes in the Workplace: Implications for Occupational Safety and Health", *Journal of Public Health Policy*, 4, 3: 279-297.

CLEGG, Stewart R. (1990). *Modern Organizations. Organization Studies in the Postmodern World*. London, SAGE Publications.

CLOUTIER, Esther et Patrice DUGUAY (1996). Impact de l'avance en âge sur les scénarios d'accidents et les indicateurs de lésions dans les secteurs de la santé et des services sociaux, de l'administration provinciale et de l'administration municipale. Montréal, IRSST, Résumé R-119, 35 pages.

COLLERETTE, Pierre (1996). *Le pilotage du changement: une approche stratégique et pratique*. Sainte-Foy, Qc., Presses de l'Université du Québec.

Comité consultatif de l'industrie des services automobiles du Québec (1992). *Rapport final*. Montréal, 92 pages.

Comité Paritaire de l'Industrie de l'automobile (1999). *Décret sur l'industrie des services automobiles de la région de Montréal*. Montréal.

Commission de la santé et de la sécurité du travail (1987). *Textiles au Québec. Monographie sectorielle*. Montréal, CSST, Direction des communications, 396 pages.

CONRAD, Peter et Diana CHAPMAN WALSH (1992). "The New Corporate Health Ethic: Lifestyle and the Social Control of Work", *International Journal of Health Services*, 22, 1: 89-111.

CORRIVEAU, Line (1991). *Les accidents du travail*. Cowansville, Les Éditions Yvon Blais, Inc.

COTÉ, Marguerite-Michelle et Danièle CHAMPOUX (1994). *Étude exploratoire de l'organisation du travail, de la santé et la sécurité et des stratégies d'adaptation dans l'industrie du vêtement au Québec*. Montréal, IRSST, Rapport de recherche R-091, 37 pages.

CROZIER, Michel et E. FRIEDBERG (1977). *L'Acteur et le Système*. Paris, Éditions du Seuil.

D'ARAGON, Pierre, Bernard-André GENEST, et Michel GRANT (1996). Recherche exploratoire sur la relation entre l'orientation qualité et la sécurité dans les projets de construction. Montréal, IRSST, Rapport R-132, 57 pages.

DE BRUYNE, Paul, Jacques HERMAN et Marc DE SCHOUTHEETE (1974). Dynamique de la recherche en sciences sociales. Paris, Presses Universitaires de France.

DEMERS, Christiane (1999). « De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel », *Gestion*, vol. 24, no. 3, automne, pp. 131-139.

DENIS, Hélène (1990). Stratégies d'entreprise et incertitudes environnementales. Design organisationnel, cultures et technologie. Montréal, Editions Agence d'ARC.

DE ROSA, S. A. (1990). "Comparaison critique entre les représentations sociales et la cognition sociale", *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, No 5: 69-109.

DE ROSA, S. A. (1995). "Le "réseau d'associations" comme méthode d'étude dans la recherche sur les représentations sociales: structure, contenus et polarité du champ sémantique", *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 28: 96-120.

DESLAURIERS, Jean-Pierre (sous la direction de) (1987). Les méthodes de la recherche qualitative. Sainte-Foy, Les Presses de l'Université du Québec.

DOISE, W. (1985). "Les représentations sociales: définition d'un concept", *Connexions*, 45, 2: 245-253. Reproduit dans DOISE et PALMONARI (1986), op. cit., pp. 81-94.

DOISE, W., A. CLÉMENCE et F. LORENZI-CIOLDI. (1992). Représentations sociales et analyses des données. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble, Coll. Vies sociales.

DOISE, W. et S. MOSCOVICI (sous la direction de) (1987). *Current issues in social psychology*. Cambridge, Cambridge University Press.

DOISE, W., Mario VON CRANACHE et Gabriel MUGNY (dir.) (1992). *Social representations and the social bases of knowledge*. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.

DOISE, Willem et A. PALMONARI (1986). *L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlée.

DUCHASTEL, J. (1993). "Discours et informatique: des objets sociologiques?", *Sociologie et Sociétés*, XXV, 2: 157-170.

DUFOUR, Yvon et Lise LAMOTHE (1999). « Les approches au changement dans les systèmes de santé », dans Clermont BÉGIN et al. (s.l.d.de), *Le système de santé québécois. Un modèle en transformation*, op. cit.

DUPUIS, Jean-Pierre (2001). "L'impact de la sous-traitance sur la culture professionnelle des mineurs", dans Denis HARRISSON et Camille LEGENDRE (s.l.d.de), Sciences sociales et santé/sécurité du travail : les approches et l'expérience de l'innovation.

DWYER, Tom (1992). *Life and Death at Work. Industrial Accidents as a Case of Socially Produced Error*. New York, Plenum Press.

EAKIN, Joan M. (1992). "Leaving It up to the Workers: Sociological Perspective on the Management of Health and Safety in Small Workplaces", *International Journal of Health Services*, 22, 4: 689-704.

EBEL, Karl-H. (1989). "L'usine automatisée a besoin de la main de l'homme", *Revue internationale du travail*, 128, 5, 589-608.

FARR, R. et S. MOSCOVICI (dir.) (1984). *Social representations*. Cambridge, Cambridge University Press.

FAVARO, M. (1997). *La prévention dans les PME. 2, enquête. Prise en charge de la sécurité. Représentation des risques*. Paris, Institut national de recherche et de sécurité.

FLAMENT, C. (1981). "L'analyse de similitude: une technique pour les recherches sur les représentations sociales", *Cahiers de psychologie cognitive*, I, 4: 375-395.

FLICK, Uwe (dir.). (1992). *La perception quotidienne de la santé et de la maladie: théories subjectives et représentations sociales*. Paris, L'Harmattan.

FRIEDBERG, E. (1993). *Le Pouvoir et la Règle. Dynamiques de l'action organisée*. Paris, Éditions du Seuil.

GARDIN, Jean-Claude (1974). *Les analyses de discours*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlée.

GATTIKER, Urs E. (1990). *Technology management in organizations*. Newbury Park, Cal., SAGE Publications.

GAUTHIER, Benoît (sous la direction de) (1986). *Recherche sociale : de la pensée sociale à la recherche des données*. Sainte-Foy, Éditions des Presses de l'Université du Québec.

GENEST, Bernard-André et Tho Hau NGUYEN (1995). *Principes et techniques de la gestion par projets*. Laval, Qc., Les Éditions Sigma Delta.

GRIZE, Jean-Blaise, Pierre VERGES et Ahmed SILEM (1987). *Salariés face aux nouvelles technologies. Vers une approche sociologique des représentations sociales*. Paris, Editions du Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS).

GUIMELLI, Christian (s.l.d.de) (1994). *Structures et transformations des représentations sociales*. Neuchâtel, Delachaux et Niestlée.

GUIMELLI, Christian (1994). « La fonction d'infirmière. Pratiques et représentations sociales », dans Jean-Claude ABRIC (sous la direction de), *Pratiques sociales et Représentations*, op. cit., Ch. 4, pp. 83-108.

HALL, Alan (1996). "The Ideological Construction of Risk in Mining: A Case Study", *Critical Sociology*, 22, 1: 93-116.

HAMEL, Jacques (dir.) (1992). "The Case Method in Sociology. La méthode de cas en sociologie », *Current Sociology/ La sociologie contemporaine*, 40, 1, Spring. Newbury Park, CA, Sage Publications.

HAMEL, Jacques (1998). « Défense et illustration de la méthode des études de cas en sociologie et en anthropologie. Quelques notes et rappels. », *Cahiers internationaux de Sociologie*, Vol. CIV, 121-138.

HARRISSON, Denis (1990). "La santé et la sécurité du travail: de nouveaux rapports à la lumière des mutations de la décennie, *Revue internationale d'action communautaire*, 25/65, 1991, 53-63.

HARRISSON, Denis (1990). "Les changements technologiques et les enjeux pour l'entreprise et les travailleurs", dans G. BERGERON (éd.), *Technologie et territoire*, Sillery, Qc., Presses de l'Université du Québec, 30-50.

HARRISSON, Denis (1986). *L'organisation du travail et la sécurité dans les entreprises québécoises: les limites organisationnelles d'une gestion ouvrière des risques professionnels*. Montréal, Université de Montréal, thèse de doctorat, Département de sociologie.

HARRISSON, Denis (1988). "La représentation du risque professionnel et l'autonomie ouvrière", *Sciences sociales et santé*, VI, 34: 76-77.

KARASEK, Robert et T. THEORELL (1990). *Healthy Work, Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life*. New York, Basic Books, Inc.

HATCHUEL, A. et H. MOLET (1988). *Informatique et production: les logiques de l'appropriation technique*. Paris, Centre de Gestion Scientifique de l'Ecole des Mines de Paris, Rapport interne, 44 p.

KATZ, D. et R. L. KAHN (1978). *The Social Psychology of Organizations*. New York, Wiley, 2ième édition.

HÉBERT, François (1996). *Les indicateurs de lésions en santé et sécurité du travail : analyse par secteur d'activité économique en 1991*. Montréal, IRSST, Rapport de recherche R-135, 201 pages.

HERZLICH, Claudine (1969). *Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale*. Paris, Mouton.

HERZLICH, Claudine (1972). “La représentation sociale “, dans Serge MOSCOVICI (dir.), Introduction à la psychologie sociale, Paris, Librairie Larousse, pp. 303-325.

HOFMANN, David A. et Adam STETZER (1998). “The role of safety climate and communication in accident interpretation: implications for learning from negative events”, Academy of Management Journal, vol. 41, no. 6, pp. 644-657.

JACOBI, D. (1988). Évolution des représentations sociales et régulation : la représentation du rôle propre chez les cadres infirmiers. Aix-en-Provence, Université de Provence, mémoire de DEA.

JODELET, Denise (dir.) (1989). Les représentations sociales. Paris, Presses Universitaires de France.

JODELET, Denise (1984). “Représentation sociale: phénomènes, concept et théorie”, dans Serge Moscovici (dir.), Psychologie sociale, Paris, Presses Universitaires de France. Pp. 357-378.

JODELET, Denise (1984). “The representation of the body and its transformations”, dans R. M. FARR et Serge MOSCOVICI (sous la direction de), Social Representations, Cambridge, Cambridge University Press. Pp. 211-238.

JUDKINS, Bennet M. (1990). “Workplace Democracy and Occupational Health”, Humanity and Society, 14, 1: 34-54.

KRAHN, Harvey, Aurelio FERNANDES et Akin ADEBAYO (1990). “English Language Ability and Industrial Safety among Immigrants”, Sociology and Social Research, 74, 3: 182-188.

KERZNER, Harold et H. J. THAMBAIN (1984). Project Management for Small and Medium Size Businesses. New York, Van Nostrand Reinhold.

LAFLAMME, Lucie (1986). Organisation et sécurité du travail: impact quantitatif et qualitatif d'un changement technologique. Québec, Université Laval.

LAFLAMME, Lucie et Alain VINET (1988). “Accident du travail et modernisation du processus de production – le cas de l'industrie forestière québécoise », Relations industrielles, 23, 3 : 591-608.

LAPOINTE, Paul-André (1992). « Modèles de travail et démocratisation. Le cas des usines de l'Alcan au Saguenay, 1970-1992 », Cahiers de recherche sociologique, nos 18-19, 155-183.

LAROUCHE, Jacques (1998). « La fermeture de neuf hôpitaux de Montréal : gestion d'une crise appréhendée », Gestion, vol. 23, no. 1, printemps, pp. 34-41.

LASVERGAS, Isabelle (1986). « La théorie et la compréhension du social », dans Benoît GAUTHIER (sous la direction de), *Recherche sociale : de la pensée sociale à la recherche des données*.

LAWRENCE, P. R. et J. W. LORSCH (1967). *Organization and Environment*. Homewood, Ill., R. D. Irwin, 1967.

LAZES, Peter et Jane Savage (1996). « A union strategy for saving jobs and enhancing workplace democracy », *Labor Studies Journal*, vol. 21, no. 2, pp. 96-121.

L'ÉCUYER, René (1987). "L'analyse de contenu: notion et étapes", dans Jean-Pierre DESLAURIERS (sous la direction de), *Les méthodes de la recherche qualitative*, *op.cit.*

LEGENDRE, Camille (1986). *Etat des recherches sur l'impact des nouvelles technologies informatiques sur le travail et la gestion des organisations dans divers centres de recherche américains. Rapport de recherche*, Centre canadien de recherche sur l'informatisation du travail, Ministère des Communications du Canada, Laval, Qc.

LEGENDRE, Camille (1991). "Technologie, politique de gestion et dynamique des rapports sociaux organisationnels dans trois papetières au Québec", *Sociologie et sociétés*, XXIII, 2, automne, 199-215.

LEGENDRE, Camille et Jacques DOFNY (1982). *Catastrophe dans une mine d'or. Etude sur le milieu minier québécois*. Montréal, Commission d'enquête sur la tragédie de la mine Belmoral et Conseil exécutif du Gouvernement du Québec, 186 pages.

LEGENDRE, Camille (1987). "When Your Time Has Come... Gold Miners' Views of Occupational Hazards", in Robert ARGUE, Charlene GANAGE et D. W. LEVINGSTONE (dir.), *Working People and Hard Times: Canadian Perspectives*. Toronto, Garamond Press, pp. 46-59.

LEGENDRE, Camille (1986). *Le retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite. Un programme rendu à maturité?*, Montréal, Confédération des syndicats nationaux (CSN), rapport de recherche, 270 pages.

LEGENDRE, Camille et Denis HARRISSON (1998). « Etude sur l'impact du mode de gestion des changements technologiques et organisationnels sur la santé et la sécurité du travail dans la fabrication de produits en métal et de produits électriques et électroniques. », IRSST, 52 pages.

LEVY, Sidney M. (1994). *Project Management in Construction*. Second Edition. New York, McGraw-Hill.

LORIOT, J. et autres (1989). "Le médecin du travail face aux technologies nouvelles", *Archives des maladies professionnelles, de médecine du travail et de sécurité sociale*, 50, 2, 139-148.

LOWE, Graham S. (2000). *The Quality of Work: a People-Centered Agenda*. Don Mills, Ont., Oxford University Press.

LOWE, Graham S. et Harvey J. KRAHN (1998). *Work, Industry, and Canadian Society*. Toronto, ITP Nelson.

MAINGUENEAU, D. (1976). *Initiation aux méthodes de l'analyse du discours*. Paris, Hachette.

MAJCHRZAK, Ann (1988). *The Human Side of Factory Automation*. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.

MAROY, Christian et Bernard FUSULIER (1997). « Espace social de l'entreprise et logiques d'action ouvrières », *Relations Industrielles*, vol. 52, no. 2, pp. 401-429.

MARTIN, Didier et P. ROYER-RASTOLL (s.l.dir.)

(1990). *Représentations sociales et pratiques quotidiennes*. Paris, L'Harmattan.

MAURICE, Marc (1980). « Le déterminisme technologique dans la sociologie du travail (1955-1980). Un changement de paradigme », *Sociologie du travail*, vol. XXII, no 1, pp. 22-37.

MILLER, Danny, Royston GREENWOOD et Bob HININGS (1999). "Miser sur le chaos créateur ou évoluer dans la continuité. Le schisme entre les perspectives normative et universitaire du changement organisationnel », *Gestion*, vol. 24, no. 3, automne, pp. 158-166.

MILLER, Joanne (1988). "Jobs and Work", in Neil J. SMELSER (ed.), *Handbook of Sociology*, Beverly Hills, Cal., SAGE Publications, Ch. 10, 327-359.

MINTZBERG, Henry (1979). « An emerging strategy of direct research », *Administrative Science Quarterly*, No 24, pp. 582-589.

MINTZBERG, Henry (1986). *Structure et dynamique des organisations*. Montréal, Editions Agence d'ARC.

MINTZBERG, Henry, Bruce AHLSTRAND et Joseph LAMPEL (1999). "Transformer l'entreprise", *Gestion*, vol. 24, no. 3, automne, pp. 122-130.

MOLINER, Pascal (1995). "Noyau central, principes organisateurs et modèle bi-dimensionnel des représentations sociales, vers une intégration théorique", *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, No 29: 44-56.

MOLINER, Pascal (1996). *Images et représentations sociales. De la théorie des représentations à l'étude des images sociales*. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

MOLINER, Pascal (2000). « Étudier pour quoi faire? », dans Catherine GARNIER et Michel-Louis ROUQUETTE (sous la direction de), *op. cit.*, pp. 79-92.

MTLP Management Inc. (1999). Diagnostic sectoriel de main-d'œuvre de l'industrie des services automobiles au Québec. Montréal, Comité sectoriel de main-d'œuvre de l'industrie des services automobiles, 165 pages plus les annexes.

NICHOLS, Terry (1997). *The Sociology of Industrial Injury*. London, Mansell.

NICHOLS, Theo (1998). "Review article. Health and Safety at Work", *Work, Employment and Society*, vol. 12, no. 2, June: 367-374.

Objectif prévention, revue de l'ASSTSAS.

OUIMET, G. et Y. DUFOUR (1997). « Vivre et gérer le changement ensemble? », *Revue française de gestion*, No 113, mars-avril-mai.

POULIN, Sylvie (1993). Étude du sous-secteur de l'administration municipale dans le but d'orienter l'intervention du centre de santé publique de la région 03. Québec, Centre de santé publique région de Québec et Département de médecine sociale et préventive, Université Laval, 166 pages.

PRÉVENTEX, Association sectorielle paritaire secteur textile, *Rapport d'activités*, Exercice 1995, 1996, 1997.

PROVENCHER, Mireille (1993). La relation entre la santé et la culture organisationnelle à partir des représentations sociales de la santé chez les travailleurs dans le cadre d'un programme participatif de santé préventive en milieu de travail. Montréal, UQAM, thèse de doctorat en éducation.

QUIVY, Raymond et Luc VAN CAMPENHOUDT (1988). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris, DUNOD, 271 pages.

RAMOGNINO, Nicole (1984). « Questions sur l'usage de la notion de représentation en sociologie », dans Claire BLAISE et Bernard SCHIELE (sous la direction de), *Les savoirs dans les pratiques quotidiennes*. Paris, Éditions du CNRS.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre (1999). *Le défi de l'accès. Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002*. Montréal, 36 pages.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Montréal-Centre (1998). *Le défi de l'accès. Plan d'amélioration des services de santé et des services sociaux 1998-2002*. Montréal, 128 pages.

REDMAN, Tom (1999). « Managing strategic change through TQM: Learning from failure », *New Technology, Work, and Employment*, vol. 14, March 1999, pp. 45-62.

REMY, Jean (1990). *Méthodes d'analyse de contenu et sociologie*. Bruxelles, Facultés universitaires Saint-Louis.

REYNAUD, Jean-Daniel (1991). "Pour une sociologie de la régulation sociale", *Sociologie et sociétés*, XXIII, 2, automne, 13-26.

RIPON, A. (1984). « L'étude des représentations en psychologie du travail : la représentation du travail et de l'emploi », *Psychologie du travail*, 15-16.

RITZ, George J. (1994). *Total Construction Project Management*. New York, McGraw-Hill.

RONDEAU, Alain (1999). « Transformer l'organisation. Vers un modèle de mise en œuvre », *Gestion*, vol. 24, no. 3, automne, pp. 148-157.

RONDEAU, Alain (1999). « Transformer l'organisation. Comprendre les forces qui façonnent l'organisation et le travail », *Gestion*, vol. 24, no. 3, automne, pp. 12-19.

ROUQUETTE, Michel-Louis et Catherine GARNIER (1999). *La genèse des représentations sociales*. Montréal, Éditions Nouvelles.

ROUQUETTE, Michel-Louis et X. RATEAU (1999). *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Grenoble, Presses Universitaires de Grenoble.

ROUQUETTE, Michel-Louis (2000). « Représentations et pratiques sociales : une analyse théorique », dans Catherine GARNIER et Michel-Louis ROUQUETTE (sous la direction de), *op. cit.*, pp. 133-142.

SALMASO, P. et L. POMBENI (1986). "Le concept de travail", dans W. DOISE et A. PALMONARI (sous la direction de.), *L'étude des représentations sociales*, Paris, Delachaux et Niestlée, pp. 196-207.

SASS, Robert (1996). "A Message to the Labor Movement: Stop and Think!" *International Journal of Health Services*, 26, 4: 595-609.

SAUVÉ, Lucie et Catherine GARNIER (2000). « Une phénoménologie de l'environnement : réflexions théoriques et méthodologiques sur l'analyse des représentations sociales », dans Catherine GARNIER et Michel-Louis ROUQUETTE (sous la direction de), *op. cit.*, pp. 211-234.

SCHANN, J. L., C. NAVARRE, et A. DOUCET (1986). "Où en est la gestion de projets, aujourd'hui? Essai de modélisation", *P.M.O. Revue de gestion des petites et moyennes organisations*, 1, 6, 39-45.

SIMARD, Marcel (1994). « Les maladies professionnelles et les accidents du travail », dans Fernand DUMONT, Simon LANGLOIS et Yves MARTIN (sous la direction de), *Traité des problèmes sociaux*, Québec, IQRC. Pp. 147-164.

SIMARD, Marcel, Alain MARCHAND, et Michel BROSSARD (1988). *Les contremaîtres et la prévention des accidents du travail en contexte de participation des travailleurs*. Groupe de

recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et en sécurité du travail (GRASP), Université de Montréal, 197 p.

SIMARD, Marcel, Christian LEVESQUE, et D. BOUTEILLER (1988). L'efficacité en gestion de la sécurité du travail: principaux résultats d'une recherche dans l'industrie manufacturière. Groupe de recherche sur les aspects sociaux de la prévention en santé et sécurité du travail (GRASP), Université de Montréal, 79 p.

SINGÉRY, Jacky (1994). "Représentations sociales et projet de changement technologique en entreprise", dans Jean-Claude ABRIC (sous la direction de), *Pratiques sociales et Représentations*, Paris, Presses Universitaires de France. Ch. 7, pp. 179-216.

STOREY, John et Alan HARRISON (1999). "Coping with world class manufacturing", *Work, Employment & Society*, vol. 13, no. 4, pp. 643-664.

ST-VINCENT, Marie (1995). Analyse des accidents survenus durant une année dans trois centres hospitaliers. Montréal, IRSST, Rapport R-093, 85 pages.

THE GAZETTE (2000). « Globalization has its dark side: adviser. Stress-linked problems up sharply, report for productivity and mental-health conference says », Tuesday, October 10, p. D7

THE GLOBE AND MAIL (2000). "Mental-health disability claims on the rise. Changes in workplace seen as major cause", Friday, February 25.

TREMBLAY, Marc-Adélar (1982). "L'anthropologie de la santé en tant que représentation", dans Fernand DUMONT et Yves MARTIN (sous la direction de), *Imaginaire social et représentations collectives*. Québec, Les Presses de l'Université Laval. Pp. 253-273.

Van MAANEN, John (sous la direction de) (1998). *Qualitative Studies of Organizations*. Thousand Oaks, Cal., Sage Publications.

VERGES, Pierre "Une possible méthodologie pour l'approche des représentations économiques », *Communication-Information*, vol. VI, No 2/3, pp. 375-396.

WESTLEY, Frances R. (1990). "The eye of the needle: cultural and personal transformation in a traditional organization", *Human Relations*, 43, 3, 273-293.

WHYTE, William Foote (1990). "The new manufacturing organization: problems and opportunities for employee involvement and collective bargaining", *National Productivity Review*, 9, 3, 337-348.

YIN, Robert K. (1989). *Case Study Research: Design and Method*. Beverly Hills, CA, Sage Publications.

ZUBOFF, Shoshana (1988). *In the Age of the Smart Machine*. New York, Basic Books.