

Contexte de travail et SST

Études et recherches

RAPPORT R-647



Conditions et processus de changement lors d'interventions externes en SST Élaboration d'outils pour les praticiens

*Geneviève Baril-Gingras
Marie Bellemare
Pierre Poulin
Julie Ross*



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 : 978-2-89631-450-8 (version imprimée)
ISBN : 978-2-89631-451-5 (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-647

Conditions et processus de changement lors d'interventions externes en SST Élaboration d'outils pour les praticiens

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.

*Geneviève Baril-Gingras, Marie Bellemare,
Pierre Poulin et Julie Ross*

Département des relations industrielles, Université Laval

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'IRSST

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

REMERCIEMENTS

Les auteurs adressent de très sincères remerciements aux intervenant-e-s ayant participé au groupe de travail qui a mis à l'essai les outils dont il est question dans ce rapport. Ils et elles ont été d'une grande générosité en acceptant de partager leur riche expérience d'intervention, leurs réflexions, leurs trucs et leurs dilemmes. Ils et elles font preuve, au quotidien et sur le terrain, d'une profonde volonté de contribuer à l'amélioration des conditions de santé et de sécurité du travail au Québec et déploient pour ce faire une énergie et une créativité qui suscitent toute notre admiration. Pour assurer la confidentialité des cas d'intervention au cours desquels les outils ont été mis à l'essai, ces intervenants ne peuvent malheureusement être nommés.

Les auteurs tiennent également à remercier les directions des organismes participants (trois associations sectorielles paritaires et trois équipes de santé au travail du réseau public québécois) pour leur collaboration, qui ont accepté de libérer les membres du groupe de travail et ont cru à la démarche. Les auteurs ont apprécié leurs commentaires éclairés et constructifs, comme ceux des autres membres du comité de suivi, chercheurs ou représentants d'organismes professionnels en SST.

Lyse Langlois, professeure au Département des relations industrielles de l'Université Laval, spécialisée en éthique, nous a apporté des conseils précieux quant à l'organisation d'échanges entre les praticiens membres du groupe de travail en ce qui concerne les enjeux éthiques des interventions. Nous l'en remercions.

Les auteurs remercient de plus Élise Ledoux, chercheure à l'IRSST et chargée de cours à la maîtrise professionnelle en ergonomie de l'Université du Québec à Montréal, qui a fait l'essai de l'Outil d'analyse du contexte avec un groupe d'étudiants à l'hiver 2007. Les commentaires ont été utiles et appréciés. De même, les auteurs remercient François Daniellou dont les commentaires ont permis de distinguer un peu mieux distinguer un peu mieux les interventions en réponse à un problème de celles qui accompagnent un projet.

Catherine Lachance, alors étudiante au MBA en gestion de la SST a mis en forme une première version de certains outils. Catherine Le Capitaine, alors doctorante en relations industrielles, a produit des comptes-rendus et des analyses de certaines des rencontres du groupe de travail. Mireille Duranleau a procédé à la révision linguistique du rapport. Elles ont toutes trois notre gratitude pour la qualité de leur travail. Mélissa Breault, secrétaire de gestion au Département des relations industrielles de l'Université Laval, a été d'une aide plus qu'appréciable pour la mise en page des documents. Finalement, les auteurs remercient l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail pour la subvention ayant permis la réalisation de la recherche et du recueil d'outils.

Les auteurs demeurent seuls responsables du contenu de ce rapport et du recueil d'outils.

Dans ce document, le masculin est utilisé sans discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

SOMMAIRE

L'intervention externe en santé et en sécurité du travail (SST) a une contribution importante à l'organisation de la prévention à l'échelle des lieux de travail. De ce fait, la compréhension des facteurs influençant les effets des interventions en SST est devenue une préoccupation importante au cours de la dernière décennie. Cependant, les résultats des études à ce sujet sont généralement peu accessibles aux intervenants et donc difficilement transférés dans leur pratique. La définition des problèmes qui donnent lieu à des interventions s'appuie sur les connaissances en médecine du travail, en hygiène du travail, en ergonomie, en génie, etc. Toutefois, les intervenants prennent aussi en compte le contexte du milieu de travail, pour comprendre ce qui peut expliquer que le problème en question soit présent et n'ait pas été traité adéquatement auparavant, ainsi que les leviers et les obstacles à la prévention. Or, la compréhension de ces dimensions sociales et organisationnelles des interventions en SST est moins développée par les disciplines énumérées précédemment. Elle est aussi moins bien formalisée et, de ce fait, moins bien intégrée dans la formation des professionnels de la SST. Au cours d'une recherche antérieure (Baril-Gingras et coll. 2004), un modèle d'analyse des interventions à visée préventive en santé et en sécurité du travail (SST) a été développé, permettant de déceler différents éléments contribuant à expliquer la production de changements en milieu de travail, au cours de ces interventions. Le présent rapport fait état d'une activité visant à valoriser les résultats de cette recherche en élaborant des outils pour les intervenants externes en SST. Le rapport expose la problématique ayant mené à l'élaboration de ces outils, par un survol des écrits sur le rôle du contexte et du processus des interventions. Le rapport fait ensuite état du cadre théorique de l'étude, basé sur le modèle d'analyse des interventions élaboré au cours de l'étude précédente. Il expose les fondements méthodologiques de cette activité, puis la démarche adoptée pour l'élaboration et la validation des outils, d'abord de manière générale, puis pour chacun de ceux-ci. Les outils ont ainsi été conçus en collaboration avec un groupe de 14 intervenants en SST, provenant de trois associations sectorielles paritaires en SST et de trois équipes de santé au travail du réseau public québécois. Ces derniers ont testé différentes versions des outils lors de 27 interventions, pour lesquelles ils ont entre autres complété 241 journaux de bord. Les outils complétés, les commentaires des participants et les échanges structurés visant à formaliser leurs savoirs d'expérience, par différents procédés, ont constitué le matériel à partir duquel les outils ont été révisés et les documents d'accompagnement élaborés. Le rapport présente sommairement les résultats de cette activité de valorisation, soit quatre outils et les documents qui les accompagnent. Les quatre outils font l'objet d'une publication distincte de ce rapport, dans un recueil qui contient six documents : 1- la présentation de l'ensemble du recueil; 2- un outil de suivi de l'intervention au jour le jour (le Journal de bord) et son guide; 3- un outil d'analyse du contexte de l'intervention et un guide rassemblant les questions que les intervenants peuvent se poser pour « lire » ce contexte; 4- un outil de planification de l'intervention (la Feuille de route) et son guide; 5- un outil de bilan de l'intervention, également accompagné d'un guide; 6- un référentiel accompagnant l'ensemble des outils, qui fournit des principes issus de la pratique et des trucs de métier; il évoque des dilemmes éthiques et des problèmes possibles et fournit des exemples d'interventions où ces principes, trucs et difficultés sont en jeu. La portée et les limites de ces outils sont ensuite examinées, et les retombées possibles évoquées. On présente deux propositions quant au cadre dans lequel les outils pourront être utilisés : pour l'encadrement de nouveaux intervenants externes en SST, et pour les échanges structurés entre intervenants, à des fins de développement professionnel.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	I
SOMMAIRE	III
1. INTRODUCTION.....	1
2. PROBLÉMATIQUE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES	2
2.1 Problématique	2
2.2 État des connaissances.....	3
2.2.1 Le rôle du contexte.....	3
2.2.2 Le rôle du processus et du contenu des interventions.....	4
2.2.3 L'étude précédente : comment le contexte et le processus de l'intervention influencent-ils ses effets intermédiaires?	5
2.3 Intérêt d'outils d'analyse des dimensions sociales et organisationnelles des interventions, pour les praticiens.....	9
2.4 Objectifs de l'activité de valorisation.....	11
3. CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE.....	13
3.1 Cadre théorique : un modèle d'analyse des interventions	13
3.2 Cadre méthodologique.....	15
3.2.1 Un modèle et des outils non prescriptifs.....	16
3.2.2 Des critères de base, pour guider la réflexion.....	17
3.2.3 Des principes méthodologiques issus de l'analyse de l'activité	19
3.3 Démarche générale d'élaboration des outils.....	21
3.3.1 Composition et fonctionnement du groupe de travail.....	21
3.3.2 Activités réalisées par les membres du groupe de travail	22
3.3.3 Matériaux recueillis et analysés	22
3.3.4 Méthodes d'analyse des matériaux	24
3.3.5 Comité de suivi	25
4. MÉTHODOLOGIE SPÉCIFIQUE À CHACUN DES OUTILS ET RÉSULTATS DE L'ÉLABORATION.....	27
4.1 Le « Journal de bord ».....	29
4.1.1 Méthodologie spécifique d'élaboration et de validation.....	29

4.1.2	Contenu	29
4.2	La « Fiche synthèse de l'analyse du contexte » et le guide pour l'analyse du contexte	30
4.2.1	Méthodologie spécifique d'élaboration et de validation.....	30
4.2.2	Contenu	31
4.3	La « Feuille de route », le guide l'accompagnant et le Référentiel de l'ensemble des outils	34
4.3.1	Méthodologie spécifique d'élaboration et de validation.....	34
4.3.2	Contenu	37
4.4	L'« Outil de bilan de l'intervention ».....	40
4.4.1	Méthodologie spécifique d'élaboration et de validation.....	41
4.4.2	Contenu	41
5.	DISCUSSION.....	43
5.1	Portée des outils élaborés	43
5.2	Applicabilité des résultats dans les organismes de prévention	44
5.3	Limites des résultats	47
6.	CONCLUSION	48
7.	BIBLIOGRAPHIE.....	49
8.	LISTE DES ARTICLES ET COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES PRODUITS DANS LE CONTEXTE DU PROJET.....	57
8.1	Articles publiés dans des comptes-rendus de conférences ou congrès scientifiques.	57
8.2	Article publié dans des comptes-rendus de conférences ou congrès professionnels.	57
8.3	Résumé dans des comptes-rendus de conférence ou congrès scientifiques	57
8.4	Communications	57
9.	ANNEXES.....	59
	Annexe 1 : L'étude précédente : résumé de la méthodologie et des résultats	60
	1. Résumé de la méthodologie de l'étude précédente.....	60
	2. Sommaire des résultats de l'étude précédente	60
	Annexe 2 : Les outils existants	70

Annexe 3 : Charte des valeurs et des rôles adoptée par le groupe de travail.....	73
Annexe 4 : Activités du groupe de travail pour l'élaboration et la validation des outils et documents d'accompagnement.....	76
Annexe 5 : Critères de sélection des cas d'intervention transmis aux participants au groupe de travail	86
Annexe 6 : Caractéristiques des établissements et des interventions pour lesquels des outils ont été complétés	89
Annexe 7 : Les outils.....	92
Annexe 7.1 : Le Journal de bord.....	93
Annexe 7.2 : L'outil d'analyse du contexte	95
Annexe 7.3 : La Feuille de route.....	103
Annexe 7.4 : L'outil de bilan	111

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 -	Thèmes abordés par l'Outils d'analyse du contexte et questions pour dresser un état de la situation	32
Tableau 2 -	Vue d'ensemble de l'outil d'analyse du contexte.....	33
Tableau 3 -	Grille d'analyse des matériaux pour l'identification des questions et principes guidant l'action des intervenants, puis pour leur discussion par le groupe de travail	36

LISTE DES FIGURES

Figure 1 -	Le modèle d'analyse des interventions	14
Figure 2 -	L'articulation entre les différents outils.....	28

1. INTRODUCTION

Dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail (SST), la compréhension des problèmes qui donneront lieu à des interventions s'appuie sur les connaissances issues de disciplines comme la médecine du travail, l'hygiène du travail, l'ergonomie, le génie, etc. Cependant, les intervenants prennent aussi en compte le contexte du milieu de travail pour comprendre ce qui peut expliquer que le problème en question soit présent et n'ait pas été traité adéquatement auparavant, ainsi que les leviers et les obstacles à la prévention. La compréhension de ces dimensions sociales et organisationnelles des interventions en SST est moins développée par les disciplines énumérées précédemment. Elle est aussi moins bien formalisée, moins bien intégrée dans la formation des professionnels de la SST. Or, des savoirs d'expérience, développés par les praticiens, n'en existent pas moins. Leur formalisation peut ainsi être d'un apport important à la recherche sur l'intervention en SST, comme pourrait l'être pour les praticiens, le transfert, sous une forme appropriée, des résultats de la recherche.

Ce rapport expose la problématique qui a mené à l'élaboration d'un recueil d'outils portant sur les dimensions sociales et organisationnelles de l'intervention, destiné aux intervenants externes en SST, et la démarche méthodologique adoptée pour ce faire. Il présente sommairement les résultats de cette activité de valorisation, soit quatre outils et les documents qui les accompagnent. La portée et les limites de ces outils sont ensuite examinées, et les retombées possibles évoquées. Rappelons que l'activité de recherche décrite dans le présent document se veut une valorisation d'un modèle développé au cours d'une recherche antérieure (Baril-Gingras et coll., 2004, Baril-Gingras, 2003), de même que de ses résultats.

Ces outils ont ainsi été mis au point par une équipe de recherche, en collaboration avec un groupe d'intervenants en SST, provenant d'associations sectorielles paritaires en SST et d'équipes de santé au travail du réseau public québécois.

Le recueil, qui fait l'objet d'une publication distincte de ce rapport (Baril-Gingras et coll., à paraître) contient quatre outils, soit :

- Le « Journal de bord », soit un outil de suivi en cours d'intervention qui peut être utilisé dès le premier contact avec le milieu de travail (partie 2 du recueil);
- Un « Outil d'analyse du contexte » de l'intervention qui permet de faire le point sur les aspects sociaux et organisationnels afin de déterminer les leviers et les obstacles à l'intervention (partie 3 du recueil);
- La « Feuille de route », soit un outil de définition et de planification de l'intervention, pour y intégrer l'action sur les dimensions socio-organisationnelles des problèmes de SST (partie 4 du recueil);
- Un « Outil de bilan » de l'intervention permettant de faire le point sur les résultats obtenus (partie 5 du recueil).

Chaque outil est accompagné d'un guide qui contient une description de ses objectifs, l'outil lui-même, des indications sur son utilisation (quand, comment) et des questions pour aider à compléter chacune des sections.

Finalement, ce recueil contient aussi un « Référentiel pour l'intervention externe en SST » (partie 6 du recueil). Il décrit, entre autres, une série de principes tirés de la pratique des intervenants ayant participé à l'élaboration de ces outils. Il fournit non seulement des questions pour guider l'action, mais également des principes issus de la pratique d'intervenants externes en SST et des trucs de métier; il évoque des dilemmes éthiques et des problèmes possibles et fournit des exemples d'interventions où ces principes, ces trucs et ces difficultés sont en jeu.

2. PROBLÉMATIQUE ET ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1 Problématique

La prévention dans le domaine de la SST requiert, d'une part, des compétences spécialisées sur les risques et les moyens de prévention et, d'autre part, la connaissance du milieu de travail, qui favorise l'intégration des critères de santé et de sécurité à diverses fonctions de l'organisation et par ses différents acteurs. Cela peut amener des employeurs à recourir à des ressources externes, à la fois pour assurer la présence de ces compétences spécialisées et pour assister l'intégration dans les activités de l'organisation. Dans de nombreux pays industrialisés, le système de prévention en santé et en sécurité du travail mis en place par l'État reconnaît le besoin d'assurer l'accès à des ressources spécialisées, dédiées à la prévention, à l'interne et/ou à l'externe, par exemple sous forme de conseil¹, en plus du rôle dédié à l'inspectat.

Les intervenants externes en SST peuvent donc se trouver dans différents types de relations avec les milieux de travail : relation mandatée par la loi (par exemple, pour l'élaboration du programme de santé prévu par la LSST), relation de conseil volontaire (comme pour les associations sectorielles paritaires), relation de recherche ou de recherche-action, relation commerciale². Quelle que soit cette relation, l'action de ces intervenants externes en SST possède une dimension scientifique et technique; la formation initiale et la formation continue préparent les praticiens à bien la maîtriser, mais les problèmes de santé et de sécurité du travail ont aussi une dimension sociale et organisationnelle qui influence grandement l'issue des interventions dans les milieux de travail. Les habiletés à cet égard sont encore aujourd'hui moins formalisées, donc moins facilement enseignées, transférées et discutées; l'efficacité relative de différentes stratégies est ainsi moins facilement validée. Le fait que ces habiletés « stratégiques » soient moins formalisées et moins facilement partagées devient plus problématique alors que de nombreux départs à la retraite s'annoncent dans les organismes de prévention en SST au Québec.

¹ La forme prise par cette fonction est cependant très variable (Walters 1996, Westerholm et coll., 2000) : ces services peuvent être de recours volontaire ou obligatoire, détenir un mandat préventif et curatif à la fois, posséder un caractère national ou sectoriel, bénéficier d'un financement obligatoire par les employeurs, ou être utilisés sur une base commerciale, être à but lucratif ou non lucratif, administrés par des structures bipartites (représentants des associations patronales et syndicales) ou tripartites (comprenant des représentants de l'État), ou comme des organismes indépendants.

² Les outils sont basés sur l'expérience d'intervenants dans une relation non commerciale.

2.2 État des connaissances

Au cours des dernières années, l'intérêt pour l'évaluation des effets des interventions préventives en santé et en sécurité du travail s'est accru, entre autres quant à la prévention des troubles musculo-squelettiques (TMS) (Zwerling et coll. 1997, p. 164; Goldenhar et Schulte 1994, p. 763; Volinn 1999, p. 258-259; Rosenstock et Lee 2002). Cela a mené à la publication de revues des écrits sur les effets des interventions en SST en général (ex : Guastello 1993, Goldenhar et Schulte 1994, Cohen et Colligan 1998) et des interventions visant la prévention des TMS en particulier (ex : Karsh et coll. 2001). On a vu également la formulation de diverses propositions méthodologiques visant l'amélioration de la qualité des études sur les interventions (ex : Shannon et coll. 1999, Robson et coll. 2001). Divers auteurs suggèrent ainsi que des informations qualitatives soient recueillies à l'occasion d'études portant sur les interventions en SST (ex : Robson et coll. 2001).

Or, les études sur les interventions en SST rencontrent encore certaines difficultés pour tenir compte des dimensions sociales et organisationnelles des interventions. Ce ne sont pas toutes les études qui intègrent ces dimensions. À l'échelle de l'ensemble des études sur les interventions en SST, la nature et la qualité des informations qualitatives qu'on retrouve dans ces études sont encore très variables : par exemple, dans une revue systématique des études d'intervention sur la prévention des TMS, Denis et coll. (2005) constatent que, dans les revues des écrits (ou méta-analyses) antérieures à la leur, « rien n'est dit sur la démarche d'intervention qui permet d'en arriver jusqu'aux transformations des situations de travail » (p. 2). Les quelques résultats qui concernent l'influence du contexte du milieu de travail ou du processus de l'intervention sont très éclairants; ils demeurent souvent peu accessibles aux intervenants et sont alors difficilement pris en compte dans leur pratique.

Malgré tout, on peut noter qu'au Québec, peut-être plus qu'ailleurs, divers travaux témoignent d'une préoccupation croissante pour la compréhension de la dynamique des interventions et leurs facteurs d'efficacité, que ce soit celles des équipes de santé au travail dans le cadre des programmes de santé prévus par la Loi québécoise sur la santé et la sécurité du travail (voir Berthelette 1990, Berthelette et Pineault 1992 et Allard 1996) ou celles d'ASP (ex : Lemire 1996, Allard et coll. 1999, Vézina et coll. 1998).

2.2.1 Le rôle du contexte

Ainsi, quant au rôle du contexte par exemple, les praticiens savent bien que les effets de leur action varient considérablement selon le milieu de travail. Par exemple, dans le cadre du Programme (volontaire) d'intervention sur les troubles musculo-squelettiques de la CSST, au Québec, une partie des établissements initialement engagés (38 sur 73, soit 52 %) n'ont pas complété la démarche proposée (Archer 2001). Des travaux réalisés au Québec se sont intéressés au rôle de ce contexte propre à l'établissement, soit quant à l'implantation de l'intervention, soit quant à ses effets : par exemple, Saari et coll. (1993) éclairent les variations dans l'implantation de la formation au système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT) donnée par une ASP, variations qui découlent des choix faits par l'établissement et qui sont susceptibles d'influencer fortement l'efficacité de la formation; Lemire (1996) met en évidence l'influence des caractéristiques de l'établissement (par exemple, la présence d'un

comité de SST, celle d'un syndicat) sur les effets d'un programme d'une ASP; Carpentier-Roy et coll. (2001) font état des adaptations qu'amène l'intervention dans les petits établissements, pour les équipes de santé au travail. Il est certainement utile de connaître les obstacles rencontrés par les intervenants et les stratégies alors développées. En effet, les intervenants tentent alors d'adapter le processus de l'intervention aux différents contextes de manière à maximiser les retombées possibles.

2.2.2 Le rôle du processus et du contenu des interventions

Quant au rôle du processus, on soulignera seulement les débats associés à la pertinence, selon le contexte, des approches « expertes » versus « participatives », ou tous les efforts consacrés à la définition de méthodes favorisant l'expression de leur savoir pratique par les salariés. Des travaux québécois portent plus particulièrement sur les caractéristiques des interventions elles-mêmes. Ils s'intéressent par exemple à l'efficacité de différentes modalités ou méthodes utilisées (ex. : St-Vincent et coll. 1996, Montreuil et coll. 2001, Bellemare et coll. 2002, Denis et coll. 2005) ou aux effets des variations dans l'implantation (Berthelette et Pineault, 1992). Par exemple, la recension des études scientifiques réalisée par Denis et coll. (2005) quant aux pratiques d'intervention en prévention des TMS (47 études) montre une relation entre le type d'intervention (complète, écourtée ou clé en main) et les transformations consécutives. De tels travaux permettent d'entrouvrir la « boîte noire » de l'intervention. Goldenhar et Schulte (1994), Zwerling et coll. (1997) et Shannon et coll. (1999) constatent en effet l'insuffisance des connaissances actuelles sur le processus et les mécanismes qui permettent aux interventions de produire les effets escomptés.

L'importance de la description fine du contenu même des interventions (les propositions de changement) est également soulignée par des travaux récents sur la prévention des TMS. Par exemple, en recensant 101 études ergonomiques rapportant des interventions visant la prévention des TMS, Karsh et coll. (2001, p. 85) montrent que les interventions les plus efficaces sont celles qui combinent différentes composantes (action sur les outils et/ou la technologie, formation, exercices, etc.). La conclusion à l'effet que les interventions à composantes multiples sont plus efficaces est également tirée par Silverstein et Clark (2004), sur la base d'une revue systématique des travaux plus récents.

Finalement, l'intérêt de documenter l'implantation réelle de l'intervention (ex. : Toutes les mesures prévues ont-elles été mises en œuvre? Les conditions demandées étaient-elles présentes?) est, entre autres, illustrée par la revue des études évaluatives publiées en anglais (138 études recensées) sur la formation en matière de SST, réalisée par Cohen et Colligan (1998). Certaines des études recensées indiquent que la formation n'amène pas de résultats positifs ou seulement des résultats partiels : la plupart d'entre elles concernent des risques classés comme étant de nature ergonomique, associés aux maux de dos et autres TMS. Ces résultats découleraient de difficultés à mettre en œuvre les méthodes de travail exposées lors de la formation en situation réelle. Les obstacles relèvent de l'aménagement, de l'organisation du travail, etc. Lorsque la formation est accompagnée de mesures ergonomiques (ex. : aménagement, conception d'outils), ces interventions sont parmi celles qui génèrent les résultats les plus importants quant à la réduction de la fréquence des lésions et à leur coût (p. 29).

Ce survol des écrits portant sur le rôle du contexte et du processus d'intervention met en évidence l'importance de ces facteurs encore trop peu examinés par les études sur les interventions. Ils étaient au cœur d'une étude précédente, à l'origine de l'activité de valorisation dont ce rapport fait état.

2.2.3 L'étude précédente : comment le contexte et le processus de l'intervention influencent-ils ses effets intermédiaires?

Comme on le verra maintenant, l'étude précédente (Baril-Gingras et coll., 2004) a confirmé certains résultats d'études antérieures et a aussi permis de tirer des conclusions originales quant aux deux thèmes traités par les divers travaux que l'on vient d'évoquer, soit *le rôle du contexte de l'établissement* et celui *des caractéristiques de l'intervention elle-même* dans la production de changements visant la prévention. L'annexe 1 présente un résumé de la méthodologie de l'étude précédente, soit une analyse de cas multiples d'interventions de conseillers d'associations sectorielles paritaires, par des observations et entrevues. Cette étude antérieure avait donné lieu à une revue des écrits sur les dimensions sociales et organisationnelles des interventions en SST, à jour à la fin de l'année 2002. En parallèle à l'activité dont le rapport est présenté ici, nous avons entrepris une mise à jour de cette revue des écrits, sur la base d'un financement d'une autre source, et dont il n'est pas possible de rendre compte ici. Cependant, ce qui se retrouve dans les documents produits au cours de la présente activité de valorisation est cohérent avec les résultats de la revue des écrits antérieure, et avec sa mise à jour.

Par ailleurs, l'étude précédente a permis d'élaborer un modèle qui facilite l'organisation des résultats d'un ensemble de travaux antérieurs, de manière à les rendre plus facilement accessibles aux intervenants en prévention, et à ce qu'ils puissent ainsi les transférer dans leur pratique pour en assurer la plus grande efficacité en prévention. Ce modèle sera exposé dans la section 3 de ce rapport, puisqu'il a constitué le cadre théorique de la présente activité.

On évoquera donc maintenant quelques-uns des résultats de l'activité précédente. On insistera en particulier (*en italique*) sur l'intérêt qu'ils pouvaient représenter pour la pratique de l'intervention elle-même, et sur les questions que ces résultats inspiraient et qu'il apparaissait intéressant d'intégrer dans des outils pratiques destinés cette fois aux praticiens et non à des chercheurs. Ces outils visent à aider les intervenants à analyser le contexte des milieux de travail, à formaliser leurs choix quant aux modalités (ou processus) d'interventions, et à comprendre les effets des interventions. L'exposé est donc centré sur la manière dont ces résultats pouvaient servir de base à l'élaboration de divers outils d'analyse et d'aide à la décision dans les interventions. On notera qu'on ne parle pas ici d'outils prescriptifs : il ne s'agit pas de construire une démarche d'intervention à partir de ces résultats, mais d'en extraire un questionnement structuré, visant la formalisation de la pratique et pouvant ainsi mener à son enrichissement. Les lecteurs intéressés pourront trouver en annexe 1 un exposé un peu plus élaboré des résultats, et consulter le rapport de recherche (Baril-Gingras et coll. 2004) et les autres publications associées à cette étude (Baril-Gingras et coll. 2006 a, 2006 b et 2007).

L'influence de la genèse ou de l'origine des interventions

L'étude précédente a donc permis de préciser les rôles types joués par différents acteurs internes (concernés, relais, « portiers » décideurs) dans le processus qui mène à une intervention. Elle a mis en évidence les caractéristiques organisationnelles (capacités) et les enjeux (dispositions) qui sont favorables à la genèse d'interventions (comme l'association entre des problèmes de SST et des dysfonctionnements dans les opérations). Or, ces enjeux ne sont pas systématiquement connus des intervenants, mais influencent fortement l'issue des propositions de transformation. *Il apparaissait donc intéressant que des outils destinés aux praticiens permettent un repérage plus systématique de ces enjeux, de manière à pouvoir déterminer ce qui y est favorable et ce qui pourrait y faire obstacle, et à trouver des solutions avec les acteurs. De tels outils pourraient également aider à l'identification des acteurs ayant joué un rôle dans le processus menant à l'intervention, de manière à repérer quelles sont les personnes qui pourront, de diverses manières, participer à l'intervention et à la production des changements favorables à la prévention, souhaités par l'établissement. L'identification de ces acteurs pourrait également contribuer à l'organisation de l'intervention dans une perspective de « prise en charge » par l'établissement, de la santé et de la sécurité.*

Les contextes dans lesquels se réalisent les interventions et, de ce fait, les possibilités de changements à visée préventive, varient ainsi selon qu'il s'agit d'une demande, d'une offre acceptée ou d'une obligation. L'intervention doit s'adapter à ce contexte, en cherchant à créer ou recréer les conditions favorables à des changements, par différents moyens. *Le recueil d'informations, à l'aide d'outils adaptés, destinés aux praticiens, pourrait favoriser cette réflexion.*

Par exemple, en permettant un recueil systématique d'informations, l'utilisation d'outils adaptés aux praticiens pourrait contribuer à une réflexion importante, déjà engagée par les ASP, comme par les équipes de santé au travail, sur les stratégies pour rejoindre les petits établissements, de même que les approches à utiliser avec ceux-ci (voir Champoux et Brun, 2002, Carpentier-Roy et coll., 2001).

L'influence du contexte de l'intervention (caractéristiques de l'établissement, capacités et dispositions)

L'étude précédente a mis en évidence que la réalisation des propositions de transformation formulées au cours de l'intervention est fortement influencée par le degré préalable de développement des activités en prévention dans l'établissement, i.e. par l'écart entre les capacités existantes et celles requises par les nouvelles activités. Ces capacités en prévention sont en lien avec les caractéristiques structurelles des établissements (taille, niveau de qualification des travailleurs, etc.), mais l'étude précédente a montré comment la collaboration à moyen et long terme entre des intervenants externes (dans ce cas, l'ASP) et l'établissement permettait de développer les capacités de ce dernier et ainsi sa prise en charge, malgré un contexte a priori moins favorable (comme celui d'une entreprise de plus petite taille). Plusieurs travaux montrent le rôle du contexte dans l'issue des interventions (voir Allard 1996 et Allard et coll. 1999), et d'autres font état de préoccupations pour l'adaptation des démarches d'intervention au contexte spécifique des établissements, comme dans les cas des petites entreprises (voir Carpentier-Roy et

coll. 2001). *Des outils pourraient donc permettre de formaliser, ou de susciter une réflexion structurée sur l'écart entre les capacités existantes et celles requises par les nouvelles activités de prévention à mettre en œuvre, de manière à faire les choix appropriés pour développer ces capacités.*

L'influence des conditions définies pour l'intervention (la « négociation » des interventions)

Une fois établi l'écart entre les capacités actuelles et celles à développer, l'étude précédente a mis en évidence le processus et les facteurs influençant la définition des conditions dans lesquelles allait se dérouler l'intervention : par exemple, les personnes y participant, le temps dont elles disposeront, le fait qu'on fasse appel à un formateur externe ou qu'on forme un formateur interne en mesure de poursuivre de manière autonome, etc. Or, le fait que les conditions définies au début de l'intervention soient ou non remplies influence fortement l'issue des propositions de transformation. Ces conditions concernent le dispositif de l'intervention (avec qui?), les activités mises en œuvre et les méthodes utilisées (comment?) et le champ couvert par les propositions de transformation (quoi?), en particulier la possibilité de mettre en œuvre non seulement des changements ponctuels (un nouvel aménagement), mais aussi des changements à caractère récurrent (une procédure de sécurité, un système de gestion de la prévention). Ces conditions influencent donc en particulier la possibilité d'utiliser et de développer les capacités des acteurs de l'établissement, ce qui est une condition de la prise en charge. *Des outils pourraient donc aider les intervenants à cerner les conditions qui devraient être définies au début de l'intervention, avec leurs interlocuteurs, pour favoriser le plus possible l'atteinte des objectifs retenus avec eux.*

L'influence du dispositif d'intervention (la participation des acteurs du milieu de travail)

Les interventions en SST font nécessairement appel à une diversité d'acteurs internes. À ce sujet, les cas étudiés dans la recherche précédente ont permis de cerner l'influence de la présence ou de l'absence de différents acteurs (direction, superviseur, représentants syndicaux, etc.) parmi les interlocuteurs des intervenants. Ces résultats complètent et précisent ceux de travaux antérieurs sur le rôle de différents acteurs dans la prévention (par exemple, Shannon et coll. 1997). Ils peuvent éclairer les choix des intervenants quant à la participation : par exemple, les superviseurs s'avèrent plus favorables aux propositions de changement quand ils ont pu participer directement à leur élaboration; par ailleurs, une forte proportion de ces propositions requiert un engagement direct de leur part. Or, comme l'ont souligné St-Vincent et coll. (1996), la disponibilité des superviseurs est souvent difficile à obtenir. *Des outils pourraient aider les intervenants externes à déterminer qui sont les acteurs qui devront participer à l'intervention pour favoriser un accueil positif aux propositions de changement visant la prévention, et assurer l'implantation effective de ces changements. Ces outils devraient permettre ainsi une réflexion non seulement sur « qui » devrait participer à l'intervention, mais aussi sur la manière d'organiser cette participation, en particulier quant au rôle des échanges entre les participants.*

Ainsi, l'étude précédente éclaire les effets de différentes formes de participation des travailleurs et de leurs représentants dans la production de changements. Les résultats les plus intéressants du

point de vue de la pratique et les plus originaux, par rapport à la littérature scientifique, concernent la contribution des échanges entre les travailleurs participant à l'intervention : même lorsque les changements concernent des comportements individuels, ils sont rapportés par les travailleurs participant aux interventions en utilisant le « nous » ou le « on », ce qui témoigne du processus collectif menant à ces changements. Le fait que ces actions collectives favorables à la prévention prennent place spontanément, sans être encadrées par les intervenants, suggère qu'il s'agit d'un mécanisme important de production de changements. *Des outils pourraient permettre un recueil d'informations et une démarche de prise de décision quant à la manière d'organiser la participation et les échanges, afin de favoriser l'atteinte des résultats en prévention.*

L'influence de la nature des activités (méthodes, manière de réaliser l'intervention)

L'étude précédente a mis en évidence que diverses caractéristiques des activités et des méthodes utilisées lors des interventions influencent les possibilités que des changements à visée préventive soient produits. Ainsi, la proximité des méthodes de recherche de solutions avec les activités de travail des travailleurs et celles des superviseurs favorise l'utilisation et le développement des capacités des acteurs à formuler des propositions de transformation : par exemple, l'utilisation d'un prototype plutôt que de plans pour recueillir des commentaires sur un nouvel aménagement. Cela rejoint les résultats de plusieurs études d'interventions ergonomiques (voir par exemple Garrigou 1992). *De tels résultats pourraient être transférés dans des outils visant la réflexion, par les intervenants, sur les activités et méthodes qui seront le mieux à même d'utiliser et de développer les capacités des acteurs, en fonction tant des objectifs de prévention fixés que des contraintes et ressources du contexte.*

Par ailleurs, un résultat original et important de l'étude précédente est à l'effet que le degré d'opérationnalisation des propositions de transformation (le passage de critères de performance ou d'objectifs à des spécifications précises, soit des indications permettant de passer directement à l'implantation) influence le fait qu'elles soient ou non acceptées et réalisées. Cette opérationnalisation peut nécessiter la collaboration d'un maître d'œuvre spécialisé, de manière à respecter les limites de la compétence propre à l'intervenant et aux acteurs de l'établissement. *Ainsi, il apparaît crucial que les intervenants disposent d'outils pour réfléchir aux différentes étapes qui doivent être franchies pour qu'une idée de solution puisse être opérationnalisée et implantée.*

De plus, l'étude précédente met en évidence la contribution du suivi, avant et après l'implantation des propositions, à leur correspondance avec les critères de prévention, au traitement de problèmes résiduels et à leur réalisation. Cela rejoint des résultats d'études antérieures indiquant le rôle positif de la fréquence des contacts entre les intervenants et le milieu de travail (Berthelette et Pineault, 1992) pour la réalisation de certaines actions préventives proposées dans le cadre de la mise en œuvre du programme de santé spécifique à un établissement (PSSE). L'ensemble de ces résultats peut contribuer à la définition d'interventions plus efficaces. *Les outils pourraient donc aider à la planification de chacune des étapes de l'intervention, incluant celle de l'implantation et du suivi des changements, ce qui favoriserait également l'évaluation de l'efficacité des interventions.*

L'influence de la nature des propositions de changement

Les résultats de l'étude précédente confirment que la réalisation des propositions de changement visant la prévention varie selon leur objet, selon (en ordre décroissant) qu'il s'agit de formation, d'équipements ou d'aménagement, de la mise en place de processus ou de systèmes (comme une procédure de sécurité, le SIMDUT), de l'organisation du travail ou des méthodes de travail. Certains de ces résultats concordent avec les observations d'Allard et coll. (1999) et de Bellemare et coll. (2002). Ces variations dans la réalisation des propositions s'expliqueraient à la fois par les capacités requises de la part du milieu, selon chaque grand type d'objet de transformation, et par les enjeux dans chaque cas, pour chacun des acteurs, influençant le jugement qu'ils posent quant à la pertinence et à la compatibilité des propositions (voir Trudel et Montreuil (1999). Or, les propositions les plus facilement réalisées ne sont pas nécessairement les plus efficaces du point de vue de la prévention. *En aidant les intervenants à dresser un portrait des capacités présentes dans l'établissement, à mesurer l'écart avec celles requises par la mise en œuvre des propositions de changement et à cerner les enjeux qui leur sont favorables ou défavorables, des outils pourraient contribuer à orienter les interventions de manière à favoriser l'adoption des propositions de changement les plus efficaces du point de vue de la prévention.*

L'influence du cadre organisationnel à partir duquel l'intervention est réalisée

L'étude précédente a été réalisée dans un cadre organisationnel particulier, soit quatre associations sectorielles paritaires. Les différences entre les cas étudiés font ressortir le rôle des ressources et des orientations propres à l'organisation à partir de laquelle l'intervention est réalisée, ce qui est corroboré par l'étude de Tougas et Gilbert (2002) sur les pratiques du réseau public en santé au travail en matière de prévention des TMS. Il est donc clair que *les outils de réflexion sur l'intervention, destinés aux praticiens, doivent tenir compte de l'influence du cadre particulier à partir duquel ces derniers agissent, quant à la nature du mandat de leur organisation, aux orientations prises par celles-ci et à ses programmes, de même qu'aux ressources (temps, expertise, etc.) auxquelles ils peuvent avoir accès.*

Quelques-uns des résultats de l'étude précédente ont donc été exposés, en soulignant chaque fois l'intérêt qu'il y aurait à les utiliser pour construire des outils destinés aux praticiens de l'intervention externe en SST. On conclura sur les motifs justifiant l'intérêt de l'élaboration de tels outils, et sur les objectifs de l'activité de valorisation qui a mené à leur élaboration.

2.3 Intérêt d'outils d'analyse des dimensions sociales et organisationnelles des interventions, pour les praticiens

Les résultats de l'étude précédente ont suscité un grand intérêt chez les praticiens à qui ils ont été présentés : en effet, outre le rapport de recherche, l'étude a eu une large diffusion puisqu'elle a été présentée à différents publics d'intervenants en santé et en sécurité du travail. L'intérêt chez les praticiens découlait du fait que ces résultats fournissaient un éclairage jugé utile par ces derniers pour analyser le contexte de leurs interventions et faire des choix stratégiques de manière à favoriser le changement. Par ailleurs, comme l'ensemble des milieux de travail au Québec, les organisations œuvrant en prévention, dont les ASP et les équipes de santé au travail

du réseau public, sont confrontées à la perspective de changements démographiques qui amèneront le départ d'une cohorte représentant la portion la plus expérimentée de leurs intervenants. C'est un problème particulièrement préoccupant dans de petites organisations, comme les ASP, d'autant plus qu'une partie du personnel a pu être embauchée dans une période relativement courte, lors de la mise en place de ces associations. Le transfert de connaissances et de savoir-faire d'intervention des plus expérimentés vers leurs collègues est ainsi une préoccupation importante dont nous ont fait part les directions et des conseillers de deux de ces associations sectorielles paritaires. Des efforts de formalisation de cette expérience sont déjà faits, mais deviennent particulièrement cruciaux dans ce contexte. Enfin, comme on l'a souligné précédemment, les dimensions sociales et organisationnelles de l'intervention sont encore, de manière générale, peu intégrées dans la formation des professionnels de la santé et de la sécurité; de ce fait, l'étude a également suscité l'intérêt de responsables de formation universitaire désireux de l'utiliser dans le cadre de leur programme.

Ainsi, le rapport de recherche préparé à la suite de l'étude précédente pouvait déjà éclairer la pratique des intervenants et les décisions qu'ont à prendre leurs organisations; mais ce rapport n'avait pas une forme susceptible d'en rendre les résultats de l'étude directement transférables. Cette forme n'était pas adaptée pour aider à la décision et au transfert d'expérience à l'occasion des interventions. Même si la recherche avait nécessité l'élaboration de différents instruments d'analyse et de comparaison des cas d'intervention étudiés, il s'agissait d'instruments de recherche dont la forme n'était pas adaptée au travail des praticiens. Il s'agissait donc de créer des outils accessibles, souples et conviviaux pour des praticiens, tout en permettant un recueil d'informations de manière systématique et rigoureuse, afin de contribuer à l'avancement des connaissances sur les conditions de l'efficacité des interventions préventives.

La pertinence de tels outils est attestée par divers travaux qui s'intéressent à l'activité des intervenants externes en SST, soulignant l'importance des enjeux organisationnels, sociaux et relationnels dans l'action de ces professionnels. Par exemple, Hale (1995) discute de la nature des rapports établis entre les professionnels de la SST et les représentants de la gestion dans un milieu de travail, indiquant que cet aspect à la fois organisationnel et relationnel de leur situation de travail influence largement leur capacité d'action. De fait, Limborg (1995) décrit les approches qui ont successivement modulé la formation recherchée chez les praticiens de la SST (approche médicale, approche de prévention technique, approche de l'agent de changement, puis approche orientée vers la gestion). Les approches les plus récentes ne mettent pas de côté les compétences techniques, mais insistent sur les dimensions stratégiques de l'action de ces professionnels. En observant l'activité de préventionnistes internes, Brun et coll. (1998) ont également mis en évidence l'importance de la dimension stratégique dans l'action de certains d'entre eux. L'ensemble de ces résultats renforce la nécessité de soutenir la réflexion et la décision de nature stratégique chez les intervenants externes en SST.

Préalablement à cette activité, nous avons pu recenser quelques outils existants, qui ont pu inspirer l'activité de valorisation. Cependant, aucun des outils que nous avons pu repérer alors ne couvrait l'ensemble des dimensions traitées dans l'exposé qui vient d'être fait des résultats de la recherche précédente. Aucun n'avait donc le caractère exhaustif des outils souhaités. L'annexe 2 fait état de la recension de tels outils effectuée au début de l'activité de valorisation, qui arrive

à la même conclusion, bien que plusieurs outils existants se soient révélés pertinents et aient soutenu la réflexion pour l'élaboration des outils dont il est question ici.

L'intérêt de l'activité de valorisation dont il est question dans ce rapport s'appuie donc sur les idées suivantes :

- l'intervention externe en santé et en sécurité du travail a une contribution importante à l'organisation de la prévention sur les lieux de travail;
- l'efficacité des interventions en SST est un enjeu majeur tant sur le plan pratique qu'en recherche, mais les résultats des études à ce sujet sont généralement peu accessibles aux praticiens et donc peu transférés;
- les résultats de l'étude précédente ont permis de cerner des éléments du contexte de l'établissement où a lieu l'intervention, et des caractéristiques de celle-ci, qui influencent les changements qu'elle peut produire, ce qui peut favoriser une action plus efficace;
- ces résultats de recherche permettent de définir, pour les praticiens en santé et en sécurité du travail, des outils d'analyse de leurs interventions, de manière à favoriser les changements visant la prévention;
- les travaux existants sur les interventions en SST montrent que de tels outils d'analyse stratégique sont nécessaires mais rares, partiels ou trop spécifiques;
- de tels outils répondront à la nécessité de transmission des connaissances entre les intervenants expérimentés et leurs collègues plus jeunes, dans un contexte de changement démographique où des départs à la retraite en nombre important s'annoncent dans les organismes de prévention dont le personnel a été majoritairement embauché au début des années 80;
- ces outils pourront contribuer à la formation aux dimensions sociales et organisationnelles de l'intervention en SST chez les professionnels de ce domaine.

Finalement, du point de vue de la recherche, de tels outils d'analyse des interventions pourront permettre le recueil structuré et systématique d'informations qualitatives sur les interventions, nécessité actuellement soulignée dans les écrits scientifiques visant l'évaluation des interventions en prévention en SST. En effet, l'usage élargi de descriptions détaillées du contexte des interventions, de leur contenu, de leur processus et de leur degré d'implantation contribuerait grandement à faire avancer les connaissances sur les conditions favorables à des changements à visée préventive, et sur les processus par lesquels ils sont produits.

2.4 Objectifs de l'activité de valorisation

L'objectif général de l'activité de recherche était donc de valoriser le modèle développé dans la recherche précédente (Baril-Gingras et coll. 2004) et ses résultats qui concernent les conditions favorisant l'efficacité des interventions.

Les objectifs spécifiques de l'activité étaient les suivants :

- Élaborer des outils permettant d'analyser différents aspects sociaux et organisationnels d'une intervention en SST, notamment :
 - Le contexte de l'intervention
 - La genèse de l'intervention, ou les conditions qui l'amènent
 - La négociation de l'intervention
 - Le dispositif d'intervention
 - La nature des activités
 - La nature et la trajectoire des propositions.
- Valider ces outils auprès d'un groupe de praticiens provenant d'organismes différents œuvrant en SST.
- Élaborer un recueil comportant les outils, leurs modalités d'utilisation et des illustrations de leur mise en œuvre, à partir de cas d'intervention.

Il importe de préciser que l'objectif n'était pas de définir, par le biais des outils, une démarche d'intervention, ni de prescrire les modalités des interventions, sous forme d'un algorithme où à telle caractéristique du contexte correspondrait tel dispositif, telle activité, etc. D'une part, en supposant que ce serait un jour possible, les connaissances ne sont pas encore assez développées pour qu'on puisse prescrire ainsi comment intervenir, et prédire ce qui en résulterait... On peut douter que cela soit même possible. Les contextes, les types de problèmes sont trop variables pour que cela soit possible et pertinent; par ailleurs, il est tout à fait plausible qu'il existe plus d'un chemin pour mener une intervention produisant des changements favorables à la prévention. Il s'agit donc plutôt de transférer non pas des « recettes », mais une démarche d'analyse amenant la prise en compte d'une série d'éléments articulés les uns aux autres, sous forme d'un modèle guidant la réflexion. Par ailleurs, la relation entre recherche et pratique est ici envisagée à double sens : la formalisation des savoirs pratiques, issus de l'expérience, a aussi beaucoup à apporter à la recherche sur les interventions. Les outils développés à l'intérieur de cette activité de valorisation devaient donc aussi contribuer à cette formalisation, de manière à permettre la mise en discussion de ces savoirs pratiques, et leur éventuelle validation, dans une démarche itérative entre pratique, recherche et pratique encore.

3. CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

La présente section expose tout d'abord le cadre théorique qui a servi de fondement à l'élaboration des outils destinés aux praticiens. Il s'agit du modèle d'analyse des interventions, élaboré selon une approche à la fois inductive et déductive, au cours de l'étude précédente (Baril-Gingras et coll. 2004).

Par la suite, on présente le cadre méthodologique des travaux réalisés au cours de cette activité de valorisation, c'est-à-dire les grands principes qui l'ont guidé. On décrit ensuite la méthodologie générale, soit le recours à un groupe de travail composé de praticiens, à l'expérimentation, par ceux-ci, de versions successives des outils proposés, et à des activités d'échanges structurés entre eux visant à formaliser leurs savoirs d'expérience quant aux dimensions sociales et organisationnelles des interventions en SST. La nature des matériaux recueillis tout au long de ces activités est présentée, de même que les méthodes utilisées pour les analyser, afin de produire la version finale des outils et des documents les accompagnant (guides et référentiel). On fait également état de la création d'un comité de suivi et de son rôle.

3.1 Cadre théorique : un modèle d'analyse des interventions

L'étude antérieure portait donc sur les interventions externes en santé et en sécurité du travail (SST) et s'est intéressée en particulier à celles réalisées par des conseillers d'associations sectorielles paritaires (ASP) en SST. Elle avait pour objectif de comprendre, d'une part, comment le contexte de l'établissement influence la production de changements visant la prévention et, d'autre part, comment les caractéristiques de l'intervention elle-même y contribuent. Le cadre théorique retenu pour ce faire est fondé sur les travaux de Reynaud (1988 et 1997) et Strauss (1978, 1992, 1993); il est décrit dans Baril-Gingras et coll. (2004) et n'est donc pas repris ici. Sept interventions de conseillers d'associations sectorielles paritaires (APSAM, ASFETM, ASSTSAS, et Préventex) ont été analysées, en s'appuyant sur des observations (43 occasions) et des entrevues (143) avec les conseillers, des représentants des employeurs, des travailleurs et leurs représentants. Les résultats de la recherche antérieure étaient donc doubles : un ensemble de propositions dont on a fait état brièvement dans la section précédente, quant à l'influence du contexte sur l'intervention et les changements, et quant aux mécanismes de production de ces transformations; la construction d'un modèle théorique, pour décrire le contexte des interventions et leur processus, et ainsi comprendre leurs effets. Le terme de « modèle » doit être compris ici comme un moyen d'examiner la réalité, afin de la comprendre, plutôt que comme une recette pour l'action. La version présentée ici à la figure 1 a été simplifiée, clarifiée et bonifiée au cours de l'activité de valorisation dont il est fait état dans ce rapport.

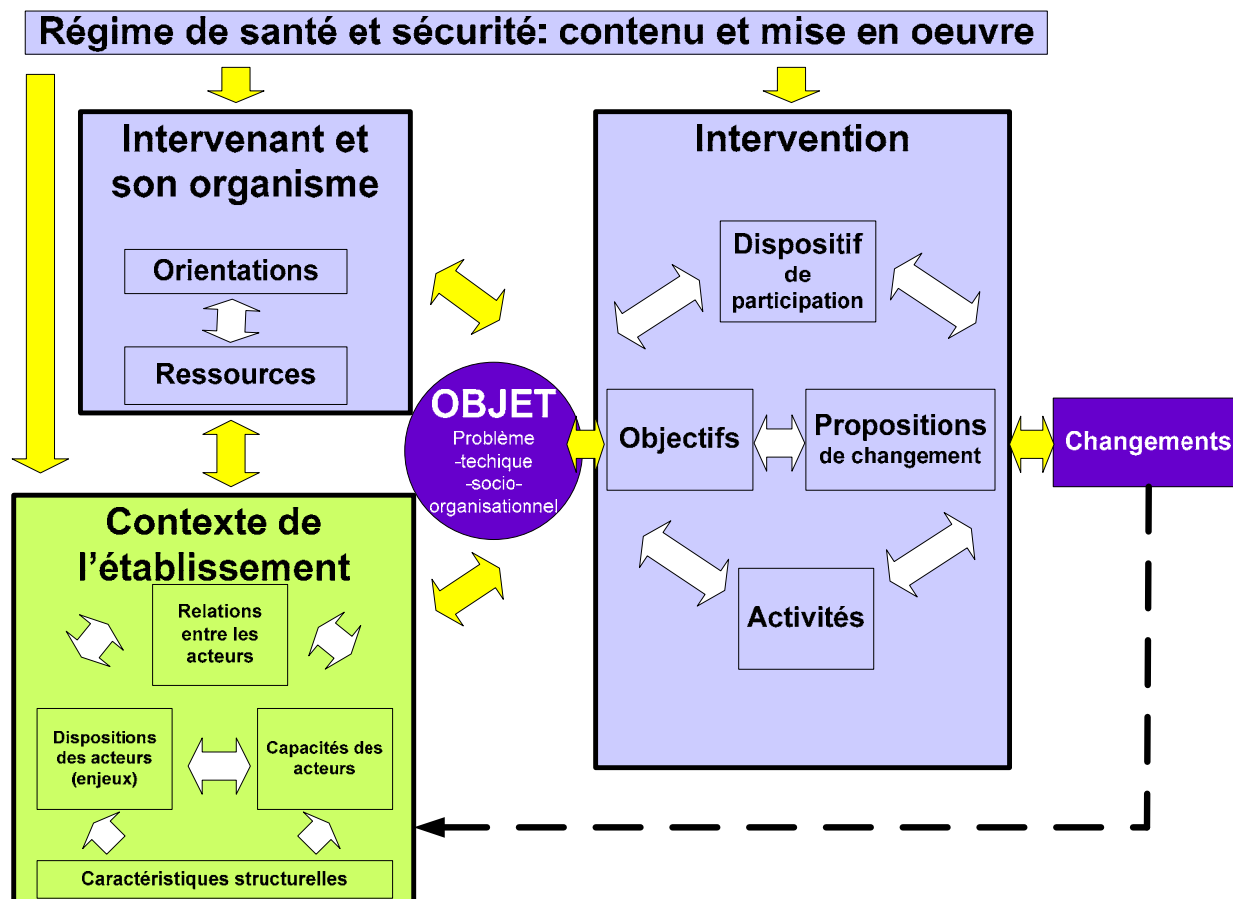


Figure 1 - Le modèle d'analyse des interventions

Ce modèle amène donc d'abord à explorer l'influence du contexte de l'intervention, précisé à la fois par des facteurs externes à l'établissement et par des facteurs internes. Les facteurs externes correspondent aux caractéristiques du régime de SST et de sa mise en œuvre (entre autres par l'action des inspecteurs) soit, d'une part, les dispositions légales et réglementaires quant à l'organisation de la prévention (comité paritaire de santé et de sécurité et représentant à la prévention), quant à des activités en prévention (programme de prévention et programme de santé spécifique à l'établissement) et quant à la prévention de manière générale, et d'autre part, quant à l'indemnisation, (les incitatifs financiers créés par le mode particulier de tarification par la CSST auquel l'établissement est soumis).

Quant aux facteurs internes, le premier est ce qui est désigné comme des caractéristiques structurelles de l'établissement, soit la taille de l'entreprise et de l'établissement, le niveau de salaire, la stabilité ou l'instabilité d'emploi, la composition de genre et ethnique et le niveau de qualification de la main-d'œuvre. La description du contexte est complétée par celle des capacités en prévention dans l'établissement, celle des dispositions à agir en prévention (concepts inspirés des travaux de Dawson et coll., 1988) liées aux enjeux que représente l'objet particulier de l'intervention, et celle des relations entre les acteurs, autour de ce même objet.

Dans ce modèle, la manière dont la SST est régulée est définie dans les rapports entre les acteurs dans l'entreprise, dans le cadre créé par ses caractéristiques structurelles. Le modèle propose que les transformations dépendent à la fois de caractéristiques du contexte et de celles de l'intervention elle-même, qui se module en fonction de ce contexte (d'où les flèches dans les deux sens).

Ce modèle suggère ainsi d'examiner l'influence, sur la production des transformations, des modalités de l'intervention, soit le dispositif de participation mis en place pour organiser les rapports entre le conseiller et les acteurs et entre ces derniers, les caractéristiques des activités, méthodes et outils utilisés (prototype, rapport, etc., soit des « objets intermédiaires ») et de la nature et de la forme (plus ou moins opérationnalisée) des propositions de changement qui sont formulées.

L'intervention et les changements sont donc, selon ce modèle, le produit de la rencontre entre, d'une part, les orientations et les ressources de l'intervenant et celles de l'organisation à laquelle il appartient et les caractéristiques propres à l'établissement où se déroule l'intervention d'autre part. Cette intervention est l'occasion de la rencontre entre différentes histoires ou trajectoires (l'évolution de la situation économique d'un établissement, par exemple) et se situe elle-même dans l'histoire de la relation entre l'organisation de l'intervenant et l'établissement. Les changements auxquels s'intéresse ce modèle sont ceux qui concernent le problème ayant donné lieu à l'intervention (la réalisation de propositions de changement dans les conditions d'exercice du travail et dans l'organisation de la prévention, de même que dans le contexte). Il s'agit donc d'effets intermédiaires, plutôt que les effets finaux attendus que seraient la réduction des lésions professionnelles ou les effets sur la santé, par exemple.

Le recours à ce modèle, pour la construction d'outils pour les praticiens, vise ainsi à expliciter les étapes intermédiaires menant à l'atteinte d'objectifs finaux quant à la santé (une réduction des symptômes de douleur, des lésions) et à l'implantation de changements (aménagement, modification de l'organisation du travail, etc.). Ce modèle suggère que cela passe par une série d'effets intermédiaires relevant de l'action sur les capacités et sur les dispositions à agir : assurer l'allocation de temps et d'argent, convaincre untel, trouver des moyens pour que les travailleurs mettent leurs idées en mots ou en schémas, etc. Ces effets intermédiaires sont rarement explicités, sinon de manière anecdotique, alors que divers travaux ont bien mis en évidence le rôle, par exemple, de l'action sur les représentations (ex : Teiger (1993)) ou sur le triangle « pouvoir penser », « pouvoir agir », « pouvoir débattre » (Daniellou (1998)). Le pari était qu'il était possible de rendre ces stratégies plus explicites, par le recours à ce modèle et à différentes méthodes susceptibles de faire s'exprimer les savoirs d'expérience, méthodes inspirées de l'analyse du travail en ergonomie. C'est de ces méthodes que nous traitons maintenant.

3.2 Cadre méthodologique

Comme on l'a vu, la première source sur laquelle se fondent les outils élaborés à l'occasion de l'activité de recherche est donc notre étude antérieure³, qui s'appuyait elle-même sur divers

³ BARIL-GINGRAS, G., BELLEMARE, M., BRUN, J.-P., 2004, Intervention externe en santé et en sécurité du travail : un modèle pour comprendre la production de transformations à partir de l'analyse d'interventions

travaux de recherche tels que ceux cités précédemment, concernant les facteurs qui influencent la production de changements, à l'occasion des interventions en santé et en sécurité du travail. On vient de voir que ces études ont aidé à la construction d'un modèle d'analyse tenant compte du rôle du contexte et du processus de l'intervention pour expliquer leurs effets; ce modèle a été complété et validé à l'occasion d'une série d'études de cas d'interventions en milieu de travail.

3.2.1 Un modèle et des outils non prescriptifs

Comme on l'a souligné précédemment, le modèle de référence, comme les outils qui en découlent, ne prescrivent pas un mode d'intervention. Leur rôle est d'aider à l'analyse. Le modèle peut permettre d'organiser la réflexion sur les conditions existantes et sur les actions à poser dans le déroulement d'une intervention.

Le recueil d'outils, le modèle et les outils proposés s'appuient sur les principes suivants : en disposant d'un vocabulaire commun pour décrire leur travail, d'outils pour analyser ce qui contribue ou nuit à la production de changements en SST, les intervenants peuvent mieux comprendre leur propre activité, formaliser et construire leur expérience, et enfin échanger entre eux. Puisque divers travaux scientifiques montrent que les facteurs pris en compte dans ce modèle ont en effet une influence sur les changements produits par les interventions, les échanges stimulés par ce recueil pourraient aider l'efficacité des interventions, c'est-à-dire à leur capacité à contribuer à des changements favorables à la prévention. Le terme « contribuer » est important ici : le modèle exposé précédemment s'appuie sur l'idée que les intervenants externes (et même les préventionnistes à l'interne) ne contrôlent pas ce qui est fait dans le milieu de travail, et que la responsabilité de la santé et de la sécurité du travail demeure celle de l'employeur. C'est également ce qu'indique le cadre légal québécois.

D'autres modèles sont utilisés par les intervenants en santé et en sécurité du travail : par exemple, le modèle de McGill⁴, par des infirmières en santé au travail, le modèle de Green et Kreuter⁵ en promotion de la santé, etc. Certaines interventions se font sur la base de programmes. Le modèle et les outils proposés ici ne se substituent ni à ces modèles, ni à ces programmes. De plus, le recueil d'outils ne se substitue pas aux disciplines que sont l'hygiène du travail, l'ergonomie, la médecine du travail, etc. Il ne traite pas des savoirs et des méthodes d'analyse et d'intervention qui relèvent spécifiquement de chacune de ces disciplines. Ces outils concernent plutôt les aspects sociaux et organisationnels communs à toutes les interventions, qu'elles s'appuient sur l'une ou l'autre de ces disciplines et quel que soit l'objet dont elles traitent : un risque particulier, la mise en place d'un comité de SST, etc. Les outils se veulent donc un complément à ces disciplines, modèles et programmes, étant donné qu'ils ne définissent pas de démarche d'intervention et ne prescrivent pas les choix à faire par les intervenants eux-mêmes. Ils accompagnent le questionnement des intervenants, sans définir comment ceux-ci doivent agir. Ils ne remplacent pas par ailleurs les outils portant sur les risques eux-mêmes, leur

d'associations sectorielles paritaires, Montréal, IRSST, Études et recherches / Rapport R-367, 2004, 287 p.
http://www.irsst.qc.ca/fr/_publicationirsst_100042.html

⁴ Cf : BIROT, P., DERVAUX, M.P., PEGON, M, 2005, « Le modèle de McGill », *Recherche en soins infirmiers*, n° 80, mars 2005, p. 28 à 38.

⁵ Cf : GREEN, L.W., KREUTER, M.W., 1991, *Health Promotion Planning, An Educational and Environmental Approach*, Second Edition, Toronto, Mayfield Publishing Company, 506 p.

définition et leur prévention : leur objet se limite aux dimensions sociales et organisationnelles de l'intervention.

Donc, comme l'indique le modèle d'analyse qui soutient les outils, l'idée n'est pas que tout, dans les effets d'une intervention, dépendrait de l'intervenant, d'une « bonne » lecture du contexte, d'une « bonne » orientation et réalisation de l'intervention. La prise en compte de la santé et de la sécurité du travail est un enjeu social, économique et politique complexe, qui dépend au premier chef des employeurs, mais aussi de l'action syndicale, des politiques définies par l'État et des moyens qu'il déploie pour qu'elles soient mises en œuvre. L'idée, ici, est plutôt d'aider à ce que les intervenants externes en SST utilisent chaque fois toutes les marges de manœuvre possibles pour contribuer à la prévention. Ces marges de manœuvre se découvrent, s'utilisent et « s'étirent » à l'échelle de chaque intervention. L'idée, ici, est aussi de favoriser les échanges entre intervenants de manière à ce que se développent des marges de manœuvre collectives, par le débat et la prise en compte des leçons qu'on peut tirer de l'expérience de chacun. Il ne s'agit donc pas de « prescrire » comment intervenir, mais de fournir des bases à la réflexion et à la discussion.

3.2.2 Des critères de base, pour guider la réflexion

L'élaboration des outils a bien sûr été sous-tendue par l'objectif d'aider à construire des interventions qui contribuent à mieux protéger la santé et assurer la sécurité et l'intégrité physique des travailleuses et travailleurs. Étant donné que ce recueil d'outils concerne particulièrement les dimensions sociales et organisationnelles des interventions en SST, il ne pouvait s'élaborer sans prendre en compte que les efforts de prévention ne se font pas en dehors d'un contexte social particulier : ils s'inscrivent dans un régime étatique de santé et de sécurité, qui définit les orientations que la société s'est données; ils s'inscrivent aussi dans les réflexions des professionnels et des institutions en matière de SST.

Il a donc été convenu avec les praticiens participant au groupe de travail au départ de la recherche, que des critères de base ayant fait l'objet d'un certain consensus social allaient guider la réflexion collective menant à l'élaboration et la validation des outils.

Pour guider la réflexion, des critères simples ont donc été retenus. Outre le critère général de protection de la santé, de la sécurité et de l'intégrité physique des travailleurs, il s'agit :

- du principe défini par l'objet de la LSST, soit l'élimination à la source même des dangers pour la santé, la sécurité et l'intégrité physique des travailleuses et travailleurs; la santé est ici comprise comme intégrant tant les dimensions physiques que psychologiques;
- des principes contenus dans le *Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail* adopté par la Commission internationale de la santé au travail (CIST)⁶.

⁶ La Commission internationale sur la santé au travail (CIST, ou ICOH en anglais) est une organisation professionnelle non gouvernementale et internationale. Ses objectifs sont de promouvoir le progrès scientifique,

Le *Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail* peut être téléchargé et imprimé à partir du site suivant :

www.icohweb.org/core_docs/code_ethics_fr.pdf

La version de 2002 du code a été adoptée par le conseil d'administration de la CIST. Elle constitue une révision de la première version datant de 1992. La version révisée est le fruit du travail d'un groupe sur l'éthique en santé au travail qui a tenu compte des commentaires reçus sur la première version.

Le présent recueil réfère à ce code, parce que celui-ci fournit une base de réflexion aux intervenants lors de l'examen du contexte d'un établissement où ils interviennent, et à l'occasion de la définition de leurs objectifs et modes d'intervention. En effet, les objectifs du code sont présentés ainsi dans sa préface.

« 9. Ce code d'éthique vise à traduire en terme de conduite professionnelle les valeurs et les principes éthiques en santé au travail. L'intention est de fournir un guide à tous ceux qui développent des activités en santé au travail et d'établir une base de référence sur laquelle s'appuyer pour évaluer la façon dont ils procèdent. Ce document peut être utilisé pour l'élaboration de codes nationaux d'éthique ou à des fins d'enseignement. Il peut également être adopté sur la base d'un volontariat et servir de standard pour définir et évaluer les conduites professionnelles. Son propos est aussi de contribuer au développement d'un ensemble de principes communs à tous ceux qui sont concernés et coopèrent entre eux, de promouvoir le travail d'équipe et une approche multidisciplinaire et santé au travail. Il est aussi d'offrir une base sur laquelle se fonder pour instruire et justifier l'abandon de certaines pratiques jusqu'alors acceptées et placer ainsi la charge de la responsabilité sur ceux dont les raisons de faire ne sont pas parfaitement explicites. » (CIST, 2002).

Il importe de préciser à qui la CIST destine ce code, ce qui est fait également dans sa préface.

« 2. Le code international d'éthique pour les professionnels de santé au travail concerne de nombreux groupes professionnels qui travaillent et ont des responsabilités dans des entreprises du secteur privé comme du secteur public dans le domaine de la sécurité, de l'hygiène, de la santé et de l'environnement dans sa relation avec le travail. Le terme « professionnels de santé au travail » correspond, dans l'esprit de ce code, à un groupe assez large de personnes dont la vocation commune est leur implication professionnelle dans les activités de santé au travail. Le champ de ce code couvre les activités des professionnels de santé au travail aussi bien lorsqu'ils interviennent à titre personnel qu'en tant que membres d'organisations ou de services fournissant des prestations à des clients. Le code

la connaissance et le développement de la santé et de la sécurité du travail dans tous ses aspects. Environ 2000 professionnels de 93 pays en sont membres. La CIST est reconnue par les Nations Unies comme une organisation non gouvernementale et collabore avec l'Organisation internationale du travail, l'Organisation mondiale de la santé, le Programme des Nations Unies pour l'environnement et l'Association internationale de sécurité sociale. Voir : <http://www.icohweb.org/index.asp>

s'applique indifféremment aux professionnels de santé au travail et aux services de santé au travail, qu'ils agissent dans un contexte de libre marché soumis à la concurrence ou dans le cadre de services publics de santé. » (CIST, 2002)

On a vu que les outils présentés ici s'adressent aux intervenants externes, et qu'ils ont été élaborés en référence à une pratique non commerciale. Les lecteurs doivent chaque fois interpréter la mise en œuvre des principes éthiques en fonction du statut propre à chaque intervenant. Ce statut définit en effet des mandats et pouvoirs différents, et des relations particulières avec les différents acteurs internes (l'employeur, les différents niveaux hiérarchiques, les syndicats, les travailleurs) et externes (ce que le code définit comme « les autorités compétentes », soit entre autres le Service de prévention-inspection de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, au Québec). Cette interprétation ne diminue en rien l'importance à accorder aux principes éthiques émis par le code, mais amène à envisager chaque fois les moyens les plus appropriés pour que les principes soient respectés, selon le statut de l'intervenant.

3.2.3 Des principes méthodologiques issus de l'analyse de l'activité

La méthodologie de l'élaboration des outils s'est appuyée sur les principes généraux de l'analyse ergonomique du travail, centrée sur l'activité, telle que proposée par l'ergonomie francophone. L'étude précédente avait permis l'observation, en situation réelle, des interactions d'intervenants en SST avec leurs interlocuteurs en milieu de travail. Il n'est pas apparu utile ni réalisable, dans ce cas-ci, de répéter de telles observations. Nous avons plutôt cherché à recueillir des traces de cette activité, afin d'appuyer par la suite une analyse par les chercheurs et des échanges soit entre un des membres de l'équipe de recherche et un intervenant, soit entre les intervenants. L'idée étant de faire émerger et de formaliser les savoirs pratiques, tacites, le principe qui a guidé le choix des activités avec les membres du groupe de travail était de disposer chaque fois d'un support concret, basé sur leur activité réelle de travail, lors d'interventions.

Par ailleurs, comme au cours de la recherche précédente (Baril-Gingras et coll. 2004), nous avons adopté, dans la conception des activités du groupe de travail, l'idée défendue par Clot (1999), idée selon laquelle :

« ... le réel de l'activité, c'est aussi ce qui ne se fait pas, ce qu'on ne peut pas faire, ce qu'on cherche à faire sans y parvenir -les échecs-, ce qu'on aurait voulu ou pu faire, ce qu'on pense ou qu'on rêve pouvoir faire ailleurs. Il faut y ajouter - paradoxe fréquent- ce qu'on fait pour ne pas faire ce qui est à faire ou encore ce qu'on fait sans vouloir le faire. Sans compter ce qui est à refaire. » (p. 119)

La compréhension de la construction des stratégies d'intervention nécessite ainsi de donner un statut, dans l'analyse, non seulement à ce qui y est dit ou fait et à son issue, mais à ce que l'intervenant cherche à faire, etc. C'est ainsi que nous avons tenté de mettre au jour la réflexivité (individuelle et collective) qui contribue à construire l'action.

Ainsi, sur la base de diverses traces de l'activité des intervenants et de leurs interactions avec les acteurs des milieux de travail, il s'agissait entre autres de créer des occasions d'expression de ces savoirs pratiques et des occasions d'échanges permettant d'en tester la formalisation et la

généralisabilité. Ces échanges devaient se faire non seulement sur ce qui était fait par les intervenants, mais sur ce qui les amenait à faire ainsi, en contexte, donc aussi sur ce qu'ils auraient voulu faire, sur ce qu'ils ne parvenaient pas à faire, etc. Sur la base de ces traces, nous avons donc eu recours à des activités inspirées du procédé général d'autoconfrontation (voir de Montmollin (dir.), 1995, p. 246), que ce soit de l'autoconfrontation simple (voir Clot et Leplat, 2005) ou de l'autoconfrontation croisée (idem) et, à une occasion, de la technique de l'instruction au sosie (Clot et Faïta, 2000). Nous ne pouvions ici disposer d'enregistrements vidéo ou audio des interactions des intervenants avec leurs interlocuteurs dans les milieux de travail. Cependant, nous avons sollicité, le plus souvent possible, des réflexions sur la base d'exemples concrets tirés notamment des journaux de bord remplis régulièrement par les membres du groupe de travail. au cours de leurs interventions (une, deux ou trois interventions par participant avec en moyenne neuf journaux de bord par intervention).

Par ailleurs, les traces fournies par les journaux de bord et par les autres outils remplis par les participants (Fiche synthèse de l'analyse du contexte, Feuille de route, Outil de bilan) ont aussi été analysées par l'équipe de recherche. L'analyse visait le plus souvent le regroupement par catégorie, par exemple pour la constitution du Guide d'analyse du contexte, du Guide de la Feuille de route ou du Référentiel, ce dernier étant constitué entre autres de questions et de principes, issus de la pratique, pour guider l'action. Une fois un certain nombre de thèmes dégagés sur la base de ce matériel, des exemples étaient utilisés pour animer des discussions du groupe de travail, sous la forme générale de « focus group » ou groupe de discussion. Le même procédé d'analyse visant au regroupement par catégorie puis à la formulation itérative de conclusions (par induction analytique, comparant itérativement les cas et exemples soumis par les participants) était utilisé pour exploiter le contenu des échanges entre les participants au groupe de travail. Cela s'est fait soit sur la base de notes manuscrites détaillées prises par une assistante de recherche, soit sur la base de transcriptions verbatim.

En annexe 4, on trouvera un tableau qui décrit les activités réalisées lors de chacune des rencontres du groupe de travail. Pour chacune de ces rencontres, l'équipe de recherche préparait une feuille de route détaillant les objectifs de chaque activité, les méthodes qui seraient employées, les documents qui seraient utilisés comme support (par exemple, des modèles d'outils dépersonnalisés), le rôle de chacun des membres de l'équipe de recherche, etc. On trouve également à l'annexe 4 un exemple de ces feuilles de route. On reprendra, dans la section qui suit, les grandes lignes du contenu et de la forme de ces activités.

Finalement, il faut indiquer que le contenu du Guide accompagnant l'Outil d'analyse du contexte, tout comme celui du Guide de la Feuille de route et du Référentiel, sont en quelque sorte l'expression de ce que Clot et Faïta (2000) appellent le « genre professionnel », qu'ils définissent :

« ... comme "un mot de passe" connu seulement de ceux qui appartiennent au même horizon social et professionnel. Ces évaluations communes sous-entendues prennent dans les situations incidentielles une signification particulièrement importante. En effet, pour être efficaces, elles sont économiques et, le plus souvent, elles ne sont pas même énoncées. Elles sont entrées dans la chair des professionnels, préorganisent leurs opérations et leur conduite; elles sont en quelque sorte soudées aux choses et aux phénomènes correspondants. C'est

pourquoi elles ne requièrent pas forcément de formulations verbales particulières. Le genre, comme intercalaire social, est un corps d'évaluations partagées qui organisent l'activité personnelle de façon tacite.» p. 11

Les questions et les principes qu'on a ainsi cherché à dégager de la pratique des intervenants constituent ainsi un référentiel commun, bien qu'en bonne partie non formalisé jusqu'alors, qui va bien au-delà des références plus formelles qui guident leur travail, par exemple, le mandat de l'organisme de prévention pour lequel ils agissent. À l'occasion, il a fallu distinguer les principes d'action selon le contexte de l'organisme de prévention auquel est rattaché l'intervenant, qui définit un mandat, des orientations et des ressources. De même que le font Clot et Faïta, on a ici présupposé qu'il était possible de mettre ces savoirs en mots, de les valider et de les faire partager, et on a alors cherché à définir des activités du groupe de travail susceptibles de répondre à cet objectif. Elles sont maintenant présentées.

3.3 Démarche générale d'élaboration des outils

L'activité de valorisation a débuté en septembre 2005 et s'est achevée à l'été 2008. L'équipe de recherche était composée de trois personnes soit deux chercheuses ergonomes, assistées d'un professionnel de recherche, poste occupé successivement par deux personnes différentes ayant respectivement une formation en ergonomie et trente ans d'expérience en intervention et une autre détenant une maîtrise en relations industrielles. Tel qu'indiqué précédemment, une première étape, visant la recension des outils existants, a été réalisée et ses résultats sont présentés à l'annexe 2.

Comme on l'a vu précédemment, les outils élaborés s'appuient sur deux sources : la première est un modèle d'analyse des interventions, intégrant l'apport de différents travaux scientifiques; la seconde source des outils est la formalisation de l'expérience d'un groupe d'intervenants en SST, entre autres par l'analyse de leurs interventions. Ces praticiens ont accepté de participer à un groupe de travail voué à l'élaboration des outils et à leur mise à l'essai. Outre ce groupe de travail, le dispositif de recherche comportait également un comité de suivi.

3.3.1 Composition et fonctionnement du groupe de travail

Le développement des outils s'est donc appuyé sur l'expérience de ces intervenants externes, qui en ont testé la pertinence et la convivialité et dont les commentaires ont mené à une révision substantielle. Le groupe de travail a ainsi été composé de 14 intervenants au total⁷ appartenant à trois associations sectorielles paritaires en SST (ASP) et à trois équipes de santé au travail du réseau public québécois, ces dernières étant à l'emploi de Centres de santé et de services sociaux⁸. Les participants issus des ASP avaient le statut de conseiller « généraliste » ou « spécialiste » ou de coordonnateur, ceux des équipes de santé au travail étaient issus de trois professions différentes (technicien-ne en hygiène du travail, infirmier-ère et médecin). Il

⁷ Des départs en cours de projet, pour des motifs non reliés à la recherche, ont été comblés par de nouveaux membres, le nombre initial de participants étant de 12.

⁸ Pour assurer la confidentialité des cas d'intervention au cours desquels les outils ont été mis à l'essai, ces intervenants ne peuvent être nommés.

s'agissait d'hommes et de femmes, dont le nombre d'années d'expérience était varié : certains avaient à leur actif de nombreuses années d'expérience (jusqu'à trente ans) alors que d'autres étaient récemment diplômés, affichant peu d'années d'expérience (d'une à quatre années) au début du projet. Cela s'est avéré propice à la formalisation des savoirs, les moins expérimentés soulevant des questions auxquelles les plus expérimentés avaient dû trouver des réponses autrefois, sans les avoir pour autant formalisées, et souvent de nouvelles questions.

3.3.2 Activités réalisées par les membres du groupe de travail

Entre décembre 2005 et décembre 2007, le groupe s'est rencontré à 10 reprises. À l'occasion de la première rencontre, une « Charte des valeurs et des rôles » (cf. annexe 3) a été adoptée, afin de favoriser des échanges fructueux et respectueux entre les participants, et avec les chercheurs. La méthodologie de l'élaboration de chacun des outils est exposée plus en détails dans les sections de ce document consacrées spécifiquement à chacun d'eux. On donne ici des indications générales sur les activités des participants au groupe de travail, lors des rencontres, et entre celles-ci.

Lors des premières rencontres, une première version de chacun des outils a été présentée, à raison d'un par séance. Ces présentations étaient précédées ou suivies d'échanges visant la formalisation des savoirs d'expérience. Diverses formules ont été utilisées : travail en petites équipes et simulations (exercice du sosie, etc.), échanges en plénière. Les échanges ont porté, entre autres, sur les thèmes suivants : les critères d'une intervention « réussie »; la lecture du contexte de l'établissement et les choix de stratégie d'intervention qui en découlent; la définition des objectifs; les moyens d'utiliser et de développer les capacités et la volonté d'agir; les dilemmes éthiques rencontrés et les moyens utilisés ou souhaités pour les traiter. Les membres de l'équipe de recherche agissaient comme animateurs.

Dans les semaines suivant le premier contact avec l'outil, les intervenants en faisaient l'expérimentation et, au cours des séances suivantes ou lors d'entrevues individuelles, ils étaient invités à faire part de leur appréciation : en quoi l'outil était utile (ou non) pour les interventions qu'ils menaient, quels problèmes avaient-ils rencontrés lors de l'utilisation et comment l'outil pourrait-il être amélioré? De plus, les chercheurs ont recueilli les outils complétés par les participants afin de comprendre comment ils étaient utilisés. En plus de colliger les commentaires sur les outils à l'occasion des réunions du groupe de travail, l'équipe de recherche a également procédé à un suivi individuel, puis à des entrevues semi-dirigées.

Ainsi, au fur et à mesure de leur présentation, les participants ont pu expérimenter une première puis une deuxième version de chacun des outils proposés dans une, deux ou trois interventions, selon les possibilités offertes par leur pratique professionnelle. Le tableau en annexe 4 fait état des activités menées lors des 10 rencontres du groupe de travail, et entre celles-ci, par les intervenants.

3.3.3 Matériaux recueillis et analysés

Au total, l'un ou l'autre ou l'ensemble des outils ont été testés dans 27 interventions. La sélection de ces interventions s'est faite essentiellement sur la base des critères suivants, tels que définis

dans le devis d'activité, de manière à maximiser la diversité des contextes et des types d'intervention :

- la taille (afin d'étudier, entre autres, de petits établissements : cela a été fait dans 10 interventions sur 27);
- l'organisation à laquelle appartient l'intervenant (chacune des ASP et des équipes de santé au travail), de manière à étudier le rôle de la nature de la relation inter-organisationnelle et du mandat sur lequel elle s'appuie;
- l'origine de l'intervention (demande de l'établissement, offre acceptée, obligation pour l'établissement, élaboration et réalisation d'un programme de santé spécifique à un établissement).

Ce dernier critère visait à ce que parmi les interventions étudiées, certaines aient lieu dans des conditions *a priori* plus, ou au contraire, moins favorables à la production de changements; dans le cas des obligations, les intervenants avaient à créer ou recréer les conditions favorables à la production de changements à visée préventive.

Un même cas pouvait répondre à un ou à plusieurs de ces critères. Il s'agissait donc d'un échantillonnage raisonné, qui ne visait pas la représentativité statistique, mais plutôt la couverture des conditions susceptibles d'avoir une influence sur les résultats des interventions, et sur les stratégies adoptées.

Pour arriver à remplir ces différentes conditions, une liste de critères a été fournie aux participants au groupe de travail; elle se trouve en annexe 5. Les contacts réguliers avec l'équipe de recherche, entre les rencontres du groupe de travail, permettaient de vérifier si une intervention qui allait s'amorcer rencontrait des critères non encore comblés dans l'échantillon d'interventions déjà en cours sur lesquelles des matériaux allaient être recueillis.

Les caractéristiques des établissements dans le cadre desquelles les outils ont été testés sont exposées dans les tableaux qui se trouvent en annexe 6. L'échantillon d'établissements comprend donc une grande variété de tailles d'établissements, relevant d'entreprises privées, d'organisations publiques ou parapubliques, tant dans le secteur manufacturier que dans les services. En particulier, l'objectif de couvrir une proportion importante de petits établissements a été atteint (voir Tableau 1, annexe 6). Cela s'était avéré difficile lors de l'étude précédente. On sait en effet que l'organisation de la prévention en SST y rencontre des obstacles particuliers. De même, nous souhaitions que les outils puissent être testés dans des établissements non syndiqués, ce qui a pu être fait dans au moins six cas (voir Tableau 3, annexe 6).

À l'occasion de l'étude précédente, la majorité des interventions analysées découlaient de demandes de l'établissement, ou d'offres de l'intervenant. Cette fois, 11 interventions sur 27 découlent d'une forme d'obligation : huit de l'élaboration, la mise en œuvre ou la révision du PSSE (obligation pour l'employeur, mandat pour l'intervenant), et trois d'une obligation formulée par un inspecteur de la CSST (soit que l'inspecteur ait demandé à l'intervenant d'entrer en contact avec l'établissement, soit que l'établissement ait contacté l'intervenant pour obtenir de l'aide afin de se conformer à une obligation formulée par l'inspecteur) (voir Tableau 3, annexe 6).

Les interventions où les outils ont pu être testés concernent une grande variété de risques, tant d'atteintes à la santé qu'à la sécurité (bruit, contaminants chimiques, risques machines, troubles musculo-squelettiques, santé mentale, violence). Certaines interventions s'adressent à un seul type de risque, d'autres à plusieurs, d'autres encore à tous les types de risques, puisqu'elles visent l'élaboration et la mise en œuvre d'un programme de prévention. D'autres visent plutôt l'organisation de la prévention, sans concerner un type de risque en particulier. Dans l'ensemble, les interventions où les outils ont été testés étaient de nature très variée, soit l'assistance au comité de SST, l'information ou la formation, celle-ci s'adressant à des travailleurs ou à des formateurs, le soutien à la formation par un formateur interne, l'information aux travailleurs, représentants des travailleurs ou de l'employeur sur les risques et mesures préventives, l'assistance à l'identification des risques par l'établissement; certaines interventions consistaient en de l'ergonomie participative, de l'information, de la formation, ou de l'assistance pour l'élaboration et l'implantation d'un plan d'action spécifique ou un programme de prévention; finalement, d'autres interventions consistaient en la surveillance médicale des travailleurs.

En fin de projet, on dénombre 241 entrées au journal de bord pour ces 27 interventions. Pendant la durée de la recherche, l'analyse de contexte a été réalisée à l'aide de l'outil dans 17 interventions, en début d'intervention dans la majorité des cas : dans 12 cas, cela a été fait par les intervenants eux-mêmes, dans cinq autres cas, par l'équipe de recherche, également pour tester les outils. De plus, l'outil d'analyse du contexte a été mis à l'essai par des étudiants à la maîtrise professionnelle en ergonomie de l'UQAM, dans le cadre de travaux pratiques, sous la supervision de Mme Élise Ledoux.

Onze des douze membres de départ du groupe de travail ont été rencontrés en entrevue semi-dirigée, afin d'approfondir la discussion sur la pertinence et la forme de la Feuille de route, au printemps 2006. Sept d'entre eux ont également été rencontrés de nouveau au printemps 2007 pour tester une nouvelle version de la Feuille de route, et dans certains cas, l'Outil de bilan. L'une ou l'autre des versions de la Feuille de route ont ainsi été testées dans neuf interventions. L'Outil de bilan a été complété, sous une forme ou une autre, dans cinq interventions.

L'analyse des outils complétés recueillis auprès de participants, de même que celle des commentaires recueillis lors du suivi individuel et des entrevues, a servi de base pour préparer les discussions suivantes avec les participants et pour réviser les outils. Les cas rapportés par les participants sont utilisés comme illustration dans ce recueil, avec les règles de dépersonnalisation qui s'imposent, et parfois quelques modifications sans conséquence sur le sens à en tirer, dans le même but. Les dernières rencontres du groupe de travail ont été consacrées au recueil des commentaires sur la version finale des outils.

3.3.4 Méthodes d'analyse des matériaux

De manière générale, on peut dire que les analyses effectuées, soit sur les notes manuscrites et les transcriptions verbatim des rencontres du groupe de travail, soit sur les transcriptions des entrevues individuelles, soit sur les outils complétés par les participants (journaux de bord, fiches synthèses de l'analyse du contexte, etc.) ont été faites sous deux angles : du point de vue de la forme des outils, et du point de vue du contenu.

Sous ce deuxième angle, l'analyse s'est faite à l'aide de grilles thématiques, soit inspirées du modèle d'analyse des interventions présenté précédemment, soit construites de manière à la fois déductive et inductive (voir Eisenhardt, 1989), c'est-à-dire en complétant les catégories issues de ce modèle par un ensemble de catégories issues des propos recueillis ou des matériaux écrits par les participants. Comme on l'a vu précédemment, on peut parler d'un processus classique de catégorisation (voir Mucchielli, (dir.) 2004). Lorsqu'il s'est agi d'extraire des principes (en particulier pour le Référentiel accompagnant l'ensemble des outils), nous avons utilisé le procédé d'induction analytique (voir également Mucchielli (dir.) 2004 et Becker 1998) afin de vérifier si ce principe était cohérent avec chacun des cas documentés par les outils complétés ou évoqués lors des échanges entre et avec les membres du groupe de travail.

3.3.5 Comité de suivi

Outre le groupe de travail, un autre mécanisme visait à s'assurer que les outils répondaient bien aux préoccupations des intervenants et de leurs organisations. Un comité de suivi a ainsi été constitué. Il était composé de représentants des directions des organisations participantes (trois associations sectorielles paritaires et trois équipes de santé au travail du réseau public québécois), de chercheurs et de représentants d'organismes professionnels en SST.

Le comité de suivi s'est réuni au début du projet, afin de recueillir les commentaires sur les besoins des organismes de prévention, de valider les orientations du projet, et d'organiser le recrutement puis la participation des intervenants qui deviendraient membres du groupe de travail, sur une base volontaire. Le comité de suivi s'est aussi réuni à mi-projet, après qu'une première version de chacun des outils ait pu être testée. Les commentaires alors recueillis ont été intégrés dans la version finale. Deux cadres d'utilisation des outils, présentés à la section 5, ont alors été soumis et discutés. Ils avaient préalablement été soumis aux intervenants membres du groupe de travail et leurs commentaires intégrés. Les expériences déjà tentées d'intégration des outils, dans leur version préliminaire, avaient alors été prises en compte.

Maintenant que le cadre méthodologique et la démarche générale d'élaboration des outils a été présentée, la section 4 expose la méthodologie spécifique à l'élaboration de chacun des quatre outils, et à la conception des deux documents d'accompagnement.

4. MÉTHODOLOGIE SPÉCIFIQUE À CHACUN DES OUTILS ET RÉSULTATS DE L'ÉLABORATION

Les outils proposés dans le recueil produit par cette activité de recherche sont les suivants :

- le journal de bord, soit un outil de suivi en cours d'intervention qui peut être utilisé dès le premier contact avec l'établissement;
- un outil d'analyse du contexte de l'établissement;
- la feuille de route, soit un outil de définition et de planification de l'intervention, pour y intégrer l'action sur les dimensions socio-organisationnelles des problèmes de SST;
- un outil d'évaluation et de bilan de l'intervention et de ses résultats.

Les outils sont présentés dans le recueil dans l'ordre chronologique de leur utilisation, si elle se fait dès le début d'une intervention et se poursuit jusqu'à un bilan. Cependant, l'intervention en SST est rarement un processus linéaire, mais plutôt une démarche itérative, où le besoin d'analyser ou de ré-analyser le contexte peut se faire sentir alors que l'intervention est déjà entamée, où la planification de l'intervention peut devoir être réajustée, où un bilan peut devoir être fait à mi-parcours, etc. La figure 2 qui suit illustre cette articulation entre chacun des outils. De plus, chacun d'eux est d'usage facultatif : un intervenant peut choisir de n'en utiliser qu'un, et pas les autres.

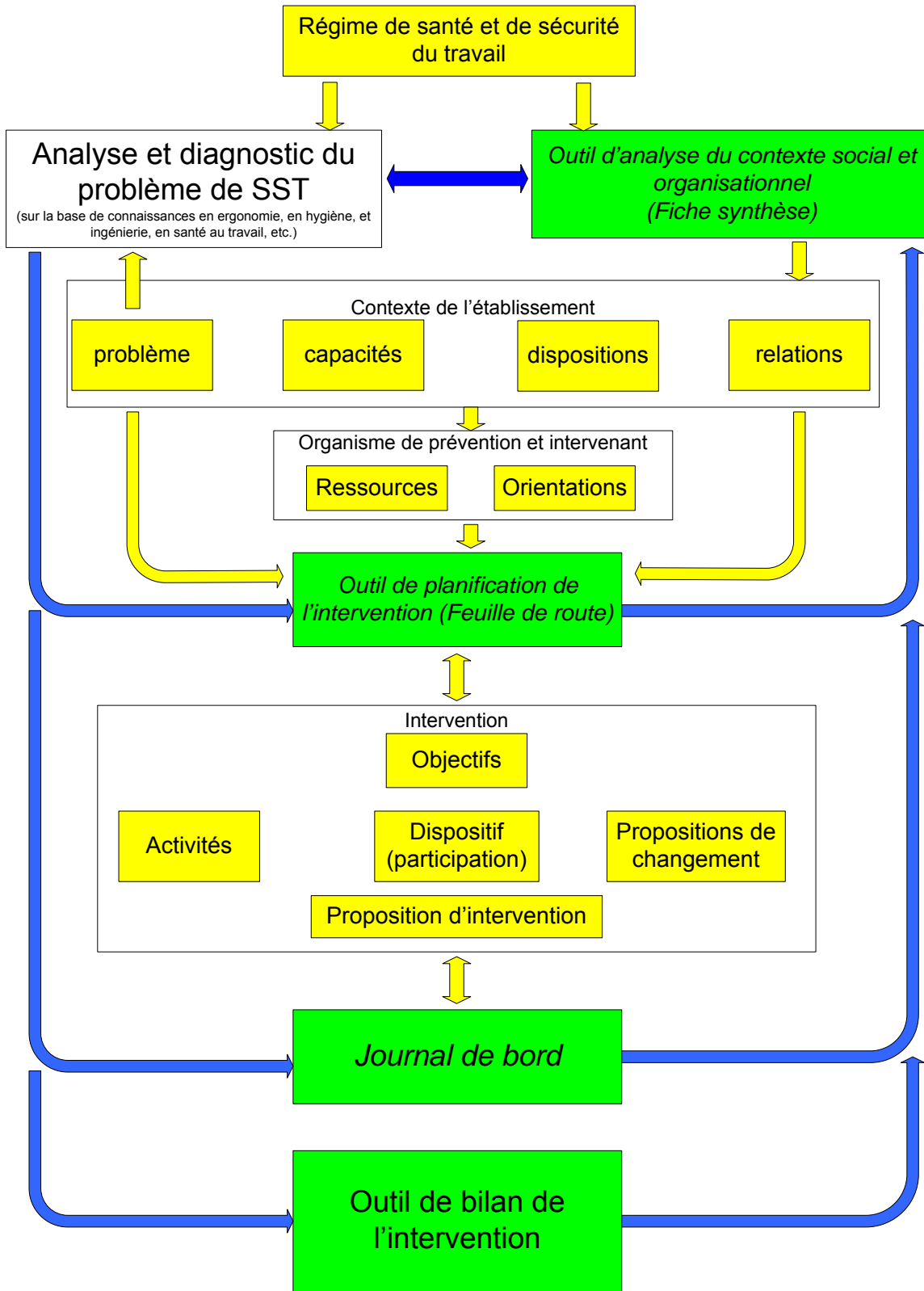


Figure 2 - L'articulation entre les différents outils

4.1 Le « Journal de bord »

Cet outil permet à l'intervenant de consigner des données sur chacune des activités qu'il entreprend à l'intérieur (ou lors) d'une intervention et sur ce qu'il apprend du contexte social et organisationnel de l'établissement. L'outil suggère une réflexion sur les leviers et les obstacles que recèle la situation d'intervention. Chaque journal de bord peut tenir sur une page, ou sur autant que nécessaire.

4.1.1 Méthodologie spécifique d'élaboration et de validation

Le Journal de bord a été le premier outil présenté aux participants au groupe de travail. Ils ont pu expérimenter une première puis une deuxième version de celui-ci. Il s'inspire largement du journal de bord précédemment élaboré et utilisé par Bellemare et coll. (2001) lors d'une recherche-intervention sur la prévention des troubles musculo-squelettiques; il servait alors aux membres de l'équipe de recherche à consigner et échanger les informations et réflexions sur le déroulement de leurs actions dans le milieu. Une version modifiée et adaptée a été produite à l'intérieur de la présente recherche. Chacun des participants a pu la tester dans une, deux ou trois interventions, selon les possibilités offertes par leur pratique professionnelle. Les chercheurs ont ainsi recueilli, en date de mars 2007, 241 journaux de bord pour 27 interventions. Les modifications menant à la version finale ont été faites sur la base de l'analyse :

- des journaux de bord recueillis au fil du projet;
- des commentaires des participants lors des rencontres du groupe de travail (en particulier les rencontres du 30 janvier 2006, lors de la première présentation de l'outil, et du 18 septembre 2006, après expérimentation par les participants);
- des commentaires faits sur les autres outils, en particulier l'Outil d'analyse du contexte, et la Feuille de route (outil de planification), afin d'assurer la cohérence de chacun des outils (en particulier après la rencontre du 18 septembre 2006 et à l'occasion puis à la suite des deux rencontres finales).

La version finale se trouve à l'annexe 7.1.

4.1.2 Contenu

Le Journal de bord comprend bien sûr des informations factuelles, comme le nom de l'établissement, le numéro de la fiche du journal de bord, le titre de l'intervention, la date et le type d'activité (visite, téléphone, etc.), le nom et la fonction des personnes avec qui l'échange a eu lieu. Un espace sert à préciser l'objectif général de l'intervention et celui propre à l'événement ou l'activité relaté, un autre à noter les informations pertinentes quant au contenu et au déroulement de cet échange, puis un autre spécifiquement quant aux résultats (des décisions, des idées de solution, etc.).

Puisque le journal de bord vise à soutenir la réflexion sur les dimensions sociales et organisationnelles de l'intervention et de son contexte, on y trouve un espace pour rapporter les

informations nouvelles acquises sur ce contexte, en particulier sur les enjeux que peut représenter l'objet de l'intervention pour les différents acteurs, sur leurs dispositions à ce que des changements aient lieu, sur leurs relations entre eux et sur les capacités présentes dans l'établissement pour réaliser ces changements. L'utilisateur du journal de bord peut y noter toute nouvelle proposition formulée lors de l'échange, son état (est-elle acceptée, par qui, en cours ou terminée?), les tâches à faire, par qui et pour quand, de même que la ou les prochaines activités prévues ou à prévoir. Enfin, un espace est réservé pour des commentaires : Si c'était à refaire, faudrait-il s'y prendre ainsi? Faut-il revoir l'analyse du contexte et la planification de l'intervention? Ainsi, le journal de bord renvoie aux deux autres outils que sont la Fiche synthèse de l'analyse du contexte, et la Feuille de route.

Comme les autres outils, le Journal de bord n'est pas destiné à être utilisé dans toutes les interventions. Par contre, dans certaines d'entre elles, il pourrait être utile d'en faire un usage systématique, c'est-à-dire à chaque activité à l'intérieur d'une intervention donnée, dont les contacts avec les différents acteurs de l'établissement (contact téléphonique, visite), par exemple : lors d'une intervention qui constitue une tentative de développement dans un nouveau secteur ou sur une nouvelle problématique; lorsqu'un intervenant devra être remplacé pour la suite d'un dossier; pour le transfert de connaissance entre les intervenants, des plus expérimentés vers les moins expérimentés; pour l'échange entre divers intervenants travaillant à un même dossier; pour structurer la réflexion au cours d'une intervention complexe, particulièrement difficile, dans un contexte conflictuel, sur un sujet qu'une seule personne maîtrise actuellement, etc.

Le journal de bord peut être adapté au contexte de chaque organisation, selon qu'il existe ou non des outils de suivi au jour le jour (des notes d'évolution, par exemple).

4.2 La « Fiche synthèse de l'analyse du contexte » et le guide pour l'analyse du contexte

D'une manière générale, l'intervention vise à faire cheminer un milieu de travail d'un point A (une situation qui n'est pas satisfaisante) à un point B (une situation « améliorée »). Savoir analyser le contexte constitue une compétence clé pour les intervenants en entreprise et le domaine de la SST ne fait pas exception. L'outil d'analyse du contexte a précisément pour but de guider l'intervenant lorsqu'il souhaite faire le point sur le contexte du milieu de travail dans lequel il est appelé à travailler. Il ou elle peut choisir d'effectuer cette analyse au début d'une intervention, afin de mieux la planifier. Il est possible aussi qu'en cours de route l'intervenant sente la nécessité de donner une orientation différente à ses actions. Une relecture du contexte, souvent changeant dans la réalité des milieux de travail, peut alors s'avérer utile.

4.2.1 Méthodologie spécifique d'élaboration et de validation

L'outil d'analyse du contexte est le second qui a été présenté aux membres du groupe de travail. Pendant la durée de la recherche, l'analyse de contexte à l'aide de l'outil a été réalisée par les intervenants eux-mêmes dans 12 interventions, en début d'intervention dans la majorité des cas. De plus, les chercheurs l'ont testé, sur la base des Journaux de bord, dans cinq autres cas. Les

premières versions de la Fiche synthèse de l'analyse du contexte et du guide de cet outil ont été élaborées sur la base :

- des résultats de l'étude précédente;
- de la littérature scientifique, alors recensée et mise à jour, sur le rôle du contexte;
- d'une première série de journaux de bord remplis, recueillis auprès des participants au groupe de travail.

Une seconde version de l'Outil d'analyse du contexte et du guide a été produite à partir :

- des commentaires recueillis sur la première version, lors d'une rencontre du groupe de travail (30 janvier 2006) et de l'analyse des cas d'intervention rapportés par écrit par les intervenants, à l'occasion d'un exercice réalisé lors de cette même rencontre;
- de la transcription du verbatim d'un échange lors d'une rencontre du groupe de travail (10 avril 2006) sur le thème des informations prises en compte pour la planification ou la définition des interventions;
- de l'analyse des journaux de bord qui ont suivi;
- de l'analyse de douze Fiches synthèses de l'analyse du contexte remplies par les participants.

La version finale se trouve à l'annexe 7.2.

4.2.2 Contenu

Quant au contenu, la réflexion proposée sur le contexte s'articule autour de cinq thèmes. Le tableau 1 qui suit présente les questions guidant le recueil d'informations sur chacun d'eux.

Tableau 1 - Thèmes abordés par l'Outil d'analyse du contexte et questions pour dresser un état de la situation

Thème	Questions faisant l'objet d'un recueil d'information
1. L'origine de l'intervention	<p><i>Est-ce que l'intervention découle d'une demande, d'une offre ou d'une obligation? Qu'est-ce qui la déclenche?</i></p> <p><i>Qui sont les acteurs à l'origine de l'intervention?</i></p> <p><i>Qui sont les acteurs qui peuvent avoir une influence sur le problème et sur les possibilités de changement?</i></p>
2. Les caractéristiques du milieu de travail qui influencent le problème et les possibilités d'action	<p><i>Quelles sont les caractéristiques structurelles du milieu de travail (taille, qualifications, roulement, etc.)?</i></p> <p><i>Quel est le mode de gestion, d'organisation du travail?</i></p> <p><i>Quelles sont les relations de travail dans l'établissement?</i></p> <p><i>Quelle est la situation économique de l'établissement?</i></p> <p><i>Y a-t-il d'autres événements en cours dans l'établissement?</i></p>
3. Les dispositions à agir des différents acteurs	<p><i>Comment les différents acteurs se représentent-ils le problème à résoudre ?</i></p> <p><i>Selon les différents acteurs de l'établissement :</i></p> <p><i>Par quels moyens le problème devrait-il être réglé?</i></p> <p><i>Quels sont les enjeux de la situation?</i></p> <p><i>Quelle relation y a-t-il entre le travail et la santé?</i></p> <p><i>Que faut-il faire pour résoudre le problème?</i></p> <p><i>Quelles sont les obligations légales de l'établissement quant à l'organisation de la prévention? Quant à ce problème en particulier?</i></p>
4. Les capacités présentes dans le milieu de travail pour agir sur le « problème » :	<p><i>Qu'est-ce qui a déjà été tenté pour résoudre le problème?</i></p> <p><i>Quelles sont les structures en prévention présentes dans l'établissement?</i></p> <p><i>Quelles sont les activités en prévention déjà en place dans l'établissement?</i></p>
5. Les relations entre les différents acteurs autour du « problème » :	<p><i>Quelles sont les relations entre les acteurs concernant ce problème?</i></p> <p><i>Quelle est la relation entre les différents acteurs de l'établissement et l'intervenant externe?</i></p>

Puis, à partir de cet état de situation, il est suggéré de mettre en évidence les leviers et les obstacles à l'action souhaitée par l'intervenant. C'est cette analyse qui permet de définir des pistes pour l'intervention : objectifs particuliers à viser, dispositif à mettre en place, propositions de changements à réaliser. Le tableau 2 donne une vue d'ensemble de la structure de l'outil.

Tableau 2 - Vue d'ensemble de l'outil d'analyse du contexte

L'état de la situation	Les leviers et les obstacles	Les pistes pour l'intervention
L'origine de l'intervention	<i>Quels sont les éléments du contexte qui apparaissent favorables à l'intervention?</i>	<i>Est-ce que cette analyse suggère :</i>
Les caractéristiques du milieu de travail		<i>Des objectifs particuliers à viser :</i>
Les dispositions à agir sur le problème	<i>Ces leviers peuvent-ils être utilisés au cours de l'intervention à réaliser?</i>	<i>pour modifier les dispositions à agir dans le milieu de travail (volonté d'agir, connaissances, perceptions)?</i>
Les capacités présentes pour agir sur le problème	<i>Quels sont les éléments du contexte qui apparaissent défavorables à l'intervention?</i>	<i>pour développer les capacités d'agir du milieu de travail?</i>
Les relations entre les acteurs autour du problème	<i>Ces obstacles peuvent-ils être atténués, contournés au cours de l'intervention?</i>	<i>Un dispositif d'intervention (avec qui la réaliser)?</i>
		<i>Des activités (comment réaliser l'intervention)?</i>
		<i>Des propositions de changement (ce qui doit être fait pour faire face au problème)?</i>

Ainsi, à partir des informations recueillies pour chaque thème, il s'agit de pousser la réflexion et de se demander si, telle que décrite, la situation présente des leviers ou des obstacles. De là, il devient possible de définir des pistes pour la planification de l'intervention. Elles découleront des deux questions qui suivent : 1) Est-ce que ces informations amènent à définir des objectifs particuliers pour l'intervention, que ce soit pour développer les capacités d'agir du milieu de travail ou pour modifier les dispositions à agir dans le milieu de travail (volonté d'agir, connaissances, perceptions)? 2) Est-ce que ces informations peuvent être utiles pour définir le dispositif de l'intervention (avec qui la réaliser), les activités (comment réaliser l'intervention) ou les propositions de changement (ce qui doit être fait pour faire face au problème)?

L'outil se présente sous la forme d'une fiche synthèse reflétant la structure présentée au tableau 2. Il est suggéré de la compléter seulement pour les thèmes qui sont jugés pertinents. Par ailleurs, un guide accompagnant l'outil permet de d'orienter l'intervenant dans sa recherche des leviers et

obstacles pour chacun des thèmes. Il a été élaboré sur la base de l'expérience des participants au groupe de travail, tel qu'exposé précédemment. On y retrouve également une rubrique contenant des exemples illustrant la démarche d'analyse du contexte, de l'état de la situation à la définition de l'intervention en passant par la mise au jour des leviers et des obstacles. Cette rubrique montre, pour chaque thème, comment un praticien a pu construire son intervention en réalisant la démarche d'analyse proposée, c'est-à-dire en formalisant un peu plus cette réflexion, et éventuellement, à l'aide des outils, en la poussant un peu plus avant.

4.3 La « Feuille de route », le guide l'accompagnant et le Référentiel de l'ensemble des outils

La **Feuille de route** veut permettre à l'intervenant de formaliser comment il entend mener l'intervention, en fonction de l'analyse du contexte, de ses orientations et de ses ressources, de même que de celles de son organisation. Elle est accompagnée d'un guide qui contient un ensemble de questions à cet effet. Les matériaux et le procédé d'élaboration utilisé pour ces deux documents sont également ceux qui ont mené à l'élaboration du **Référentiel** qui accompagne l'ensemble des outils; c'est pourquoi les trois sont présentés en même temps. Le Référentiel reprend le contenu du Guide de la Feuille de route, en ajoutant d'autres sections.

4.3.1 Méthodologie spécifique d'élaboration et de validation

Dans le processus d'élaboration et de validation des outils, ce sont d'abord la Feuille de route et le Référentiel de l'ensemble des outils qui ont été élaborés. Afin que les utilisateurs de la Feuille de route disposent d'un guide facile à consulter, on a, à la suite de la validation du contenu du Référentiel, extrait un document plus court, soit les sections contenant les questions visant à guider l'action. Cela a produit le Guide de la Feuille de route, selon la même structure que le Guide de l'outil d'analyse du contexte, qui contient également des questions. Le Référentiel est donc un document plus substantiel, contenant d'autres sections (principes, exemples, etc.) qu'on décrira plus loin. Les membres du groupe de travail ont donc eu entre les mains des versions successives de la Feuille de route et du Référentiel. Elles ont été élaborées sur la base de différents matériaux, soit :

- les journaux de bord recueillis entre janvier 2005 et août 2006, soit 165 entrées pour 16 interventions;
- l'analyse des cas d'intervention soumis par écrit par les participants au groupe de travail, pour un exercice tenu lors de la rencontre du 5 décembre 2005;
- l'analyse du verbatim d'un exercice mené en trois ateliers concurrents, à l'occasion de la rencontre du 10 avril 2006 du groupe de travail : inspiré par l'exercice de l'instruction au sosie et par les travaux d'Yves Clot (2001), il s'agissait pour les participants à l'atelier de questionner l'un des membres, comme s'ils devaient le remplacer le lendemain dans une intervention donnée, afin de découvrir quels étaient les critères le guidant et les modalités d'action à utiliser;

- la transcription verbatim de trois ateliers de discussion sur les dilemmes éthiques rencontrés par les participants, d'une durée de deux heures chacun (rencontre du groupe de travail du 25 mai 2006);
- des entrevues avec neuf des douze membres de départ du groupe de travail, au printemps 2006, pour tester une première version de la Feuille de route;
- l'analyse de l'enregistrement des échanges sur la première version de la Feuille de route, lors de la rencontre du groupe de travail du 18 septembre 2006, de même que des échanges à cette occasion sur les indicateurs à utiliser;
- une nouvelle série d'entrevues avec sept membres du groupe de travail, à l'hiver et au printemps 2007, pour tester une seconde version de la Feuille de route : l'entrevue était menée sur la base des journaux de bord déjà recueillis sur une intervention en particulier, et la nouvelle version de la Feuille de route était complétée rétrospectivement;
- l'analyse de l'enregistrement de la rencontre du groupe de travail du 15 mars 2007, où une synthèse des principes et questions dégagées jusque-là pour constituer le Référentiel, dont on a ensuite extrait le Guide de la Feuille de route, a été présentée, et les commentaires recueillis (voir le tableau 3 qui suit);
- les résultats d'un questionnaire sur les problèmes éthiques rencontrés, qui a pu être rempli par sept des participants, à l'été 2007 : le questionnaire anonyme reprenait les 26 énoncés du Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail, et demandait aux répondants d'indiquer quelle était la fréquence à laquelle ils rencontraient des difficultés à mettre en œuvre chacun de ces principes, d'estimer la gravité des situations rencontrées, et de commenter ou d'illustrer;
- les commentaires recueillis lors des deux dernières rencontres du groupe de travail (23 et 30 novembre 2007) sur la Feuille de route et sur le Référentiel, préalablement envoyés aux participants en octobre 2007;
- les commentaires écrits de cinq participants sur cette même version, recueillis entre décembre 2007 et mars 2008.

L'analyse de ces différents matériaux a servi à dégager des questions et des principes qui guident l'action, de même qu'à repérer des dilemmes éthiques et des problèmes, des trucs de métier pour y faire face, et des exemples. En effet, les échanges au sein du groupe de travail ont mené à constater que ces orientations sont complètement intégrées par les intervenants expérimentés, et que les novices peinent parfois à ce qu'elles soient explicitées tant elles semblent aller de soi. Or, les échanges rendus possibles par les outils favorisent cette formalisation et la mise en débat de ces orientations.

Les 26 principes inscrits au Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail adopté par la Commission internationale de la santé au travail (CIST) (2002) se sont avérés un support très intéressant pour que les intervenants membres du groupe de travail

puissent évoquer divers problèmes rencontrés et les stratégies utilisées ou souhaitées. Tel qu'indiqué, une discussion sur les enjeux éthiques tenue lors de la rencontre du 25 mai 2006 a suscité beaucoup d'intérêt. Elle visait à repérer les situations de dilemme éthique rencontrées par les participants et les principes alors appliqués. On a ainsi pu examiner les difficultés rencontrées dans la mise en œuvre des principes définis par le Code international d'éthique et quels étaient les moyens utilisés ou souhaités pour arriver à ce qu'ils puissent être respectés. On en a donc ressorti des exemples de situations difficiles, de réponses mises en œuvre et de moyens pour trouver ces réponses.

L'analyse des différents matériaux s'est donc faite en plusieurs étapes. La partie grisée du tableau suivant représente la grille d'analyse qui a été utilisée pour dépouiller une première série de ces matériaux, dont les journaux de bord recueillis entre janvier 2005 et août 2006 (soit 165 entrées pour 16 interventions) et le verbatim des trois ateliers de discussion sur les problèmes éthiques, lors de la rencontre du 25 mai 2006. Le document synthèse alors constitué a servi à l'animation d'un échange structuré, qui a occupé toute la rencontre du groupe de travail du 15 mars 2007. La seconde partie du tableau illustre les questions qui ont servi à l'animation de cette rencontre et au dépouillement de l'enregistrement et des notes manuscrites prises par les membres de l'équipe de recherche.

Tableau 3 - Grille d'analyse des matériaux pour la mise au jour des questions et principes guidant l'action des intervenants, puis pour leur discussion par le groupe de travail

Analyse des matériaux (journaux de bord, outils d'analyse du contexte, etc.)	Description de la situation	Question posée par l'intervenant sur la situation, pour définir son intervention	Principe appliqué par l'intervenant	Moyens utilisés pour l'application du principe
	Situation 1...			
	Situation 2...			
	Situation 3...			
	etc.			
Questions discutées en plénière (rencontre du groupe de travail du 15 mars 2007)	Autres exemples de situations où cette question s'est posée, ce principe s'est appliqué (ou ne s'appliquerait pas)?	Est-elle pertinente? Y en a-t-il d'autres?	D'accord? Applicable? En proposez-vous un autre?	Accord avec ce moyen? Autre proposé?
	Situation x...			
	Situation y...			
	Situation z...			
	etc.			

Le tout a servi à compléter le contenu du Référentiel, puis du Guide de la Feuille de route, présentés sous une forme plus conviviale. Le Référentiel a été soumis à l'ensemble des 14 membres du groupe de travail pour commentaires sous format électronique, manuscrit ou verbal. Les chercheurs demandaient alors aux participants de répondre aux questions suivantes : Est-ce

que cela reflète bien ma pratique (est-ce que c'est bien de ça que je tiens compte pour décider de ce que je fais)? Est-ce que c'est cela qu'il faut transmettre aux nouveaux intervenants en SST? Les deux dernières rencontres du groupe de travail, tenues les 23 et 30 novembre 2007, ont été consacrées à recueillir ces commentaires. De plus, cinq participants ont ensuite soumis leurs commentaires par écrit.

Des cas rapportés par les participants dans ces différents matériaux sont utilisés dans le Référentiel, avec les règles de dépersonnalisation qui s'imposent, et parfois des modifications mineures effectuées dans le même but.

La version finale se trouve à l'annexe 7.3.

4.3.2 Contenu

La Feuille de route et son guide

La Feuille de route se présente comme une série de tableaux dont les entêtes sont des questions, les numéros indiqués ici entre parenthèse correspondant à ces questions.

L'intervenant est d'abord invité à formaliser sa définition du problème (1), construite à partir des premières visites et rencontres et de l'utilisation de l'outil d'analyse du contexte. Cette définition comporte à la fois une définition technique, sur la base des connaissances disciplinaires (par exemple, sur les TMS, en ergonomie). La dimension sociale et organisationnelle, qui demeure plus souvent implicite, correspond plutôt à de premières hypothèses sur les raisons expliquant que le problème « technique » soit présent, et n'ait pas été reconnu et traité (ou pas adéquatement) jusqu'ici (par exemple, l'achat de l'entreprise par un nouveau propriétaire, posant des exigences de rentabilité à court terme, ce qui amène à une intensification du travail sous plusieurs formes).

L'intervenant est ensuite amené à mettre à plat ses orientations (2) et celles de son organisme face à ce type de problème (par exemple, ne pas former directement les travailleurs, mais former et accompagner un formateur/agent de changement, dans l'établissement).

Par ailleurs, les choix de stratégies sont clairement influencés par les ressources (3) dont l'intervenant et son organisation disposent à un moment donné dans le temps, comme les connaissances et l'expérience, les occasions d'échanges professionnels sur l'intervention et sa dimension socio-organisationnelle, le temps, la crédibilité par rapport aux différents acteurs de l'établissement, le mandat et les pouvoirs.

Au cours du projet, les différentes activités destinées à faire ressortir le processus par lequel les intervenants membres du groupe de travail construisent leur intervention ont fait ressortir la diversité des types d'objectifs (6) que ceux-ci se fixent. Étant donné la relation à long terme permise par le mandat des organismes dont ceux-ci proviennent (associations sectorielles paritaires et équipes de santé au travail du réseau public), les objectifs concernent soit des effets finaux sur les lésions ou les symptômes, soit des niveaux d'organisation de la prévention ou de « prise en charge », soit les deux. Le feuille de route les invite donc à formaliser ces objectifs, en définissant des indicateurs quantitatifs ou qualitatifs (« Si ça réussit, je pourrai observer que

... »). Cette formalisation permet des échanges sur la cohérence des objectifs et de la définition du problème, puis, au point suivant, sur celle de ces objectifs avec les moyens envisagés.

L'étape suivante constitue un retour sur l'état de la situation, que l'Outil d'analyse du contexte a pu aider à dresser. Ce dernier conclut à la présence d'une série de leviers et d'obstacles, liés à l'origine de l'intervention, aux caractéristiques du milieu de travail qui influencent le « problème » et les possibilités d'action, aux dispositions à agir (perceptions du « problème » des différents acteurs, enjeux), aux capacités présentes dans le milieu de travail pour agir sur le « problème » et finalement aux relations entre les différents acteurs du milieu de travail autour du « problème ». Le guide accompagnant la Feuille de route fait état des questions qu'ont évoquées les intervenants participant au groupe de travail, de celles qui les aident à définir des pistes d'action: (4) Comment utiliser ou développer les dispositions favorables? et (5) Comment utiliser et développer les capacités nécessaires? Les échanges entre novices et expérimentés du groupe de travail ont été très riches à cet égard, puisque c'est sur cette base, le plus souvent informelle, que s'opèrent les choix quant aux activités à réaliser avec le milieu de travail (8), au dispositif de participation à proposer (7), au partage des tâches entre les acteurs et avec l'intervenant et aux échéanciers (10).

Les indices recueillis par les intervenants quant aux capacités et aux dispositions des différents acteurs sont également pris en compte dans la définition du dispositif de participation, c'est-à-dire les structures permettant des échanges « techniques » et « politiques » et le rôle attendu des directions, des superviseurs, des travailleurs et de leurs représentants, des maîtres d'ouvrage. Des principes sont également ressortis à cet égard, tels que la nécessité de la participation d'un acteur interne en mesure de coordonner l'action préventive, quitte à ce que cela passe par des activités visant spécifiquement à habilitier quelqu'un à jouer ce rôle, etc.

Finalement, les points (9) et (10) de la Feuille de route et du guide concernent respectivement la définition des propositions de changement à réaliser par le milieu de travail, et la négociation d'une proposition d'intervention (partage des tâches, échéanciers et conditions nécessaires à l'intervention). Les capacités présentes influencent largement la forme des propositions, c'est-à-dire leur degré de mise en application (ou en oeuvre), de manière à éviter que l'implantation bloque faute de capacité à traduire un concept en spécifications concrètes. La définition des conditions nécessaires à l'intervention et leur « négociation », plus ou moins formelle selon le cas, apparaît aussi comme une étape influençant largement l'issue de l'intervention.

Le Référentiel

Comme on l'a indiqué précédemment, les matériaux ayant servi à l'élaboration de la Feuille de route ont également conduit à l'élaboration d'un « référentiel », nommé ainsi parce qu'il contient, entre autres, des principes issus de la pratique.

Le plan du document reprend la même structure que celle du Guide de la Feuille de route, avec la même numérotation. On a vu que le Guide est en fait un extrait du Référentiel, destiné simplement à accompagner l'utilisation de la Feuille de route, et contenant donc essentiellement des questions. Le Référentiel couvre un contenu plus vaste et s'intéresse ainsi aux points suivants, qui reprennent la chronologie type d'une intervention :

1. La définition du problème

2. Les orientations de l'intervenant et de son équipe, de son organisation
3. Les ressources de l'intervenant et de son équipe, de son organisation

Retour sur le contexte

4. L'utilisation et le développement des dispositions favorables des différents acteurs de l'établissement
5. L'utilisation et le développement des capacités des différents acteurs de l'établissement

L'intervention et sa négociation

6. Les objectifs et la stratégie générale de l'intervention
7. Le dispositif de participation des différents acteurs de l'établissement
8. Les activités à réaliser avec le milieu de travail
9. La définition des propositions de changement à réaliser par le milieu de travail
10. La proposition d'intervention et la négociation des conditions d'intervention

Les sections de ce référentiel reprennent toutes le même plan soit :

Principes et questions pour guider l'action

Principes tirés du Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail

Dilemmes éthiques et problèmes possibles

Quelques trucs de métier...

Quelques exemples tirés de l'expérience d'intervenants.

Dans la partie « Principes et questions pour guider l'action », on retrouve d'abord des questions qui sont apparues comme guidant implicitement ou explicitement l'action des intervenants participant au groupe de travail : c'est sur la base de cette information que ceux-ci construisent ensuite la manière dont ils vont s'y prendre. Elles sont déjà présentes dans le Guide de la Feuille de route (Partie 4 du présent recueil).

Ces « principes » sont les règles explicites ou implicites qui sont apparues comme guidant l'action des intervenants participant au groupe de travail ayant collaboré à l'élaboration et à la mise à l'essai de ces outils et des documents les accompagnant. On a conservé seulement ceux qui semblaient cohérents avec les propos de chacun lors des échanges et avec les actions rapportées dans les journaux de bord. Ils ne sont donc pas des absolus, mais des fils conducteurs, qui sont parfois adaptés (et éventuellement modifiés, mis de côté) en fonction du contexte. Il reste des variations importantes entre les individus, selon leur expérience et leurs orientations personnelles, et selon leur appartenance à un organisme ou à un autre.

Pour les « Principes et questions pour guider l'action » et pour les « Trucs de métier », on distingue ce qui est « à l'échelle de l'intervenant » et ce qui est plutôt « à l'échelle de l'organisme de prévention ». Dans ce dernier cas, cela relève en effet d'orientations, de décisions, de moyens pris ou à prendre par l'organisme de prévention qui emploie l'intervenant, plutôt que de la seule initiative individuelle.

Il demeure, malgré ces questions, ces principes et ces trucs de métier, des situations problématiques, et d'autres où se posent des dilemmes éthiques. Ils sont donc également présentés. On peut imaginer que les échanges entre des intervenants à ce sujet mèneraient au développement d'autres « trucs de métier », à des discussions faisant émerger des principes d'action, et à des réflexions à l'échelle de l'organisme de prévention pour définir des orientations à cet égard. Il faut espérer que le présent référentiel aidera à de tels échanges dans le futur.

Puisque chaque intervenant et chaque organisme peut souhaiter modifier, bonifier, ajouter les principes et questions pour guider l'action, évoquer d'autres problèmes ou dilemmes éthiques, et faire état d'autres trucs de métier ou d'autres exemples, on retrouve, au fil des sections, des lignes vierges, réservées à ces adaptations. Elles pourront être faites facilement sur la version électronique du document.

Cette structure s'appuie donc sur le modèle à la base de l'ensemble des outils.

Ainsi, au cours des différentes activités menant à l'élaboration puis à la validation des outils, un ensemble de stratégies ont pu être partagées, et sont reprises dans le Référentiel. Par exemple, l'action sur les dispositions ou les représentations des acteurs via les activités prendra différentes formes, selon que l'intervenant décèle que le fait pour un acteur de considérer qu'il n'y a pas de problème, ou que le problème n'est pas important, ou de ne pas appuyer l'intervention ou ses objectifs découle d'un manque d'information, de connaissances, de la perception que l'action préventive serait contraire à un autre critère important pour lui, de la perception qu'il n'est pas possible de changer cette situation, ou de la perception que les changements ne se réaliseront pas dans l'établissement, etc. De même, selon l'écart perçu entre les capacités présentes et celles qui sont nécessaires à la réalisation des changements devant protéger la santé et la sécurité des travailleurs, l'intervenant fera des propositions particulières quant à la forme des activités visant l'analyse du problème et le diagnostic, la recherche de solutions et leur validation, la diffusion des propositions de changement et l'accompagnement du processus de décision, puis la mise en application, l'implantation et le suivi des propositions de changement.

4.4 L'« Outil de bilan de l'intervention »

Un quatrième outil vise à soutenir la réflexion sur le bilan à tirer de l'intervention. Appelé « Outil de bilan », il vise à la fois :

- 1) un bilan factuel de l'intervention, quant à ses effets et à son processus;
- 2) une réflexion, individuelle ou collective, visant à répondre aux questions suivantes :
 - Qu'est-ce que cela permet d'apprendre?

- Qu'est-ce qu'il est possible d'en tirer comme enseignement pour une autre intervention?
- Qu'est-ce qui pourrait être fait différemment, si c'était à refaire?

4.4.1 Méthodologie spécifique d'élaboration et de validation

La structure de l'outil de bilan étant calquée sur celle de l'outil de planification de l'intervention (Feuille de route), son élaboration s'est appuyée essentiellement sur les mêmes matériaux (voir 4.3.1). Des activités du groupe de travail et des entrevues avec des participants ont cependant fourni des matériaux spécifiques à cet outil, soit :

- l'analyse d'une synthèse des échanges constituée à partir des notes détaillées prises par une assistante de recherche, et de l'enregistrement des échanges, lors de la rencontre du groupe de travail du 10 mars 2006 : l'échange structuré portait sur le thème « Quels sont les critères de succès des interventions? »;
- des entrevues avec cinq membres du groupe de travail, à l'hiver et au printemps 2007, où a été testée une première version de l'outil de bilan, par différents procédés (outil rempli par l'intervenant seul, outil rempli en direct lors de l'entrevue, par l'intervenant et les chercheurs, outil préalablement rempli par les chercheurs quant aux données factuelles, sur la base des journaux de bord et documents produits pour l'établissement, soumis à l'intervenant pour analyse).

La version finale se trouve à l'annexe 7.4.

4.4.2 Contenu

Il existe déjà d'excellents documents permettant de planifier et de réaliser une évaluation des effets d'une intervention, selon les règles de l'art : nous pensons en particulier au guide produit par Robson et coll. (2001) sous le titre « Guide to Evaluating the Effectiveness of Strategies for Preventing Work Injuries : How to Show Whether Safety Intervention Really Works » et repris par l'Intervention Effectiveness Research Team of the National Occupational Research Agenda du NIOSH (2004) sous une forme allégée et illustrée.

L'Outil de bilan vise plutôt un bilan des effets intermédiaires que sont la réalisation des propositions de changement (la mise en place d'activités préventives par exemple), un bilan du processus de l'implantation et un bilan du rôle du contexte. Il s'agit donc surtout d'une occasion d'apprentissage, de « retour d'expérience ». L'outil s'appuie sur la Feuille de route décrite au point précédent et en reprend les différents thèmes.

Quant au bilan factuel des effets, il s'appuie sur la définition des objectifs et d'éventuels indicateurs, et sur la liste des propositions de changement soumises au milieu de travail, dans la Feuille de route.

Quant au bilan du processus, il reprend les stratégies définies concernant les activités à réaliser avec les acteurs, et le dispositif de participation, pour examiner ce qui a pu être fait, les obstacles rencontrés, et la contribution perçue à la réalisation de changements.

L'Outil de bilan se termine par un retour sur les orientations et les ressources de l'intervenant et de l'organisme de prévention, cherchant à savoir s'il y a des conclusions à tirer de l'expérience de cette intervention. Cet outil peut donc servir tant à un apprentissage individuel qu'à un apprentissage collectif, ou mieux, organisationnel.

5. DISCUSSION

5.1 Portée des outils élaborés

Cette activité de recherche a permis l'élaboration d'un recueil d'outils d'aide à la décision et de transfert d'expérience pour les praticiens de l'intervention externe en SST, quant aux dimensions sociales et organisationnelles de ces interventions. À notre connaissance, de tels outils n'existaient pas, bien que plusieurs autres outils ou démarches, en SST, en ergonomie ou dans d'autres champs d'intervention nous aient été utiles. Cette élaboration s'est appuyée sur une étude de cas multiples réalisée antérieurement, qui avait fait l'objet de plusieurs publications scientifiques arbitrées; de plus, elle s'est faite en collaboration avec un groupe d'intervenants, qui ont testé et validé les outils dans des interventions en milieu de travail. La combinaison de ces deux sources renforce, croyons-nous, la qualité scientifique de la démarche.

Les outils élaborés pendant cette activité de recherche sont destinés à offrir aux intervenants en SST un appui pour définir leur trajectoire d'intervention en tirant le meilleur parti des contextes particuliers dans lesquels ils réalisent leurs interventions. Au-delà de cette contribution à la pratique individuelle, les outils, lorsqu'ils sont adoptés par un collectif, pourraient faciliter la transmission des savoirs et ouvrir la voie à une réflexion au sein des organismes de prévention quant aux orientations qu'ils préconisent et quant aux ressources offertes à leurs intervenants et aux milieux qu'ils desservent. Un contenu de formation est en préparation pour formaliser le transfert des outils développés à l'intérieur de cette recherche. De plus, l'analyse des données recueillies à l'aide des outils ouvre la possibilité de contribuer à l'évaluation des différentes stratégies d'intervention, notamment les interventions visant la prévention des TMS.

Les outils élaborés et les documents les accompagnant concernent donc les dimensions sociales et organisationnelles des problèmes de SST et des interventions. Nous espérons qu'ils pourront contribuer à :

- soutenir la réflexion individuelle et les échanges entre intervenants sur ces dimensions sociales et organisationnelles;
- aider à la formalisation des savoirs d'intervention, par les intervenants eux-mêmes;
- favoriser la transmission des connaissances et de l'expérience entre les intervenants à cet égard, en particulier entre les intervenants expérimentés et leurs nouveaux collègues;
- favoriser l'intégration de ces savoirs particuliers, qui concernent les dimensions sociales et organisationnelles des interventions, à la formation des professionnels de la santé et de la sécurité du travail.

Une deuxième série de retombées visées par ces outils est de :

- transmettre l'expérience des intervenants ayant participé à l'élaboration des outils, quant aux dimensions sociales et organisationnelles des interventions en SST;

- transférer les résultats d'une étude antérieure (Baril-Gingras et coll. 2004) sur l'influence du contexte des milieux de travail où ont lieu les interventions et celle des modalités de l'action des intervenants, sur les effets de leurs interventions, de même que les résultats d'autres études sur le sujet;
- ultimement, favoriser ainsi les changements visant la prévention, dans les milieux de travail;
- éventuellement, éclairer la définition des orientations des organismes de prévention, et la conception des politiques publiques en matière de prévention en SST, par la prise en compte des obstacles et leviers ainsi repérés.

Dès le début de la collaboration avec les membres du groupe de travail, les critères auxquels devaient répondre les outils ont été précisés. Les critères quant au contenu étaient déjà bien définis, soit ceux exposés précédemment, qui signalent bien qu'il devait s'agir d'une aide à la décision quant aux stratégies d'intervention, en contexte. Il devait donc s'agir d'instruments (des grilles) de collecte d'informations sur différentes dimensions du contexte et différentes dimensions de l'intervention, proposant un questionnement structuré afin d'orienter l'intervention en tenant compte de ces informations. Il ne s'agirait pas d'un ensemble de prescriptions, ni de recettes : les outils ne visaient pas à prescrire aux intervenants la manière de réaliser leurs interventions. De plus, les outils ne traiteraient pas des dimensions scientifiques ou techniques de ces interventions, qui relèvent spécifiquement de chacune des disciplines que sont l'hygiène du travail, l'ergonomie, la médecine du travail, etc. Ces outils concernent les aspects socio-organisationnels communs à toutes les interventions, qu'elles s'appuient sur l'une ou l'autre de ces disciplines et quel que soit l'objet dont elles traitent : un risque particulier, la mise en place d'un comité de SST, etc.

Par ailleurs, il était établi dès le départ que les outils ne s'appuieraient pas sur une approche ou un cadre de référence ou une démarche particulière, mais viseraient à ce que les intervenants explicitent le cadre de référence qui les guide, et réfléchissent à la cohérence entre ce cadre, les décisions qu'ils prennent et les gestes qu'ils posent. Ils ne définiraient donc pas une démarche (étape 1, étape 2) comme des programmes d'intervention existants, ni un algorithme.

Quant à la forme, il a été convenu avec les participants que les outils devaient être simples à utiliser, exiger un temps raisonnable pour être utilisés, et être adaptés à une grande variété d'interventions et de contextes. Ils ne seraient pas destinés à un usage systématique, pour toutes les interventions (contrairement au SISAT par exemple). Finalement, ils ne s'adresseraient pas exclusivement aux intervenants d'un type d'organisation (ASP, ou équipes de santé au travail).

5.2 Applicabilité des résultats dans les organismes de prévention

Dans les organismes de prévention, deux cadres possibles pour l'utilisation des outils ont été soumis par les chercheurs aux membres du comité de suivi. Ces propositions s'appuient sur une observation faite par des membres du groupe de travail ayant mis les outils à l'essai : l'intérêt des outils n'est pas seulement leur utilisation en soi, mais les réflexions et les échanges qu'ils permettent. Il ne s'agit donc pas pour les intervenants de remplir les cases d'un formulaire, mais de se donner du temps et des instruments pour construire leur expérience et la partager, dans

l'objectif que les interventions contribuent au mieux à la production de changements dans les milieux de travail.

D'autres utilisations que celles proposées ici sont bien sûr possibles, selon les besoins, et peuvent être « inventées » par les intervenants et leur organisation, par exemple :

- Utilisation du Journal de bord, par le conseiller d'une association sectorielle paritaire, pour consigner les interventions en réponse à des demandes téléphoniques, afin d'en laisser des traces pour ses collègues qui interviendront dans cet établissement, ou ailleurs sur une question semblable;
- recours, par un membre d'une équipe de santé au travail du réseau public, à l'Outil d'analyse du contexte pour compléter le recueil d'informations lors de l'étape de « connaissance préalable » à l'élaboration d'un programme de santé;
- utilisation par un mentor ou un « coach » d'un nouvel intervenant, de la Feuille de route et du Référentiel pour expliquer les questions et principes qui fondent les choix de stratégie d'intervention

Il demeure que les outils n'ont pas été conçus pour un usage systématique et obligatoire, ni comme outil d'évaluation des intervenants par leurs supérieurs.

Cadre d'utilisation 1 : Programme d'intégration de nouveaux intervenants

Pour qui ?

Ce cadre d'utilisation des outils vise les personnes nouvellement embauchées possédant ou non de l'expérience dans leur discipline.

Pourquoi?

Ces personnes possèdent les compétences techniques de leur discipline. Cependant, elles n'ont jamais agi en tant qu'intervenant externe en SST. Elles ont besoin d'un encadrement professionnel qui permet d'acquérir :

- 1) les habiletés de lecture du contexte socio-organisationnel de leurs interventions;
- 2) des capacités d'orientation stratégique des actions en regard de ce contexte;
- 3) la capacité de faire une analyse critique de l'aspect socio-organisationnel de leurs interventions en vue d'améliorer l'efficacité des suivantes.

Comment ?

La stratégie d'intégration préconisée est le « coaching ». Un intervenant expérimenté (ou plus d'un) est ainsi identifié comme « coach » -certains disent parrain ou mentor- d'un ou plusieurs « nouveaux ».

L'utilisation des outils dans le cadre du « coaching » devrait normalement être précédée :

- 1) d'une prise de connaissance des programmes, protocoles et autres documents - guide de l'organisation;
- 2) d'observations d'intervenants expérimentés en action pour prendre contact avec la réalité des interventions.

Le rôle du « coach » est :

- 1) de guider la démarche d'intégration du « nouveau »;
- 2) de partager son expérience;
- 3) de faire bénéficier le « nouveau » d'un feed-back constructif.

Pour ce faire, les outils (Journal de bord, Fiche synthèse de l'analyse du contexte, Feuille de route, Outil de bilan) fournissent :

- 1) un support pour la cueillette structurée et le partage des informations concernant les interventions;
- 2) un guide de réflexion commun en regard du déroulement actuel et futur de l'intervention ainsi que son évaluation.

Cadre d'utilisation 2 : Programme de développement professionnel des intervenants externes en SST

Pour qui?

Ce cadre s'adresse aux intervenants expérimentés qui désirent porter un regard critique sur leurs interventions en dehors d'un cadre évaluatif, aux intervenants qui s'intègrent dans un programme d'intervention ou de formation nouveau pour eux.

Pourquoi?

Les intervenants expérimentés ont besoin de consolider et d'améliorer leurs compétences d'intervenant en dehors des activités de contrôle par l'organisation. On parle ici des aspects socio-organisationnels de l'intervention et non des compétences techniques. Les intervenants agissent parfois seuls dans des environnements sociaux complexes. Même lorsqu'ils agissent en équipe, comme dans le réseau public de santé au travail, un modèle et un langage commun permettant le partage avec les collègues est nécessaire.

Comment?

Les outils sont utilisés par les intervenants qui le désirent ou bien sur une base plus systématique, par exemple lors de la création et du rodage d'un nouveau programme d'intervention. Les intervenants peuvent ainsi partager au moment de rencontres professionnelles pour lesquelles

chacun a pu prendre connaissance dans un même cadre du déroulement de l'intervention des autres. Ces rencontres deviennent en quelque sorte des cercles de qualité. Ces rencontres facilitent le travail d'équipe interdisciplinaire puisque le sujet, l'aspect socio-organisationnel de l'intervention, est à l'intersection du travail des différentes disciplines des intervenants. Les outils permettent ainsi « d'objectiver » l'analyse critique et la recherche de nouvelles idées d'action en groupe (collectif) avec comme seul but d'améliorer l'efficacité des interventions, cela en dehors de jugements stériles et démobilisateurs.

5.3 Limites des résultats

Les outils ont été élaborés en référence à la pratique d'intervenants externes en santé et en sécurité du travail, agissant dans le cadre d'un mandat défini par le régime québécois de santé et de sécurité du travail, soit des associations sectorielles paritaires et des équipes de santé au travail du réseau public. Ces intervenants n'ont pas de pouvoir coercitif. Ils agissent dans un cadre non commercial, soit comme organisme public, soit comme organisme sans but lucratif, bien que certains services des associations sectorielles paritaires soient tarifés. De plus, les associations sectorielles paritaires sont dirigées par un conseil d'administration formé de représentants d'associations d'employeurs et d'associations syndicales du ou des secteurs d'activité économique concernés. C'est donc d'abord à ce type d'intervenant que les outils s'adressent.

Les intervenants en SST agissant dans un cadre différent (interne ou externe) pourraient bien sûr tirer profit de l'utilisation du Journal de bord, de la réflexion sur le contexte de leur action (Outil d'analyse du contexte), de la formalisation des réflexions menant à une stratégie d'intervention (Feuille de route) et d'un retour sur leur expérience (Outil de bilan). Cependant, ils devront adapter les outils à leur propre contexte organisationnel. Ce sera particulièrement le cas avec le Référentiel, qui propose un ensemble de questions et de principes tirés de l'expérience des participants au groupe de travail ayant mis les outils à l'essai.

Il reste donc bien sûr à chaque utilisateur à adapter les outils et leur usage au contexte organisationnel particulier à partir duquel ils interviennent, soit les équipes de santé au travail du réseau public ou les associations sectorielles paritaires. Si d'autres intervenants externes ont recours aux outils, ils devront chaque fois tenir compte de leur contexte propre, par exemple les orientations de l'organisme de prévention qui les emploie et les mandats particuliers de celui-ci, de même que les ressources qui sont à leur disposition, ou encore les règles d'éthique ou de déontologie qui s'appliquent.

6. CONCLUSION

Une meilleure connaissance des conditions qui permettent aux interventions de produire les résultats escomptés et des moyens par lesquels elles y arrivent est cruciale pour tous ceux et celles qui veulent faire avancer la prévention, et peut orienter la définition des orientations des organismes de prévention et les politiques publiques. Les auteurs espèrent que ces outils pourront y contribuer, en aidant à la formalisation des stratégies d'intervention et des effets intermédiaires qu'elles produisent.

Dans les organismes de prévention où ils seront utilisés, les outils peuvent soutenir les intervenants externes et leurs organisations dans les décisions visant l'amélioration de l'efficacité des interventions. Dans les milieux concernés, les outils pourront aider à répondre à un besoin de transmission des connaissances entre les intervenants expérimentés et leurs collègues plus jeunes, alors que des départs à la retraite en nombre important s'amorcent dans les organismes de prévention québécois, dont le personnel a été majoritairement embauché au début des années 80.

Par ailleurs, l'équipe de recherche souhaite développer une formation-animation, qui serait en fait une occasion de partage des savoirs pratiques, par une équipe d'intervenants, sur la base de ces outils. Les outils sont conçus de manière à pouvoir être utilisés de manière autonome, par un intervenant seul. Cependant, comme on l'a signalé plus haut, les membres du groupe de travail ont souligné l'apport majeur des échanges soutenus par les outils, au-delà de l'utilisation même des outils. Cette formation-animation serait une occasion de structurer ces échanges.

De plus, les outils pourront être utilisés dans la formation des professionnels de la SST et de l'ergonomie. Des enseignants rencontrés à l'occasion de la présentation de communications scientifiques se sont montrés intéressés à cet égard.

Enfin, les outils pourraient aider à la réalisation d'études évaluatives donnant plus de place à l'analyse du contexte, du contenu et du processus même des interventions. Plusieurs auteurs partagent en effet le constat à l'effet que les études sur les interventions devraient mieux recueillir et exploiter les informations qualitatives à cet égard. Les séances consacrées à l'intervention au 2^e Congrès francophone sur les troubles musculo-squelettiques, tenu à Montréal en juin 2008, ont fait état de multiples efforts en ce sens, auxquels ces outils pourront contribuer. Les outils pourraient être utilisés dans le contexte de recherches sur les conditions de l'efficacité des interventions à visée préventive.

Ainsi, au fur et à mesure du développement des connaissances sur les interventions, les outils ici présentés pourront être bonifiés, de même que leurs guides et le Référentiel contenant des questions et principes pour guider l'action. Par exemple, des versions ultérieures de ces documents pourraient examiner plus à fond les enjeux spécifiques à différents objets d'intervention, comme l'action préventive sur les troubles musculo-squelettiques.

7. BIBLIOGRAPHIE

- ALLARD, D., *De l'évaluation de programme au diagnostic socio-systémique : trajet épistémologique*, Thèse de doctorat (Ph. D.) en sociologie, Montréal, Université du Québec à Montréal, 1996, 252 p.
- ALLARD, D., M. FERRON et G. THÉRIAULT, *Évaluation d'implantation du programme PAD-PRAT, Vie et reproduction d'un programme*, Présentation à l'IRSST, document de travail, Montréal, décembre 1999, 27 p.
- ARCHER, K. M., *Les interventions pour prévenir les TMS donnent-elles des résultats?* Présentation au Colloque du Centre patronal de santé et sécurité du travail du Québec, mars 2001.
- BARIL-GINGRAS, Geneviève, *La production de transformations visant la prévention lors d'interventions de conseil externe en santé et sécurité du travail : un modèle fondé sur l'analyse d'interventions de conseillers d'associations sectorielles paritaires, dans le contexte du régime québécois*. Thèse de doctorat (Ph. D.) en sciences de l'administration, Université Laval, Québec, 2003, 947 p. et annexes.
- BARIL-GINGRAS, Geneviève, Marie BELLEMARE et Jean-Pierre BRUN, *Intervention externe en santé et en sécurité du travail : un modèle pour comprendre la production de transformations à partir de l'analyse d'interventions d'associations sectorielles paritaires*, Montréal, IRSST, Études et recherches/Rapport R-367, [En ligne], 2004, 287 p. [www.irsst.qc.ca/fr/_publicationirsst_100042.html]
- BARIL-GINGRAS, G., BELLEMARE, M., BRUN, J.-P., 2007, « Conditions et processus menant à des transformations à la suite d'activités de formation en santé et en sécurité du travail », *PISTES : Perspectives interdisciplinaires sur le travail et la santé*, vol. 9 n° 1. www.pistes.uqam.ca/v9n1/articles/v9n1a1.htm
- BARIL-GINGRAS, G., BELLEMARE, M., BRUN, J.-P., 2006a, « The Contribution of Qualitative Analyses of Occupational Health and Safety Interventions : an example through a Study of External Advisory Interventions », *Safety Science* (Elsevier), Volume 44, n° 10, décembre 2006, p. 851-874 doi:10.1016/j.ssci.2006.05.003
- BARIL-GINGRAS, G., BELLEMARE, M., BRUN, J.-P., 2006, « Interventions externes en santé et en sécurité du travail : Influence du contexte de l'établissement sur l'implantation de mesures préventives », *Relations industrielles/Industrial Relations*, Vol. 61, n° 1, p. 9-43. <http://proquest.umi.com/pqdweb?did=1068024561&sid=1&Fmt=4&clientId=9268&RQT=309&VName=PQD>
- BECKER, H., *Tricks of the Trade : How to Think about Your Research While You're Doing It*, Chicago, University of Chicago Press, 1998, 232 p.

- BELLEMARE, Marie, M. S. MARIER, Sylvie MONTREUIL, D. ALLARD et J. PRÉVOST, *La transformation des situations de travail par une approche participative en ergonomie : une recherche intervention pour la prévention des troubles musculo-squelettiques*, Série Études et recherches, Rapport R-292, Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2002, 126 p.
- BELLEMARE, Marie, Micheline MARIER, Johanne PRÉVOST, Sylvie MONTREUIL et Nathalie PERRON, « From diagnosis to transformation : how projects are implemented in a participatory framework », *Proceedings of the IEA 2000/HFES 2000 Congress*, vol. 2, 2000, p. 724-727.
- BELLEMARE, Marie, M. MARIER et D. ALLARD, *Le journal de bord : un outil pour l'intervention et la recherche en ergonomie*, Comptes rendus du congrès SELF-ACE 2001, Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie, Montréal, octobre 2001, p. 58-62.
- BERTHELETTE, D., *Évaluation des résultats et de l'implantation du programme de santé au travail*, Thèse de doctorat (Ph. D.) en santé communautaire, Montréal, Département d'administration de la santé, Faculté de médecine, Université de Montréal, 1990, 255 p.
- BERTHELETTE, D. et R. PINEAULT, « Analyse d'implantation du programme de santé au travail. Résultats d'une recherche évaluative », *Travail et santé*, vol. 8, n° 4, 1992, p. S23-30.
- BRUN, J.-P., C. D. LOISELLE, G. GAUTHIER et C. BÉGIN, *Le métier de préventionniste : entre l'arbre et l'écorce*, Napierville et St-Lambert, Canada, Impact Héritage et Sansectra, 1998, 191 p.
- CARBALLEDA, G., *La contribution des ergonomes à l'analyse et à la transformation de l'organisation du travail : l'exemple d'une intervention relative à la maintenance dans une industrie de processus continu*, Thèse de doctorat en ergonomie, Paris, Conservatoire national des Arts et Métiers, 1997, 178 p.
- CARPENTIER-ROY, M.-C., M. SIMARD, A. MARCHAND et F. OUELLET, « Pour un modèle renouvelé d'intervention en santé au travail dans les petites entreprises », *Relations industrielles/Industrial Relations*, vol. 56, n° 1, 2001, p. 165-194.
- CHAMPOUX, DANIELE. et JEAN-PIERRE BRUN, *Prise en charge de la sécurité dans les petites entreprises des secteurs de l'habillement et de la fabrication de produits en métal*, Rapport R-226, Série Études et recherches, IRSST, Montréal, 1999, 103 p.
- CHARBONNEAU, J.-Y., *Aide-mémoire pour l'élaboration d'un portrait de l'établissement*, CSST, 1997, 35 p.
- CIST, *Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail*. Disponible par Internet à l'adresse www.icohweb.org/core_docs/code_ethics_fr.pdf

- CLOT, Y., *La fonction psychologique du travail*, Paris, Presses universitaires de France, collection Le travail humain, 1999, 243 p.
- CLOT, Y. et J. LEPLAT, « La méthode clinique en ergonomie et en psychologie du travail », *Le travail humain*, vol. 68, n° 4, 2005, p. 289-316.
- CLOT, Y., « Méthodologie en clinique de l'activité : L'exemple du sosie », dans SANTIAGO DELEFOSSE, M. et G. ROUAN (dir.), *Les méthodes qualitatives en psychologie*, Paris, Dunod, 2001, 221 p.
- CLOT, Y. et D. FAÏTA, « Genres et styles en analyse du travail. Concepts et méthodes », *Travailler*, Revue Internationale de Psychopathologie et Psychodynamique du travail, n° 4, 2000, p. 7-42.
- COHEN, A. et M. J. COLLIGAN, *Assessing Occupational Safety and Health Training, A Literature Review*, Cincinnati, National Institute for Occupational Safety and Health, Center for Disease Control and Prevention, 1998, 149 p.
- COMMISSION INTERNATIONALE DE LA SANTÉ AU TRAVAIL, *Code international d'éthique pour les professionnels de la santé au travail*, 2002. Disponible par Internet à l'adresse www.ichoweb.org/core_docs/code_ethics_fr.pdf
- CONTANDRIOPOULOS, A.-P., F. CHAMPAGNE, J.-L. DENIS et R. PINEAULT, « L'évaluation dans le domaine de la santé, Concepts et méthodes », *Bulletin du GRIS*, vol. 33, n° 1, 1993, p. 12-17.
- DANIELLOU, F., *Le statut de la pratique et des connaissances dans l'intervention ergonomique de conception*, Document de synthèse présenté en vue d'obtenir l'habilitation à diriger des recherches, Toulouse, Université de Toulouse – Le Mirail, 1992, 100 p.
- DANIELLOU, F., « La construction sociale de et par l'analyse du travail », *Performances humaines et techniques*, Séminaire de Paris 1, Paris, n° hors série, 1995, p. 25-29.
- DANIELLOU, F., « Participation, représentation, décisions dans l'intervention ergonomique » dans PILNIERE, V. et O. LHOSPITAL (dir.), *Actes de Journées de Bordeaux sur la pratique de l'ergonomie*, Bordeaux, Université Victor Segalen Bordeaux 2, 1998, p. 3-16.
- DAWSON, S., P. WILLMAN, M. BAMFORD et A. CLINTON, *Safety at Work : The Limits of Self-Regulation*, Cambridge, Cambridge University Press, 1988, 310 p.
- DENIS, J.-L. et F. CHAMPAGNE, « L'analyse de l'implantation : modèles et méthodes », *The Canadian Journal of Program Evaluation*, vol. 5, n° 2, 1990, p. 47-67.
- DENIS, D., M. ST-VINCENT, C. JETTÉ, I. NASTASIA et D. IMBEAU, *Les pratiques d'intervention portant sur la prévention des troubles musculo-squelettiques : un bilan critique de la littérature*, Montréal, IRSST, Rapport B-066, 2005, 79 p.

- DURAFFOURG, J., « Vérification, validation, évaluation : le trio infernal », *Performances humaines et techniques*, n° hors série, septembre 1996, p. 28-32.
- EISENHARDT, K. M., « Building Theories from Case Study Research », *Academy of Management Review*, vol. 14, n° 4, 1989, p. 532-550.
- FALZON, P., « Médecin, pompier, concepteur : l'activité cognitive de l'ergonome », *Performances humaines et techniques*, n° 66, 1993, p. 35-45.
- GARRIGOU, A., *Les apports des confrontations d'orientation socio-cognitives au sein de processus de conception participatifs : le rôle de l'ergonomie*, Thèse de doctorat (Ph. D.) en ergonomie, Paris, Conservatoire national des Arts et Métiers, 1992, 155 p.
- GARRETY, K. et R. BADHAM, « Trajectories, Social Worlds, and Boundary Objects : A Framework for Analysing the Politics of Technology », *Human Factors and Ergonomics in Manufacturing*, vol. 9, n° 3, 1999, p. 277-290.
- GIGNAC, S., *Évaluation du programme sous-sectoriel : camionnage de marchandises ordinaires (4561) : évaluation d'implantation*, Beauport : Régie régionale de Québec, Centre de santé publique, Santé au travail; Québec : CLSC Haute-ville, Santé au travail, 1996, 26 p.
- GOLDENHAR, L.M. et P.A. SCHULTE, « Intervention Research in Occupational Health and Safety », *Journal of Occupational Medicine*, vol. 36, n° 7, 1994, p. 763-775.
- GRAHAM, J. et D.M. SAKOW, « Labor Market Segmentation and Job-Related Risk : Differences in Risk and Compensation Between Primary and Secondary Labor Markets », *American Journal of Economics and Sociology*, vol. 49, n° 3, 1990, p. 305-323.
- GUASTELLO, S.J., « Do we really know how well our occupational accident programs work? », *Safety Science*, 16, 1993, p. 445-463.
- GUÉRIN, F., A. LAVILLE, F. DANIELLOU, J. DURAFFOURG et A. KERGUELEN, *Comprendre le travail pour le transformer – La pratique de l'ergonomie*, Montrouge, ANACT, coll. Outils et Méthodes, 2006, 318 p.
- HALE, A., « Occupational health and safety professionals and management : identity, marriage, servitude or supervision? », *Safety Science*, 20, 1995, p. 233-245.
- HUBERMAN, A. M. et M. MILES, *Analyse des données qualitatives, Recueil de nouvelles méthodes*, Bruxelles et Montréal, ERPI et DeBoeck-Wesmael, 1991, 480 p.
- INTERVENTION EFFECTIVENESS RESEARCH TEAM OF THE NATIONAL OCCUPATIONAL RESEARCH AGENDA, *Does It Really Work? How to Evaluate Safety and Health Changes in the Workplace*, NIOSH Publication N° 2004-135 : Department of Health and Human Services, Center for Disease Control, National Institute for Occupational Safety and Health, 2004, 27 p.

- JOBERT, G., « Position sociale et travail du consultant », *Éducation permanente*, Numéro spécial sur « L'intervention du sociologue dans l'entreprise », n° 113, 1992, p. 157-178.
- KARSH, B, F.B.P. MORO et M. J. SMITH, « The efficacy of workplace ergonomic interventions to control musculoskeletal disorders : a critical examination of the peer-reviewed literature », *Theoretical Issues in Ergonomic Science*, vol. 2, n° 1, 2001.
- LAPOINTE, Paul-André, Paul R. BÉLANGER et Benoît LÉVESQUE. *Grille de collecte pour une monographie d'usine*, Montréal, Cahiers du CRISES, n° 9303, 1993.
- LEMIRE, L., *Évaluation de l'implantation du plan de prévention de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail—secteur fabrication de produits en métal et produits électriques sur l'évolution des taux d'accidents du travail*, Mémoire de maîtrise en relations industrielles, Université de Montréal, 1996, 125 p.
- LESCARBEAU, R., M. PAYETTE et Y. ST-ARNAUD, *Profession : consultant*, Boucherville, Gaétan Morin éditeur, 2003, 333 p.
- LIMBORG, H. J., « Qualifying the consultative skills of the occupational health staff », *Safety Science*, vol. 20, 1995, p. 247-252.
- MONTMOLLIN, M. de (dir.), *Vocabulaire de l'ergonomie*, Toulouse, Octarès Éditions, 1995.
- MONTREUIL, Sylvie, Marie BELLEMARE, J. PRÉVOST et M. MARIER, « Les actions d'amélioration des situations de travail en ergonomie participative : des constats différenciés dans deux usines », *Comptes rendus du congrès SELF-ACE 2001, Les transformations du travail, enjeux pour l'ergonomie*, Montréal, octobre 2001, p. 35-40.
- MUCCHIELLI, A. (dir.), *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*, Paris, Armand Colin, 2004, 304 p.
- NICHOLS, T., *The Sociology of Industrial Injury*, Londres, Mansell, collection Employment and work relations in context, 1997, 241 p.
- REYNAUD, J.-D., « Les régulations dans les organisations, régulation de contrôle et régulation autonome », *Revue française de sociologie*, vol. 29, n° 1, 1988, p. 5-18.
- REYNAUD, J.-D., *Les règles du jeu, l'action collective et la régulation sociale*, Paris, Armand Colin, 1997, 348 p.
- ROBSON, L.S., H.S. SHANNON, L.M. GOLDENHAR et A.R. HALE, *Guide to Evaluating the Effectiveness of Strategies for Preventing Work Injuries : How to Show Whether Safety Intervention Really Works*, National Institute for Occupational Safety and Health, 2001, 123 p.
- ROSENSTOCK, L., M.D. et L. J. LEE, « Attacks on Science: The Risks to Evidence-Based Policy », *American Journal of Public Health*, vol. 92, n° 1, January 2002, p. 14-18.

- ROY, M., J.-C. GUINDON et L. FORTIER, *Transfert de connaissances - revue de littérature et proposition d'un modèle*, Rapport R-099, Série Études et recherches, Montréal, IRSST, 1995, 53 p.
- SAARI, J., S. BÉDARD, V. DUFORT, J. HRYNIEWSKI et G. THÉRIAULT, « How Companies Respond to New Safety Regulations: A Canadian Investigation », *International Labour Review*, vol. 132, n° 1, 1993, p. 65-75.
- ST-VINCENT, M., D. CHICOINE, S. BEAUGRAND, *Validation d'une démarche d'ergonomie participative dans deux industries du secteur électrique*, Rapport R-126, Série Études et recherches, IRSST, Montréal, 1996, 119 p. et annexes.
- SHANNON, H.S., J. MAYR, T. HAINES, « Overview of the relationship between organizational and workplace factors and injury rates », *Safety Science*, vol. 36, no 3, . 1997, p. 201-217.
- SHANNON, H., V. WALTERS, LEWCHUK, J. L. RICHARDSON, D. K. VERMA, T. HAINES et L. A. MORAN, *Health and Safety Approaches in the Workplace*, A Report Prepared by the Interdisciplinary Health and Safety Research Group of McMaster University in Hamilton, Ontario, Toronto, Industrial Accident Prevention Association (IAPA), 1992.
- SHANNON, H.S., L. S. ROBSON et S. J. GUASTELLO, « Methodological criteria for evaluating safety intervention research », *Safety Science*, n° 31, 1999, p. 161-179.
- SILVERSTEIN, B. et R. CLARK, 2004, « Interventions to reduce work-related musculoskeletal disorders », *Journal of Electromyography and Kinesiology*, vol. 14, n° 1, February 2004, p. 135-152.
- SIMARD, M. et A. MARCHAND, *La participation des travailleurs à la prévention des accidents du travail : formes, efficacité et déterminants*, Rapport R-154, Série Études et recherches, Montréal, IRSST, 1997, 40 p.
- SIX, F., « Le travail des cadres : le point de vue de l'ergonomie », in *Le point sur... approfondir*, n° 8, 2000. Disponible par Internet à www.univ-lille2.fr/medtrav2000/Lepointsurapprofondir/lepointsurapprofondir8.htm
- STRAUSS, A., *Negotiations : Varieties, processes, contexts, and social order*, San Francisco, Jossey Bass, 1978, 275 p.
- STRAUSS, A., *La trame de la négociation, Sociologie qualitative et interactionnisme*, Textes réunis et présentés par Isabelle Baszanger, Paris, Éditions L'Harmattan, 1992, 311 p.
- STRAUSS, A., *Continual Permutation of Action*, Hawthorne, New-York, Aldine de Gruyter, 1993, 280 p.

- ST-VINCENT, M., D. CHICOINE et S. BEAUGRAND, *Validation d'une démarche d'ergonomie participative dans deux industries du secteur électrique*, Rapport R-126, Série Études et recherches, Montréal, IRSST, 1996, 119 p. et annexes.
- TEIGER, C., « Représentation du travail, travail de la représentation », dans A. WEILL-FASSINA, P. RABARDEL et D. DUBOIS (dir.), *Représentations pour l'action*, Toulouse, Octarès, 1993, p. 311-343.
- TOUGAS, Ghislaine, GILBERT, Louis, *Les pratiques en prévention des TMS dans le réseau public en SAT : Résultats d'un sondage auprès des représentants en ergonomie du réseau public en SAT*, octobre 2002.
- TOUGAS, G. et coll. anonymes, *Démarche d'intervention ergonomique pour la prévention des lésions musculo-squelettiques en milieu de travail : Journal de bord*, sans date, 6 p.
- TRUDEL, Louis et Sylvie MONTREUIL, « Understanding the transfer of knowledge and skills from training to preventive action using ergonomic work analysis with 11 female VDT users », *Work*, vol. 13, 1999, p. 171-183.
- VÉZINA, M., M. LAVOIE, R. GAGNON, R. LEVAQUE CHARRON, P. JOUBERT, J.-P. BRUN et R. BOURBONNAIS, *Évaluation des déterminants de l'efficacité d'une formation en matière de sécurité du travail dans le secteur minier*, Rapport R-207, Série Études et recherches, Montréal, IRSST, 1998, 54 p.
- VOLINN, E., « Do workplace interventions prevent low-back disorders? If so, why? », a methodologic commentary, *Ergonomics*, vol. 42, n° 1, 1999, p. 258-272.
- WALTERS, D., (ed.), *The identification and Assessment of Occupational Health and Safety Strategies in Europe, Volume I: The National Situations*, Dublin, Ireland, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1996, 206 p.
- WESTERHOLM, P., P. HASLE et R. FORTUIN, « Multidisciplinary Health Services as External Agents of Change », in FRICK, K., P. L. JENSEN, M. QUINLAN et T. WILTHAGEN (eds), *Systematic Occupational Health and Safety Management, Perspectives on an International Development*, Amsterdam, Pergamon, 2000, 527 p.
- ZWERLING, C., L. H. DALTROY, L. J. FINE, J. J. JOHNSTON, J. MELIUS et B. A. SILVERSTEIN, « Design and Conduct of Occupational Injury Intervention Studies : A Review of Evaluation Strategies », *American Journal of Industrial Medicine*, vol. 32, 1997, p. 164-179.

8. LISTE DES ARTICLES ET COMMUNICATIONS SCIENTIFIQUES PRODUITS DANS LE CONTEXTE DU PROJET

8.1 Articles publiés dans des comptes-rendus de conférences ou congrès scientifiques

BARIL-GINGRAS, G., M. BELLEMARE, J. ROSS et P. POULIN, « Un outil de bilan de l'intervention : effets intermédiaires, processus et changements chez les acteurs du milieu de travail », *Actes du 2e Congrès francophone sur les TMS du membre supérieur*, Montréal, 18-19 juin 2008.

BELLEMARE, M., L. DUVAL, G. BARIL-GINGRAS, J. ROSS et P. POULIN, « Des outils pour analyser les aspects socio-organisationnels de l'intervention », *Actes du 2e Congrès francophone sur les TMS du membre supérieur*, Montréal, 18-19 juin 2008.

8.2 Article publié dans des comptes-rendus de conférences ou congrès professionnels

BARIL-GINGRAS, G., M. BELLEMARE, P. POULIN et J. ROSS, « Comprendre les dimensions sociales et organisationnelles des interventions en SST : des outils pour les intervenants », *Actes du Congrès de l'Association québécoise pour l'hygiène, la santé et la sécurité du travail (AQHSST)*, Saguenay, 16-18 mai 2007, 10 p.

8.3 Résumé dans des comptes-rendus de conférence ou congrès scientifiques

BELLEMARE, M., G. BARIL-GINGRAS, P. POULIN et J. ROSS. « Analysis of the Socio-organizational Aspects of an Intervention : Tools for Process Evaluation Studies », dans *Premus 2007, Book of abstracts. [cederom] Sixth International Scientific Conference on Prevention of Work-Related Musculoskeletal Disorders*, Boston, Massachusetts, USA, 27-30 August 2007, p. 140.

8.4 Communications

BARIL-GINGRAS, G., M. BELLEMARE, P. POULIN et J. ROSS, « Comprendre les dimensions sociales et organisationnelles des interventions en SST : des outils pour les intervenants », *Colloque de l'Alliance de recherche université – communauté « Innovation, travail et emploi »*, Québec, 18 mai 2007.

BARIL-GINGRAS, G., M. BELLEMARE et P. POULIN, « Comprendre le travail des intervenants en SST... pour comprendre ce qui influence les effets des interventions! », *Journées de la pratique de l'ergonomie, Association canadienne d'ergonomie*, St-Paulin, 29-30 septembre 2006.

BARIL-GINGRAS, G., M. BELLEMARE, P. POULIN et J. ROSS, « Comprendre les dimensions sociales et organisationnelles des interventions en SST: Des outils pour les intervenants », *Rencontre des médecins de santé au travail du Centre de santé et de services sociaux de la Vieille Capitale*, Québec, 16 octobre 2007.

BARIL-GINGRAS, G., M. BELLEMARE, P. POULIN et J. ROSS, « Dimensions sociales et organisationnelles des interventions en SST: Des outils de réflexion dans l'action, pour les intervenants », *Comité des soins infirmiers en santé au travail (CPSI)*, Québec, 13 juin 2007.

9. ANNEXES

Annexe 1 : L'étude précédente : résumé de la méthodologie et des résultats

1. Résumé de la méthodologie de l'étude précédente

Les interventions étudiées lors de l'étude précédente ont eu lieu dans six établissements dont les caractéristiques étaient très variées. L'objet des interventions était aussi volontairement très hétérogène : formations liées à des risques spécifiques, analyse d'un poste pour réduire les risques liés à la manutention, révision d'un programme de prévention dont des procédures de sécurité, élaboration d'un programme de prévention des agressions de la part des clients, accompagnement d'un changement architectural, technologique et organisationnel, mise en place et accompagnement d'un comité de SST. C'est une étude qualitative; les effets des interventions auxquels elle s'intéresse ne sont pas les effets finaux comme la réduction des lésions professionnelles, mais des effets intermédiaires, soit la mise en œuvre de propositions de changement formulées au cours de l'intervention, quel qu'en soit l'auteur. Nous avons utilisé les méthodes suivantes : observations (43 événements); entrevues (86) et entretiens téléphoniques (57) avec l'intervenant et divers acteurs (responsable SST, direction, superviseurs, représentants des travailleurs et représentants syndicaux, travailleurs, etc.). L'étude s'est étendue sur 10 à 19 mois, entre septembre 1999 et septembre 2001. Des analyses intra et inter cas ont été réalisées (voir Huberman et Miles 1991, p. 302); à partir d'un premier cas, une proposition était formulée sous la forme « si telle condition est présente, alors les propositions de changement formulées sont (ou ne sont pas) implantées »; la proposition était soumise itérativement à chacun des cas, et ensuite acceptée, rejetée ou modifiée, (voir Muchielli (dir.) 2004 sur le procédé d'induction analytique). Ce modèle a été construit selon une approche à la fois inductive et déductive (Eisenhardt 1989).

2. Sommaire des résultats de l'étude précédente

2.1 Des changements qui passent par une action sur les capacités et sur les dispositions des acteurs du milieu de travail

L'étude antérieure avait entre autres mis en évidence que les intervenants externes construisent différentes **stratégies**⁹ pour faire face aux variations dans le contexte des établissements, et chercher à produire des changements. Elle suggère que l'atteinte d'**objectifs finaux quant à la santé** (une réduction des symptômes de douleur, des lésions) et même l'**implantation de changements** (aménagement, modification de l'organisation du travail, etc.) passe par une série d'**effets intermédiaires** relevant de l'**action sur les capacités et sur les dispositions à agir** (entre autres, les représentations du problème et de la capacité à y faire face): assurer l'allocation de temps et d'argent, convaincre untel, trouver des moyens pour que les travailleurs mettent en mots et en dessins leurs idées, etc. Ces effets intermédiaires ne sont pas souvent explicités dans les études sur les interventions, alors que divers travaux ont bien mis en évidence le rôle, par exemple, de l'action sur les représentations (ex : Teiger 1993, Garrigou 1992) ou sur le triangle « pouvoir penser », « pouvoir agir », « pouvoir débattre » (Daniellou 1998). De même,

⁹ Les termes en gras sont repris dans les outils.

on connaît le rôle attribué par Clot (1999) au blocage du pouvoir d'agir comme source de la souffrance dans le travail.

Ainsi, quant au **contexte**, l'étude a par exemple permis d'identifier les rôles types joués par différents acteurs dans l'**histoire** menant à des demandes, des offres acceptées et des interventions découlant d'une obligation formulée par un inspecteur. Elle a mis en évidence les **enjeux** qui sont favorables à la genèse d'interventions (comme l'association entre des problèmes de SST et des dysfonctionnements dans les opérations), qui définissent les **dispositions** envers les changements. Quant aux **stratégies d'intervention**, on y a observé que les **conditions négociées** au début de l'intervention (puis tout au long de sa trajectoire) influencent l'issue des **propositions de changement**, en particulier les possibilités d'utiliser et de développer les **capacités** des acteurs de manière à augmenter la prise en charge. D'autre part, quant au **dispositif de participation**, l'analyse des cas a par exemple permis de cerner l'influence de la présence ou de l'absence de différents acteurs (direction, superviseur, représentants syndicaux, etc.) parmi les interlocuteurs des intervenants; on y a distingué l'apport de différentes formes de participation des travailleurs et de leurs représentants, dans la production de changements. Cette étude suggérait donc que la réalisation ou non des changements s'expliquait entre autres par les ressources (ou capacités) investies par l'établissement, et que les intervenants externes ne peuvent se substituer aux acteurs internes pour certaines d'entre elles, dont celles à caractère récurrent. L'analyse a mené à distinguer les différents types d'**activités** (formation, mise en place de systèmes, procédures, élaboration d'un plan d'action, etc.) selon les capacités que cela requiert dans l'établissement. Cela peut permettre de mesurer l'écart entre les capacités présentes et rendues disponibles, et celles qui sont nécessaires. Les résultats confirment que la réalisation des transformations varie selon leur **objet**, ce qui s'explique à la fois par les capacités requises de la part du milieu, et par les enjeux soulevés par les propositions, pour chacun des acteurs. L'étude indiquait enfin que le contenu du **régime légal de SST et sa mise en œuvre** influence les possibilités de produire des changements à l'occasion des interventions externes visant la prévention en SST.

Pour illustrer plus en détail les résultats générés par l'étude antérieure, sur lesquels se sont appuyés les outils, on reprendra maintenant certains de ces résultats, sous l'angle des conditions qui sont favorables à la production de changements, et des stratégies ou processus mis en place pour ce faire¹⁰.

2.2 La négociation des conditions de l'intervention

Pour contribuer à des changements, les intervenants observés cherchent à négocier des conditions d'intervention favorables. La possibilité de négocier de telles conditions est influencée, entre autres, par la connaissance du contexte, qui a à la fois une dimension technique (en lien avec les capacités présentes et à développer dans le milieu) et une dimension sociale (les enjeux pour les acteurs et les relations entre eux). La connaissance du contexte dépend entre

¹⁰ Les sections 2.2 à 2.5 inclusivement sont des extraits d'un article publié à la suite de ce précédent projet, soit : BARIL-GINGRAS, G., 2005, « De quoi les intervenants externes en prévention ont-ils besoin pour contribuer à la production de changements? Résultats d'une étude et pistes de réflexion », Actes du 1er Congrès francophone sur les TMS du membre supérieur, Nancy, 30-31 mai 2005.

autres de l'histoire de la relation entre l'intervenant et l'établissement, de l'organisation de cette relation (continuité, transfert) et de la diversité des interlocuteurs participant à la négociation de l'intervention. Cette connaissance contribue aux possibilités pour l'intervenant d'utiliser et de développer les capacités des acteurs, et d'utiliser les enjeux présents pour motiver des propositions de transformation. La négociation autour des activités qui seront réalisées et des interlocuteurs que pourra avoir l'intervenant délimite déjà, de manière plus ou moins stricte, les dimensions de la situation de travail qui pourront être touchées par les propositions de changement (par exemple, examen des aménagements, des équipements et de l'organisation du travail, en plus de la formation), et les possibilités que ces propositions soient effectivement implantées (par exemple, présence des superviseurs, du chef des services techniques en plus des travailleurs). Duraffourg (1996), souligne en effet que « Les réponses de l'intervenant dépendent totalement de la logique qui a présidé à leur construction ».

Pour « oser » des propositions visant l'utilisation et le développement des capacités de leurs interlocuteurs et l'élargissement de l'objet de l'intervention, les intervenants s'appuient sur des orientations et des ressources tant individuelles que collectives. Quant aux orientations, il s'agit, dans les cas étudiés : de celles de leur organisation quant aux conditions dans lesquelles les services sont rendus (par exemple, dans certaines situations, ne pas former directement les travailleurs, mais un formateur interne en mesure d'accompagner l'implantation de changements); de l'autonomie allouée pour adapter l'intervention; de la référence à une communauté professionnelle (les ergonomes, par exemple). Ces orientations collectives permettent à l'intervenant de s'appuyer sur un « nous » dans la négociation de l'intervention. Jobert (1992) suggère en effet que l'intervention doit être comprise au regard de la position de l'intervenant dans le « champ » (en référence à Bourdieu), c'est-à-dire des conditions de son indépendance (relative) par rapport à son client. Les ressources individuelles et collectives sur lesquelles s'appuient les intervenants observés sont, entre autres, l'expérience construite sur la base du retour sur leurs interventions antérieures et l'accès à l'expérience des pairs (généralistes ou spécialistes). Le temps est une ressource précieuse pour la connaissance du contexte et la négociation d'une proposition d'intervention créant des conditions favorables à des changements : cela dépend entre autres du niveau de ressources de l'institution par rapport aux interventions à réaliser, définissant la charge de travail des intervenants. Or, les activités visant l'utilisation et le développement des capacités du milieu de travail peuvent être plus exigeantes en temps que de « faire pour ».

2.3 Le dispositif d'intervention

Des relais à l'action des intervenants

La construction des interventions passe entre autres par la définition des acteurs auxquels l'intervenant aura accès, et par celle des possibilités d'organiser (ou d'utiliser) des occasions d'échanges avec et entre ceux-ci. Ce dont nous traitons ici concerne donc l'un des aspects de ce que Daniellou (1995) et d'autres appellent la « construction sociale » de l'intervention.

Les intervenants en prévention possèdent des compétences spécifiques, chacun dans leur discipline, et l'action préventive nécessite, le plus souvent, l'apport de plusieurs d'entre elles. Cependant, il ressort clairement des cas étudiés que les intervenants externes en prévention ne

peuvent se substituer non seulement aux travailleurs et aux superviseurs, mais aussi à des acteurs internes à l'établissement formés en prévention, entre autres pour assurer l'implantation et le maintien d'activités récurrentes. L'issue des propositions de transformations est influencée par l'écart qui existe entre d'une part, les activités de prévention déjà en place et les capacités rendues disponibles pour les réaliser et d'autre part, les activités à mettre en œuvre et les capacités qu'elles nécessitent. Nous avons examiné l'histoire de la structuration de la prévention dans les établissements étudiés, et l'issue de chaque proposition de changement formulée au cours des interventions; il en ressort que la logique qui sous-tend généralement la mise en place d'activités de prévention est celle des capacités ou ressources requises par ces activités, plutôt que la logique « rationnelle » (qui fonde l'enseignement aux professionnels de la prévention et les approches de santé publique) qui amènerait la mise en place d'activités d'identification systématique des risques, puis d'élimination à la source, puis de protection collectives et individuelles pour les risques qui n'ont pu être éliminés, etc. Dans les cas étudiés, à moins que des activités n'aient été imposées par le contrôle externe ou induites par la réglementation, la structuration de la prévention ne suit pas cette logique rationnelle, mais celle des capacités et ressources requises. Cela expliquerait la tendance spontanée, dans les entreprises, à chercher à répondre à un problème de SST d'abord en fournissant des équipements de protection individuelle (ce qui n'assure pas leur caractère adéquat ni leur port effectif), en formant les travailleurs (sans que cela ne garantisse que les conditions favorables au transfert seront présentes), puis en agissant sur les aménagements et des équipements, dans la mesure où il s'agit plutôt d'ajustements ou de modifications relativement simples et aux coûts relativement limités. L'implantation et le maintien de systèmes, de processus ou de procédures visant l'intégration de la prévention ou des modifications à l'organisation du travail (autrement que par une simple rotation inadéquatement conçue et implantée, ne réduisant pas véritablement l'exposition) correspondraient à un second stade de structuration de la prévention; ce serait aussi le cas de la mise en œuvre de plusieurs mesures propres au stade précédent, mais dans une approche intégrée tenant compte des conditions nécessaires à leur efficacité (ex : pour un même problème, formation et révision des aménagements et équipements et de l'organisation du travail). L'identification systématique des risques, et la mise en œuvre d'un programme de prévention intégré, touchant l'ensemble des dimensions des situations de travail qui participent aux risques, représente un saut qualitatif (un troisième stade) : dans les cas étudiés, des activités visant cet objectif étaient induites par la réglementation ou le contrôle externe.

Ainsi, les activités qui requièrent la coordination de l'action de plusieurs acteurs internes et l'intégration de nouvelles activités, de nouvelles connaissances et de savoir-faire, par certains d'entre eux (ce qui correspond au second stade), ne peuvent être implantées sans être prises en charge par des acteurs internes. Dans le cas des TMS, cela nous semble particulièrement important à souligner, puisque leur prévention exige souvent d'aller au-delà de modifications simples équipements ou des aménagements, de la formation des travailleurs, pour questionner l'organisation du travail. Les intervenants externes en prévention ont donc besoin de ce que nous avons appelé des « relais » (l'expression relayeur est aussi utilisée, voir Roy et coll. 1995). La portée de leur action dépend (entre autres) des capacités qui peuvent être déployées par leurs différents interlocuteurs. Leurs interlocuteurs internes doivent disposer de formation en prévention, de temps et de ressources pour agir. Ces capacités peuvent être d'emblée présentes : dans ce cas, elles doivent pouvoir être « utilisées »; autrement, elles doivent pouvoir être développées au cours de l'intervention, ce qui peut être parmi ses objectifs. Les exigences posées

par la législation nous apparaissent essentielles à cet égard : elles peuvent définir le niveau minimal de ressources en prévention requis à l'interne (formation, temps).

Des interactions avec et entre un ensemble d'acteurs

Les travailleurs. La nécessité de la participation des travailleurs à la définition des mesures de prévention est largement reconnue. Nous distinguons entre les dimensions « technique » et « politique » de la participation, ce qui peut éclairer la contribution de différentes formes de participation. Dans sa dimension technique, la participation des travailleurs contribue, par leur connaissance des situations de travail, à la cohérence entre les propositions et les règles qui structurent l'activité et éventuellement, à la remise en question de ces règles. Or, dans les interventions étudiées, la production de transformations est limitée en l'absence de représentants en mesure d'assurer la fonction « politique » de relais des préoccupations des travailleurs (par le biais de la représentation syndicale ou d'un représentant élu des travailleurs en SST). Par ailleurs, dans les cas étudiés, la participation collective des travailleurs (et non seulement individuelle) est associée à des changements réalisés par les travailleurs eux-mêmes (par exemple, créer de nouveaux outils d'information, formalisant l'expérience de l'ensemble du collectif, modifier une procédure de manière à éliminer un risque). Elle a aussi été l'occasion d'échanges avec le superviseur, sur des risques préoccupant déjà les travailleurs, mais qui n'avaient pas été discutés auparavant.

Les représentants syndicaux et représentants élus des travailleurs en SST. Dans les cas étudiés, la participation de représentants syndicaux et de représentants élus des travailleurs en SST permet, sur le plan « technique », la présence de « relais vers » l'intervenant, amenant une connaissance des situations de travail (lorsqu'elles sont réalisées par les représentants eux-mêmes) et du contexte de l'établissement; leur participation amène aussi la présence de futurs « maîtres d'œuvre » de certaines propositions. Sur le plan politique, elle contribue à la connaissance des enjeux par l'intervenant. Cela peut influencer le contenu des propositions de manière à utiliser certains enjeux, à faire face à des obstacles; cela permet une meilleure compréhension des conditions de la transformation. Cela rend possible la présence de relais aux préoccupations des travailleurs auprès des superviseurs et directions, en particulier quand ces préoccupations ne correspondent pas à un enjeu pour l'employeur (par exemple, quand il n'y a pas de dysfonctionnements dans les opérations, ou qu'ils sont absorbés par les travailleurs, qui en assument le « coût »). Dans certains des cas étudiés, cela a aussi favorisé l'allocation de ressources, soit par des échanges directs entre ces représentants et la direction, soit en légitimant l'action des superviseurs; on peut observer des alliances avec ces derniers. Par ailleurs, la présence de leurs représentants peut contribuer à la légitimité de l'intervention pour les travailleurs. Finalement, elle a, dans un cas, élargi le champ d'action à des questions qui n'étaient pas traitées dans le cadre de l'intervention mais avaient un impact important, dont les horaires de travail.

Les superviseurs. Dans les cas étudiés, la participation des superviseurs est très généralement demandée par les intervenants, mais leur charge de travail la limite dans plusieurs situations. Or, elle s'avère une condition importante de la production de changements : la participation des superviseurs y contribue du fait de leurs connaissances des situations de travail et de leur capacité à agir comme « maîtres d'œuvre » de certaines transformations. Ils jouent également un

rôle comme décideurs de certaines transformations et comme relais « politique » auprès de la direction; leur présence permet également d'opérationnaliser les propositions : ils sont autrement laissés à eux-mêmes pour revoir tout le processus qui mène à ce que leurs décisions quotidiennes puissent intégrer des critères de prévention. Nous rejoignons ainsi des travaux récents qui, en ergonomie, envisageant le travail des cadres comme l'occasion de la rencontre et de la confrontation entre des prescriptions descendantes et des informations remontantes, sur les régulations mises en œuvre par les travailleurs et les difficultés éprouvées (Carballada 1997, Six 2000). La présence des superviseurs favorise des transformations dépassant ce qui relève des régulations par les travailleurs, dans le fonctionnement existant de l'entreprise. Cependant, nombre de changements discutés dépassent aussi l'autonomie décisionnelle des superviseurs. Dans les cas étudiés, les interventions ont contribué à élargir l'autonomie décisionnelle des superviseurs ou leur influence sur les décisions prises par d'autres : les informations et les analyses apportées par l'intervenant externe sont reprises pour convaincre des décideurs; des alliances entre superviseurs se créent à l'occasion d'échanges entre eux suscités par les interventions; des échanges entre superviseurs et travailleurs servent de point d'appui aux premiers dans leurs rapports avec les directions ou les maîtres d'œuvre.

Des échanges entre les acteurs

Dans les interventions étudiées, des rencontres entre différents acteurs du milieu de travail étaient organisées par les intervenants externes. De telles rencontres ont également à la fois une dimension « technique » et une dimension « politique ». Elles participent à la production de transformations à la fois par l'une et par l'autre. Ces échanges peuvent contribuer à une transformation des représentations de l'activité de travail chez les superviseurs et les concepteurs ou maîtres d'œuvre, processus déjà mis en évidence entre autres par Garrigou (1992). Les échanges contribuent également à l'élaboration de propositions par les acteurs, qui ne sont pas formulées autrement. Les échanges entre les acteurs peuvent aussi contribuer à des changements du fait de leur dimension « politique ». Nous avons observé les processus suivants, menant à des actions préventives : la prise de décision, par les mêmes acteurs que dans le fonctionnement habituel de l'établissement (superviseurs, directions), mais sur la base de (nouveaux) critères de prévention, issus de ces échanges; des actions autonomes, par les travailleurs, individuellement ou collectivement; des accords entre les acteurs, dont des alliances (entre superviseur et travailleurs, entre superviseurs vs un décideur); des pressions exercées par un acteur sur un autre. L'organisation des échanges par le tiers apparaît ainsi comme un important mécanisme de production de changement (ce que Daniellou (1998) appelle le « pouvoir débattre »).

2.4 Les activités constituant l'intervention

Pour contribuer à des changements, les intervenants peuvent agir sur différentes caractéristiques des activités qu'ils mettent en œuvre. Dans les cas étudiés, les caractéristiques de ces activités influencent : l'utilisation des capacités des acteurs à formuler des propositions de transformation; le jugement qu'ils posent sur les propositions de changement formulées par d'autres quant à leur pertinence (la correspondance avec leurs enjeux) et leur compatibilité avec le contexte et les activités de travail réelles (voir Trudel et Montreuil, 1999); la réalisation des propositions, leur opérationnalisation influençant le fait qu'elles soient non seulement acceptées mais mises en

œuvre. On examinera ici les activités en fonction de grandes étapes que sont l'analyse et le diagnostic, la recherche de solutions, l'implantation, le suivi et l'évaluation.

L'analyse et le diagnostic

Les intervenants en prévention sont souvent confrontés à des demandes déjà formulées comme des moyens ou des solutions (une formation...) plutôt que comme un problème (des troubles musculosquelettiques). Daniellou (1992) et Falzon (1993) ont mis en évidence qu'il n'y a pas de situation de « pure application » où l'ergonome peut faire appel à une réponse instantanée, immédiatement applicable. Les intervenants peuvent avoir à convaincre leurs interlocuteurs de la nécessité d'une analyse et d'un diagnostic, et expliquer qu'ils ont pour cela besoin de temps. Dans les cas étudiés, on observe que ces activités ont à la fois une fonction technique et une fonction sociale ou politique. Pour l'intervenant, elles servent à définir ou redéfinir le problème, ce qui amène éventuellement un élargissement; il s'agit aussi, implicitement ou explicitement, d'identifier les conditions de la transformation, ou les leviers et les obstacles à surmonter. L'analyse et le diagnostic leur permettent d'établir ou de maintenir une distance critique par rapport aux points de vue de leurs interlocuteurs, attitude que Jobert (1992) considère favoriser l'efficacité de l'intervention. Par ailleurs, l'analyse et le diagnostic (qui peuvent être co-construits) peuvent également avoir une fonction « politique », pour les acteurs eux-mêmes : certains reprennent alors ce qui est produit par l'intervenant afin de convaincre des décideurs.

La recherche ou la construction de solutions et leur implantation

Dans les cas étudiés, la recherche de solutions s'appuie entre autres sur des ressources dont les intervenants disposent individuellement, et sur celles de l'organisation à laquelle ils appartiennent. Au plan individuel, il s'agit de compétences en prévention, pour proposer des critères, juger de leur respect dans les propositions d'autres acteurs ou de maîtres d'œuvre; d'autre part, il s'agit de compétences sur le processus, pour aider travailleurs et superviseurs à développer des propositions en s'appuyant sur leurs savoirs pratiques : ces deux rôles se renforcent mutuellement, les savoirs liés au contenu appuyant l'expression des savoirs propres aux « concernés ». Dans les cas étudiés, étant donné la diversité des enjeux du travail pour la santé et la sécurité, l'accès à l'expérience et aux connaissances des pairs et de collègues spécialistes de diverses disciplines (hygiéniste industriel, ergonome, par exemple) ressort comme une ressource très importante. Par ailleurs, dans les cas étudiés, les compétences pratiques propres aux généralistes, quant aux enjeux sociaux et organisationnels dans le milieu de travail, sont essentielles aux spécialistes pour identifier les conditions de la transformation. Au plan collectif, les positions prises par l'organisation à laquelle appartient l'intervenant externe sont des sources de légitimité et appuient les efforts pour aller au-delà du contenu réglementaire, lorsque requis pour protéger la santé et la sécurité (la question est susceptible de se poser en particulier en ergonomie). L'organisation peut favoriser la formalisation de l'expérience des intervenants et des milieux de travail, se traduisant par la rédaction d'outils documentaires, le développement technologique, etc., permettant le transfert à d'autres milieux. La création d'un réseau plus ou moins formel d'intervenants et d'interlocuteurs dans divers lieux de travail ouvre l'accès à leur expérience, constituant une ressource précieuse.

Dans les cas étudiés, nous avons observés le recours à des activités d'analyse, de diagnostic et de recherche de solution qui font référence aux savoirs pratiques des acteurs. Elles favorisent l'apport des capacités des acteurs eux-mêmes; certaines méthodes partagent comme caractéristique la proximité avec les activités de travail des salariés, comme la simulation. D'autres favorisent l'expression des stratégies déjà développées pour éliminer ou contrôler les risques. On peut ainsi suggérer que la nature des méthodes (que Garrety et Badham 1999 désignent comme des « objets intermédiaires ») influence le résultat même des activités, et de ce fait, les transformations associées à l'intervention. Des constats similaires ont déjà été tirés à partir de l'analyse d'interventions en ergonomie, par exemple par Garrigou (1992). Par ailleurs, il faut encore souligner le rôle du temps : la possibilité qu'une idée de solution soit opérationnalisée dépend du moment où elle est formulée; elle peut ne pas être développée si d'autres solutions jugées « satisfaisantes » l'ont déjà été et qu'elle arrive alors « trop tard », en particulier si l'intervention s'insère dans un projet de changement qui a son propre rythme. On rejoint ici un constat tiré par Bellemare et coll. (2002) à partir de l'analyse de projets d'ergonomie participative visant la prévention des troubles musculosquelettiques.

L'opérationnalisation et le suivi pendant et après l'implantation

Nous avons désigné comme « opérationnalisation » le passage à des spécifications, plutôt que la seule définition de critères de santé ou de critères de performance des solutions. Dans les cas étudiés, le degré d'opérationnalisation des propositions a une influence positive sur les dispositions des acteurs envers ces propositions. Cela contribue à transformer leur représentation de ce qui est possible et de leur capacité à agir (voir Teiger 1993 sur les changements de représentation). Cette opérationnalisation peut devoir passer par la collaboration avec un maître d'œuvre spécialisé (architecte, ingénieur, designer, etc.), de manière à respecter les limites des compétences propres à l'intervenant, qui accompagne alors la conception pour s'assurer du respect des critères de prévention. Dans les cas étudiés, des interactions après la formulation de propositions, mais avant l'implantation, contribuent à l'opérationnalisation des propositions et, de ce fait, à leur réalisation. De même, le suivi après l'implantation contribue, dans certains cas, au traitement de problèmes résiduels et à l'atteinte de critères de SST formulés auparavant. Cependant, les intervenants externes participant à l'étude ont de la difficulté à dégager du temps pour un suivi et une évaluation, qui se font alors souvent informellement à l'occasion d'autres interventions. Or, plusieurs parlent de ce retour sur l'action comme une occasion clé de construction de leur expérience. De fait, les entrevues avec des acteurs du milieu de travail nous ont donné accès à des informations permettant de comprendre pourquoi certaines propositions de transformation n'avaient pas été implantées, informations dont ne disposaient alors pas les intervenants.

2.5 Les propositions de changement et leurs enjeux

Étudiant les effets d'une formation, Trudel et Montreuil (1999) ont mis en évidence que les propositions visant la prévention sont soumises par les travailleurs participants à un jugement de pertinence et de compatibilité. Dans les cas étudiés, les dispositions des travailleurs par rapport aux propositions formulées dans le cadre des interventions sont influencées par différents facteurs : la cohérence ou la compatibilité des propositions avec les règles structurant l'activité, en particulier quant aux exigences temporelles; la possibilité de préserver les marges de

manœuvre dans l'activité de travail; leur « coût » ou plus généralement, la charge de travail; des critères de qualité, une éthique de « bien faire son travail »; la dimension identitaire du travail, qui a pu amener des comportements de « prise de risque »; l'efficacité perçue des propositions, par rapport aux stratégies existantes; la présence d'autres enjeux tels les salaires, les qualifications et l'emploi. Les intervenants ont ainsi besoin de comprendre l'activité de travail dans toutes ses dimensions, pour bien saisir les enjeux que vont représenter les propositions pour les travailleurs. Pour cela, ils doivent pouvoir débattre des propositions de changement avec les salariés eux-mêmes.

Il apparaît également utile de connaître les enjeux que représentent les propositions de changements pour les superviseurs et les directions. L'association entre les problèmes de SST et des dysfonctionnements actuels ou anticipés dans les opérations mêmes est un facteur important favorisant les transformations, en particulier si les dysfonctionnements compromettent à court terme la réalisation des objectifs de l'organisation quant à la production de biens ou de services; nous rejoignons ici les conclusions de Nichols (1997) qui propose de considérer la fréquence et la gravité des dysfonctionnements dans les opérations (arrêts, problèmes de qualité) comme facteurs expliquant la propension à agir en prévention. Le problème est que tous les risques à la santé et à la sécurité (en particulier les problèmes de santé) ne sont pas associés à de tels dysfonctionnements, se qui renforce la nécessité d'autres motivations à l'action, dont les dispositions légales et réglementaires et le contrôle visant leur mise en œuvre effective. Les propositions de changement peuvent aussi représenter des enjeux dans les relations avec les travailleurs ou leurs syndicats, en fonction de l'importance perçue de leur collaboration pour l'employeur. Un enjeu important pour les directions et les superviseurs concerne les ressources nécessaires (en temps, économiques) pour réaliser la proposition. L'allocation de ressources pour la réalisation des propositions est influencée par le niveau absolu de ressources nécessaire à la réalisation d'une proposition : on rejoint ici les résultats obtenus par Bellemare et coll. (2000) qui constatent que les « petits » projets sont réalisés dans une proportion plus élevée que les « gros », au cours d'une intervention d'ergonomie participative visant la prévention des troubles musculosquelettiques. Cependant l'allocation de ressources est aussi influencée par le caractère ponctuel ou permanent des ressources nécessaires, la situation étant moins favorable dans le second cas.

Paradoxalement, dans les cas étudiés, les décisions des directions apparaissent soumises à une logique qui, à plusieurs égards, s'oppose à leur propre volonté d'obtenir des résultats en prévention. Évoquant les critères sur la base desquels elles doivent justifier l'allocation de ressources auprès d'un conseil d'administration ou des propriétaires de l'entreprise, les directions interrogées soulignent la priorité accordée à des préoccupations de rentabilité à court terme et à la rencontre d'objectifs dans les opérations; l'absence d'un enjeu de conformité avec la loi ou un règlement est rapportée comme un obstacle à l'action, bien que le risque soit reconnu. Ces critères peuvent l'emporter malgré l'expérience qu'ont les directions de l'efficacité des mesures préventives et de leur contribution au contrôle des dysfonctionnements dans la production, des pertes et de la « non qualité » de manière générale, et en dépit de la conviction que l'amélioration des conditions de travail est reliée à celle de la performance de l'entreprise, et même des motivations morales et éthiques qui sont également évoquées par plusieurs membres des directions. Dans ces situations, au-delà de l'éthique individuelle (voir entre autres le Code d'éthique des professionnels de la santé au travail adopté par la Commission internationale de la

santé au travail (http://www.icoh.org.sg/core_docs.html), des ressources collectives aident les intervenants à conserver le point de vue de la santé et de la sécurité; ces ressources permettent de faire la différence entre « comprendre » et « accepter » et de réfléchir aux leviers de changement.

Cette étude précédente, elle-même appuyée sur les résultats de diverses études sur les interventions, est donc l'une des deux sources du recueil d'outils. À la fin de cette étude, le pari était donc qu'il était possible de rendre plus explicites les stratégies informelles développées par les intervenants.

Annexe 2 : Les outils existants

Préalablement à la recherche, nous avons pu recenser quelques outils existants, au sujet desquels on donnera quelques brèves informations. De plus, lors des premières rencontres avec praticiens membres du groupe de travail, nous leur avons demandé de nous fournir les outils existant dans leurs organisations.

Il est certain qu'il est difficile d'imaginer recenser l'ensemble des outils existants, même au Québec, contrairement à ce qu'on pourrait faire pour la littérature scientifique, puisque cela constitue de la « littérature grise » ou des documents maison, non diffusés.

Un premier ensemble d'outils ou de guides, parmi ceux recensés, sont destinés à accompagner un processus d'évaluation. Dans le domaine de la santé et de la sécurité du travail précisément, on trouve par exemple le guide élaboré par Robson et coll. (2001), sous le titre « Guide to Evaluating the Effectiveness of Strategies for Preventing Work Injuries: How to Show Whether Safety Intervention Really Works ». Outre la présentation, très pédagogique, des apports et limites de différents designs d'étude évaluative, il contient entre autres une section sur les méthodes qualitatives pouvant contribuer à la compréhension du processus, du contexte et des effets d'une intervention. Une version simplifiée et illustrée a été préparée par l'Intervention Effectiveness Research Team of the National Occupational Research Agenda du NIOSH (2004), sous le titre : « Does It Really Work? How to Evaluate Safety and Health Changes in the Workplace ». Cependant, ni l'un ni l'autre ne permettent de faire le type d'analyse du contexte recherché, ni de planifier l'intervention dans la perspective d'agir sur les capacités et les dispositions des acteurs. L'article de Goldenhar et Schulte (1994) intitulé « Intervention Research in Occupational Health and Safety » propose une démarche d'intervention et de recherche en santé et sécurité du travail qui pose, quant à elle, un ensemble de jalons utile à cette analyse et à la planification de l'intervention dans ses dimensions sociales et organisationnelles.

Plus généralement, hors du cadre spécifique de la santé et de la sécurité du travail, il s'est avéré utile d'examiner les catégories et modèles développées dans le cadre des travaux en analyse de l'implantation. Ainsi, selon Contandriopoulos et coll. (1993),

« Une intervention se caractérise donc par cinq composantes :

- des objectifs;
- des ressources;
- des services, des biens ou des activités;
- des effets;
- un contexte précis à un moment donné. » (p. 2).

Les auteurs expliquent également « qu'on ne peut parler d'une intervention sans tenir compte des différents acteurs qu'elle concerne. (...) En effet, chacun des acteurs peut avoir ses propres objectifs en regard de l'intervention (...) » (p. 2). De même, Denis et Champagne (1990, p. 48) situent les différentes questions qui peuvent être traitées dans le cadre d'une analyse de l'implantation :

- « l'analyse de l'implantation s'intéresse à trois questions soit :
- (a) Quelle est l'influence du milieu d'implantation sur le degré de mise en œuvre de l'intervention? (composante 1);
 - (b) En quoi les variations dans la mise en œuvre de l'intervention influencent-elles les effets observés (composante 2);
 - (c) Quelle est l'influence de l'interaction entre le milieu d'implantation et l'intervention sur les effets observés? (composante 3). »

Ces travaux se sont avérés fort utiles pour la conception des outils destinés aux intervenants, même si l'objectif n'est pas d'en faire des outils d'évaluation; ils ont donc contribué à la réflexion sur les éléments à intégrer dans les outils, et à l'articulation entre ces éléments.

Par ailleurs, un autre ensemble d'outils ou de démarches recensés étaient destinés au recueil d'informations factuelles, préalablement ou en cours d'intervention. Il ne s'agit pas d'outils à caractère stratégique, visant explicitement la planification des dimensions sociales et organisationnelles de l'intervention (l'action sur les capacités et les dispositions à agir), mais la nature des informations recueillies peut s'avérer fort utile pour l'analyse du contexte, et pour une telle réflexion stratégique.

Il s'agit d'abord des instruments dont sont dotés les équipes de santé au travail du réseau public québécois, tel que les questionnaires de « connaissance préalable », utilisés lorsque l'équipe entame les premiers contacts en vue de l'élaboration d'un programme de santé spécifique à l'établissement (PSSE), ou encore des données entrées au Système d'information en santé au travail (SISAT), implanté au début de la recherche. De plus, des « notes d'évolution » sont également rédigées par des membres des équipes tout au long des interventions, qu'il s'agisse de l'élaboration ou la mise à jour d'un PSSE, ou d'une intervention ad hoc. De même, dans les associations paritaires, différents outils ont pu être élaborés pour colliger des informations déposées dans le dossier d'un établissement, pour des fins de suivi entre intervenants. L'examen des ces outils a permis à l'équipe de voir quelles étaient les types d'informations déjà recueillis, et sous quelles formes elles l'étaient, de manière à s'en inspirer pour l'élaboration des outils. D'autres outils de recueil de données factuelles, élaborés par d'autres organismes de prévention (voir par exemple Charbonneau (1997)) ont également été examinées. Par exemple, la démarche du « Diagnostic court » élaborée par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) est apparue intéressante parce qu'elle amène un recueil d'informations d'emblée plus large que les seules dimensions techniques, pour s'étendre entre au contexte organisationnel et social. Tous ces outils pourront inspirer l'élaboration à réaliser. Enfin, en dehors du domaine de la santé au travail, des grilles telles que celle élaborée par Lapointe et coll. (1993) permettent le recueil d'un ensemble d'informations utiles à la compréhension du contexte d'un milieu de travail.

Finalement, un dernier ensemble d'outils ou de démarches nous ont semblé avoir un caractère plus stratégique. Par exemple, Ghislaine Tougas, ergonomiste à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre, a élaboré et validé, avec un ensemble d'intervenants, des outils pour une démarche d'intervention pour la prévention des troubles musculo-squelettiques, incluant un ensemble d'étapes qui prennent en compte l'engagement du milieu dans la démarche (Démarche d'intervention ergonomique pour la prévention des lésions musculo-squelettiques en milieu de

travail : Journal de bord). De même, une série d'études évaluatives réalisées par Sylviane Gignac (par exemple, Gignac, 1996) de la Direction de la santé publique de Québec sur la mise en place de programmes de santé dans des établissements de différents secteurs désignés prioritaires fournit une structure et des éléments de réflexion fort utiles, qui ont inspiré l'outil de planification de l'intervention (la Feuille de route). De même, un autre outil existant s'est avéré une source d'inspiration importante; il a été développé pour permettre le recueil d'informations, par des chercheurs, dans le cadre d'une recherche action dans le même domaine : il s'agit du « journal de bord » élaboré par Bellemare et coll. (2001), qui permettait l'échange entre les chercheurs et ainsi d'éclairer les décisions à prendre au cours de la recherche-action.

Bien sûr, de manière plus générale, la démarche ergonomique, telle que décrite dans l'ouvrage clé de Guérin et coll. (2006) fournit des points de repère incontournables, entre autres autour de l'étape d'analyse de la demande.

Finalement, hors du champ spécifique de la santé et de la sécurité du travail, les ouvrages de Lescarbeau, Payette et St-Arnaud, en particulier le livre intitulé « Profession : consultant » (dernière édition en 2003) fournit une démarche et des outils inspirants, puisque guidés par une perspective non pas technique mais organisationnelle. Ils ont été une source de réflexion soutenue au cours de l'élaboration de la première version des outils. Il nous a semblé que la nature particulière de l'objet « santé et sécurité du travail », la présence de plusieurs acteurs (représentant de l'employeur, syndicats, travailleurs, concepteurs, etc.) et l'encadrement légal, spécifiant entre autres des exigences comme le paritarisme, faisait que les outils à élaborer ici dépassaient largement une simple transposition ou adaptation de cette référence par ailleurs éclairante.

En conclusion, plusieurs outils existants se sont avérés, au début ou en cours de projet, être des sources de réflexion et d'inspiration stimulantes. Cependant, aucun des outils existants ne rencontrait d'emblée l'ensemble critères des outils à développer. Il s'agissait en effet ici de construire des outils spécifiques à l'intervention en SST, structurés par un modèle validé empiriquement, permettant d'intégrer les dimensions sociales et organisationnelles des interventions et de comprendre les effets du contexte de l'établissement et ceux du processus de l'intervention, sur les résultats générés.

Annexe 3 : Charte des valeurs et des rôles adoptée par le groupe de travail

Recherche

Conditions et processus de changement lors d'interventions externes en SST : Élaboration d'outils pour les praticiens

Charte des valeurs et des rôles

1. Objet

Ce projet fait appel à plusieurs personnes provenant de deux types d'organisation ayant des missions différentes : équipe de santé au travail et ASP. Ces personnes ont des formations et des rôles différents lors d'interventions externes en SST. Elles ont aussi des expériences fort différentes autant par leur nature que par le nombre d'années.

Ce projet requiert la participation active de tous ces participants à l'intérieur d'un groupe de travail dont la cohésion sera un gage d'efficacité mais aussi de plaisir... au travail. Nous croyons que pour assurer cette cohésion, il est important de s'entendre sur un certain nombre de valeurs et de bien distinguer les rôles de chacun.

2. Valeurs

a. Une valeur fondamentale : la protection de la santé et de la sécurité du travail

Ce projet ne porte pas sur les méthodes d'identification et d'évaluation des risques, ni sur les moyens de prévention. Les critères à ce sujet sont discutés dans d'autres lieux, afin de s'assurer qu'ils sont adéquats. Cependant, l'objectif fondamental de ce projet-ci est aussi de contribuer à une meilleure protection de la santé et de la sécurité des travailleuses et travailleurs, par un examen des dimensions sociales des interventions externes et de l'implantation des mesures préventives à cette occasion.

b. La communication constructive

La participation requiert de communiquer les faits concernant des interventions mais aussi des sentiments ressentis pendant son déroulement (angoisse, crainte, succès, plaisir, colère). La participation demande aussi d'exprimer de manière constructive ses observations et ses opinions en ce qui concerne les interventions des autres ainsi que les outils développés. Un procédé utile est de chercher à comprendre quelle était la situation pour l'intervenant concerné, à ce moment particulier, et d'identifier ce qui l'a amené à agir d'une manière ou d'une autre. On peut alors poser des questions pour identifier quelles seraient éventuellement les alternatives à examiner à l'avenir, toujours par rapport à l'objectif fondamental de protection de la santé et de la sécurité du travail.

c. Le droit à « l'erreur », le droit à des opinions différentes

Pour favoriser que la communication soit constructive, il faut se donner le droit à l'erreur et l'accepter pour les autres : par « erreur », on entend simplement qu'à la lumière de

l'expérience et des échanges, chacun puisse penser qu'il interviendrait maintenant autrement qu'il ne l'a fait. Il n'y a pas de place pour des propos culpabilisants. De même, il se peut que des opinions différentes existent et demeurent, quant aux dimensions sociales des interventions. L'essentiel est d'être prêt à écouter et éventuellement à changer d'idée.

d. **Le respect**

Chacun doit sentir que ses actions ou ses opinions sont discutés avec respect, qu'ils ne font pas l'objet d'un jugement « a priori ».

e. **Le partage**

Les participants au groupe de travail ne sont pas dans une compétition où se faire valoir; le résultat du travail sera un résultat commun, mettant à profit les habiletés et les expériences spécifiques de chacun.

f. **La recherche de l'objectif commun**

Chaque participant occupe des fonctions particulières, dans une organisation particulière, a ses propres préoccupations liées à ses interventions, et rencontre des défis particuliers. Dans le cadre du groupe de travail, il sera utile de se rappeler périodiquement l'objectif commun, de manière à ce que les propos de chacun cherchent à y contribuer. .

3. Rôles

▪ **Participants au groupe de travail**

- Choisir des cas d'interventions (2 ou 3) selon les critères fournis par les chercheuses, et avec l'aide du professionnel de recherche.
- Participer à la recension des outils existants.
- Pour chacun de ces cas, recueillir l'information descriptive du cas à l'aide du journal de bord proposé par les chercheuses.
- Participer à l'élaboration des outils (analyse du contexte, définition de l'intervention, suivi de l'intervention, évaluation et bilan de l'intervention et de ses résultats).
- Utiliser, pour validation, les projets d'outils
- Analyser l'utilisation des projets d'outils et communiquer ses observations au groupe de travail
- Suggérer les modalités de diffusion des outils (formats des outils, besoins de formation des collègues, intégration dans l'activité de travail)

a. **Professionnel de recherche**

- Coordonner les activités des participants en lien avec la recherche (interface avec les chercheuses, choix d'intervention, cueillette des informations concernant les interventions).
- Préparer et participer aux rencontres du groupe de travail et du comité de suivi.
- Participer à la recension et à l'élaboration d'outils d'intervention.
- Analyser les rencontres du groupe de travail et mettre en forme les livrables de la recherche : les outils d'intervention, sous forme d'un recueil illustré de cas.

b. Chercheures

- Superviser l'ensemble du processus de recherche menant aux livrables.
- Superviser la recension et l'élaboration d'outils d'intervention.
- Superviser les analyses du groupe de travail et la mise en forme des outils.
- Déterminer les différents moyens de diffusion.
- Assurer le lien avec les organisations participantes, entre autres via le comité de suivi.

c. Organisations employant les participants

- Participer au comité de suivi du projet.
- Libérer les participants au groupe de travail pour la préparation et la participation aux rencontres du groupe de travail.
- Assumer les frais de déplacement des participants pour les rencontres du groupe de travail.

Annexe 4 : Activités du groupe de travail pour l'élaboration et la validation des outils et documents d'accompagnement

Activités d'élaboration et de validation des outils par les intervenants membres du groupe de travail, à l'occasion et entre les dix rencontres

Date	Nombre de participants présents	Outil présenté	Outil discuté après utilisation	Autre activité	Travail à faire de la part des participants
Rencontres d'information	11	Aucun	Aucun	Information sur le déroulement de la recherche, réponses aux questions des participants. Signature des formulaires de consentement	Rédiger (10 lignes) un cas d'intervention réussie et un cas d'intervention non réussie ¹¹ .
05-12-05	12	Journal de bord	Aucun	Exercice pour une meilleure intégration du modèle par les participants.	Expérimenter le journal de bord pour une intervention et le remettre aux chercheurs.
06-01-30	11	Analyse du contexte	Journal de bord	Expérimentation séance tenante de l'outil « Analyse de contexte » en sous-groupe sur deux cas tirés des journaux de bord recueillis. Discussion sur les outils existants.	Tenir le journal de bord pour un ou deux interventions, et l'envoyer aux chercheurs. Expérimenter l'outil d'analyse du contexte pour une intervention
06-03-10	11	aucun	Analyse du contexte	Discussion sur les critères de succès des interventions à partir des cas décrits par les participants. Discussion sur la planification des interventions.	Poursuivre la tenue du journal de bord et les envois. Réaliser l'analyse de contexte pour une deuxième intervention.

¹¹ Ce matériel a été utilisé lors des séances du 5 décembre et du 6 mars 2006.

Date	Nombre de participants présents	Outil présenté	Outil discuté après utilisation	Autre activité	Travail à faire de la part des participants
suite				Discussion sur le déroulement de la recherche	
06-04-10	9	Planification de l'intervention*	Planification de l'intervention	Exercice du sosie pour mettre au jour les éléments pris en compte par l'intervenant pour planifier son intervention.	Tenir le journal de bord et poursuivre les envois. Réfléchir à l'outil de planification de l'intervention, pour commentaires
06-05-25	10	Planification de l'intervention		Discussion : sur les critères et indicateurs de succès des interventions ; sur les dilemmes éthiques lors des interventions. Présentations de dilemmes éthiques vécus	Tenir le journal de bord et poursuivre les envois. Utiliser l'outil de planification de l'intervention.
06-09-18	9	Deuxième version de : journal de bord, analyse du contexte, Feuille de route, première version	Recueil des commentaires sur les outils, deuxième version	Discussion sur le cadre d'utilisation des outils Discussion sur les indicateurs à utiliser au cours des interventions; Travail en équipe sur les principes d'intervention	Utiliser outils dans leur deuxième version.
06-12-11	7	Outil de bilan de l'intervention Deuxième version de la feuille de route Troisième version de l'outil d'analyse du contexte	Recueil des commentaires sur les outils, dernière version	Discussion d'un certain nombre des « Questions et principes » qui guident les interventions	Utiliser les outils dans leur dernière version.

Date	Nombre de participants présents	Outil présenté	Outil discuté après utilisation	Autre activité	Travail à faire de la part des participants
07-03-15	6	Référentiel sur les questions et principes	Feuille de route	Discussion sur les problèmes et dilemmes éthique dans les interventions ; Discussion sur les principes guidant l'intervention	Questionnaire sur les problèmes et dilemmes éthiques rencontrés, à partir du Code international d'éthique.
07-11-23 et 07-11-30	5 4	Ensemble du recueil d'outils	Ensemble	Commentaires sur l'ensemble des outils, le guide sur le contexte et le référentiel	Envoi des commentaires écrits sur l'ensemble des outils, si souhaité, à la suite des rencontres.

* L'outil de planification qui a été présenté lors de cette rencontre était encore sous une forme sommaire afin de bien établir la pertinence de ses différents éléments en faisant appel à l'expérience des participants. L'exercice du sosie et les rencontres individuelles ont permis de mettre en évidence les questions que se posent les intervenants et les critères qu'ils utilisent lors de la définition de l'intervention.

Exemple 1 de feuille de route pour l'animation des rencontres du groupe de travail

Recherche Outils d'intervention
 Rencontre No.1 du groupe de travail
 5 décembre 2005

Feuille de route
 Animation : Geneviève/Pierre

	<p>Bienvenue, présentation de l'ordre du jour, accord sur déroulement, points à ajouter ? <i>Règles (valeurs) et rôles (Participant, professionnel de recherche, chercheures, les organisations)</i></p>	
<p>1. Histoires de cas 10h10 à 14h30</p>	<p>Objectif : Le participant associe les éléments du modèle à des interventions concrètes provenant de son expérience</p> <p>Déroulement :</p> <p>Individuellement, à partir des descriptifs d'intervention qu'ils ont écrits, le participant relie les faits aux éléments du modèle (feuille de travail)</p> <p>En plénière, nous complétons l'exercice pour deux ou trois cas contrastés (dont tout le monde prend connaissance) :</p> <p>En questionnant d'abord le participant, puis les autres pour chaque question :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment ça s'est passé? • Qu'est-ce qui t'as amené à ... • Si demain je te remplace qu'est-ce que tu me dis de faire ou de ne pas faire • Si c'était à recommencer que referais-tu différemment 	
<p>Dîner : 12h00 à 13h30</p>		
<p>2. Concept d'outil 14h30 à 15h15</p>	<p>Objectif : Se définir une représentation commune des outils (contexte, définition de l'intervention, suivi, évaluation et bilan)</p> <p>Déroulement : ?</p> <p>Base de discussion :</p>	

	<p>Définition : quelque chose qui aide à la décision, une liste de questions à se poser et des orientations de réponses afin d'adapter l'intervention</p> <p>Critères fonctionnels :</p> <ul style="list-style-type: none"> • • ... • ... 	
15 minutes	Pause	
3. Journal de bord 15h30 à 16h10	<p>Présentation de cet outil :</p> <p>Pourquoi :</p> <ul style="list-style-type: none"> • autoréflexion sur l'intervention • trace : <ul style="list-style-type: none"> ○ rappel pour élaboration des outils ○ données pour étude suivante • exemple 	Geneviève et Pierre
4. Bilan de la journée 16h10 à 16h30	<p>Points positifs :</p> <p>Suggestions d'amélioration :</p>	

Exemple 2 de feuille de route pour l'animation d'une rencontre du groupe de travail

**Recherche Outils d'intervention
Rencontre No. 5 du groupe de travail
19 mai**

Feuille de route version 18-05-06

Étapes	Contenu	Animation
<p>1. Bienvenue et ordre du jour</p> <p>8h30-8h45</p>	<p>Bienvenue, présentation des attentes quant à leur contribution pour la journée; faire lien avec la rencontre précédente (outil de planification de l'intervention) :</p> <p>Référence au rôle de l'éthique dans les intentions (p.9)</p> <p>Référence aux pratiques d'évaluation en vue de la construction du dernier outil, dans la suite de la réflexion sur les critères de succès et l'introduction de critères de succès dans l'outil de planification «La feuille de route pour la négociation de l'intervention»</p>	
<p>2. Rôle et moyens pour l'éthique</p> <p>8h45-11h45</p>	<p>Nos intentions:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Reconnaître la présence de situations de dilemme éthique dans les interventions de l'intervenante externe en SST, en relever des exemples, éventuellement en faire une typologie 2. Que les participants expriment comment, par quels moyens, ils guident ou non leur intervention en situation de dilemme éthique 3. Que les participants expriment des exemples de solutions qu'ils ont trouvées à des dilemmes éthiques. <p>Stratégie :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Énoncé de nos objectifs • Énoncé de la définition de dilemme éthique • Processus : 	<p>Exemples</p>

Étapes	Contenu	Animation
<p>9h15</p> <p>pause : 10h00 à 10h20</p>	<p><u>En plénière ,</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Présentation très brève du contenu du Code international, pour définir ce que peut être un dilemme éthique 2. Présenter un ou deux exemples de dilemme éthique dans le cadre d'interventions <p>En atelier (en boucle pour chaque exemple)</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Avez-vous des exemples à partager? (dans le but de faire une d'exemples, et une typologie) 4. Comment est-ce que vous faites pour trouver des solutions dans ces situations en de telles situations (ex : discussion avec un collègue, avec votre patron, etc.)? 5. Quelles solutions avez-vous pu trouver dans de telles situations? 6. Est-ce que vous auriez-vous on peut identifier des (d'autres) moyens de se guider en pareil situations? <p>Pour la fin</p> <ol style="list-style-type: none"> 7. Est-ce que le code d'éthique de la CIST vous a aidé, pourrait vous aider? <p>si oui, quel élément? (1 à 26),</p> <p>Est-ce suffisant?</p> <p>Si ça réussit, nous pourrions observer :</p> <p>Des exemples de dilemmes éthiques (vers la construction d'une typologie?)</p> <p>Des énoncés de moyens pour aider à la décision en situation de dilemme éthique.</p>	<p>Marie, Pierre, Geneviève</p> <p>il faut une troisième enregistreuse</p>
Dîner		

Étapes	Contenu	Animation
	<ul style="list-style-type: none"> • Énoncé de notre objectif <p>Le guide contiendra :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un modèle pour comprendre les différents types d'effets qu'on peut évaluer (comme le modèle proposé par Shannon et coll. 1997) • une liste d'instruments existants pour évaluer différents aspects des interventions • un processus pour définir soi-même ce qu'on veut évaluer et concevoir les indicateurs et la stratégie pour faire l'évaluation. <p>Pour cela, nous avons besoin de connaître ce que les intervenants font déjà, pensent de ce qu'ils font, et souhaiteraient faire comme évaluation. La discussion nous informera là-dessus. L'outil qui en sortira sera soumis aux participants pour validation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Processus : <p>1. <u>En plénière.</u></p> <p>Bref exposé sur les critères de succès exprimés par les participants à la rencontre du 10 mars.</p> <p>Présentation d'un modèle pour les articuler.</p> <p>Brève présentation sur objectivité vs subjectivité quantitatif vs qualitatif à partir d'une synthèse des critères de succès énoncés à la rencontre de mars, afin de démontrer la possibilité d'identifier des indicateurs pour chacun des critères de succès énoncés.</p> <p>Discussion : qu'en pensez-vous?</p> <p>2. Dans la suite de la synthèse et des notions présentées, et dans <u>votre contexte spécifique d'intervention</u> :</p>	

Étapes	Contenu	Animation
	<ul style="list-style-type: none"> • Quand considérez-vous que l'intervention est terminée (i.e. qu'on peut l'évaluer)? • Quelles sont les pratiques d'évaluation déjà en place, même occasionnellement (par vous personnellement, par votre organisation) ? • Quelle est votre appréciation de la pertinence de ces pratiques? • Que souhaitez-vous, si votre pratique actuelle ou celle de votre organisation ne vous satisfait pas? <p>Si ça réussit, nous pourrions observer :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une liste de pratiques d'évaluation, individuelles et organisationnelle existante et spécifique aux ASP et à la santé au travail. • Des souhaits (une vision) de la pratique de l'évaluation de l'intervention. 	
<p>4. Bilan de la rencontre et prochaine rencontres 15h30-16h00</p>	<p>Consignes pour l'été Journaux de bord : continuer svp, merci... Rencontres individuelles pour celles et ceux qui ne l'ont pas déjà fait À venir : - proposition d'outils d'évaluation et de bilan - sélection d'une troisième intervention sur laquelle une version améliorée des outils sera testée -réflexion sur le mode de diffusion et d'utilisation des outils (coaching, mentorat, collaboration à 2 collègues).</p>	

Annexe 5 : Critères de sélection des cas d'intervention transmis aux participants au groupe de travail

Recherche Conditions et processus de changement lors d'interventions externes en SST : Élaboration d'outils pour les praticiens

Critères de sélection des cas d'intervention

Pour élaborer les outils d'analyse et d'aide à la décision, la stratégie retenue est d'y réfléchir et de les valider en s'appuyant sur des interventions réelles. Pour approfondir la réflexion, il est utile de varier ces cas, et de retenir les situations susceptibles d'être les plus stimulantes pour la réflexion.

Voici donc des critères pour vous aider à identifier des interventions qui pourraient être intéressantes. Elles vous serviraient de « laboratoire », de « terrain de réflexion » durant toute la durée de notre travail ensemble.

Dans le cadre de la recherche, on appelle une **intervention** un ensemble d'**actions** menées dans un établissement, pour réaliser un objectif en particulier : une intervention comprend généralement plusieurs **visites**, rencontres, du **travail hors de l'établissement**. Dans le cadre d'une intervention, plusieurs propositions de changement peuvent être formulées et réalisées.

Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise intervention, elles sont toutes intéressantes.

L'objectif du projet est d'aider à comprendre les interventions réelles, celles qui marchent bien, celles qui marchent moins bien, celles qui n'aboutissent pas. Si on examine seulement celles qui marchent bien, on apprendra peu de choses. Ici, tout est utile pour comprendre, et enrichir la réflexion.

Des critères concernant l'établissement

Nous souhaitons que l'échantillon de cas comprenne entre autres des **petits établissements** (au moins 6), idéalement de moins de 50 travailleurs. On sait que les interventions dans les petits établissements présentent des difficultés particulières. Un petit établissement peut faire partie d'une grande organisation ou entreprise.

Des critères concernant l'origine de l'intervention

Nous souhaitons que les cas étudiés comprennent :

- des interventions ayant pour origine une demande de l'établissement;
- des offres d'intervention acceptées par l'établissement;
- des interventions réalisées à la suite d'une obligation par un inspecteur de la CSST,
- ou dans le cadre d'un programme d'intervention intégré avec la CSST (donc comportant également une obligation pour l'établissement);
- et des interventions réalisées dans le cadre d'un mandat donné par la LSST comme le Programme de santé spécifique à l'établissement.

Des critères concernant l'état d'avancement et la durée

- Les interventions sélectionnées devraient ne pas être trop avancées, pour que ce soit pertinent de se questionner sur l'analyse du contexte, et sur la manière dont l'intervention devrait être définie (qu'est-ce que l'intervenant va proposer).
- Les interventions sélectionnées devraient avoir une certaine durée anticipée (plusieurs visites, étalées sur plusieurs mois), de manière à ce que les intervenants puissent assez bien connaître l'établissement, interagir avec les différents acteurs. À titre de comparaison, les rencontres du groupe de travail vont s'étendre sur 11 mois.

Des critères concernant les résultats attendus

- Les interventions retenues devraient viser à ce que des changements concrets soient produits dans le milieu de travail, et ces changements devraient (s'ils se réalisent) pouvoir être observés par l'intervenant dans la durée de son intervention. On ne retiendrait pas une intervention visant simplement à donner de l'information au milieu de travail, sans avoir défini les changements concrets qui devraient en résulter. En effet, l'objectif des outils est d'aider à comprendre comment une intervention peut contribuer à ce que des changements soient produits.

Des critères pour les intervenants d'ASP : ce qui ne serait pas inclus

- Une intervention qui consisterait en une formation, sans autre action, risque de ne pas donner accès à assez d'information pour la réflexion à faire pour élaborer les outils. Elle ne serait donc pas retenue.

Des critères pour les intervenants d'équipes de santé au travail : ce qui ne serait pas inclus

- Les interventions dans le cadre du retrait préventif ne seraient pas retenues ici, étant donné qu'il n'y a pas nécessairement d'objectif de changement dans le milieu de travail.

Annexe 6 : Caractéristiques des établissements et des interventions pour lesquels des outils ont été complétés

**Tableau 1 - Taille des établissements où ont eu lieu des interventions pour lesquelles des outils ont été complétés
(en date de mars 2007)**

Taille de l'établissement	Nombre
Petites entreprises (50 employés et moins)	10
Moyennes entreprises (entre 51 et 250 employés)	8*
Grandes entreprises (plus de 250 employés)	5
Information inconnue	4
Total :	27

* Considérant que le cas d'intervention 26 regroupe des établissements de 250 employés et moins.

**Tableau 2 - Syndicalisation des établissements où ont eu lieu des interventions pour lesquelles des outils ont été complétés
(en date de mars 2007)**

Syndicalisation des travailleurs de l'établissement	Nombre
Établissements syndiqués	9
Établissements non syndiqués	6
Information inconnue	12
Total :	27

**Tableau 3 - Origine des interventions
pour lesquelles des outils ont été complétés
(en date de mars 2007)**

Origine de l'intervention	Membres d'équipes de santé au travail du réseau public (SAT)	Membres du personnel d'associations sectorielles paritaires (ASP)	Total
Offre de l'intervenant	0	2	2
Demande de l'établissement	1	10	11
Demande de l'établissement, pour se conformer à une obligation légale, sans contact préalable avec un inspecteur	0	3	3
Élaboration, mise en œuvre ou révision du PSSE (obligation pour l'employeur, mandat pour l'intervenant)	8	0	8
Obligation formulée par un inspecteur de la CSST a) l'inspecteur demande à l'intervenant d'entrer en contact avec l'établissement; b) l'établissement contacte l'intervenant pour de l'aide pour se conformer à une obligation de l'inspecteur	1	2	3
Total	10	17	27

**Tableau 5 – Types de risques traités par les interventions
pour lesquelles des outils ont été complétés
(en date de mars 2007)**

Type de risque	Membres d'équipes de santé au travail du réseau public (SAT)	Membres du personnel d'associations sectorielles paritaires (ASP)	Total
Contaminants chimiques, seuls	4	0	4
Bruit seul	2	0	2
Bruit et contaminants chimiques	1	0	1
TMS, violence, santé mentale	0	2	2
TMS seuls	1	4	5
Risques reliés à l'entrée en espaces clos	0	2	2
Risques reliés aux machines	0	4	4
Risques reliés à la conduite d'un chariot élévateur	0	1	1
Tous (programme de prévention)	0	2	2
Risques à identifier	2	1	3
Organisation de la prévention (pas de risque spécifique)	0	1	1
Total	10	17	27

Annexe 7 : Les outils

Annexe 7.1 : Le Journal de bord

Journal de bord de l'intervention en santé et sécurité du travail

Établissement :	Fiche d'activité numéro : <input style="width: 80px; height: 20px;" type="text"/>
Intervention :	
Objectif final de l'intervention: <i>Feuille de route point 6.1</i>	Stratégie retenue pour atteindre cet objectif <i>Feuille de route point 6.2</i>
Date de l'activité :	Intervenant(s) :
Type d'activité : (visite, téléphone, réunion, etc.)	
Personnes rencontrées : <i>(voir Feuille de route point 7 Dispositif (avec qui?))</i>	Fonction :
Objectifs particuliers de l'activité : <i>(voir la Feuille de route : point 4 Utilisation et développement des capacités et point 5 Utilisation et développement des dispositions favorables)</i> 1. 2. etc.	
Déroulement de l'activité :	
Résultats de l'activité : 1. 2. etc	
Proposition(s) de changement : <i>Feuille de route point 9</i>	État : <i>(voir Feuille de route point 10) (Acceptée? À faire par qui? État d'avancement?)</i>
Informations nouvelles sur le contexte : <i>(leviers et obstacles liées aux caractéristiques de l'établissement / à l'origine de l'intervention / aux dispositions des acteurs / à leurs capacités / à leurs relations entre eux)</i>	
Activité suivante prévue, échéance : <i>Feuille de route point 8</i>	
Commentaires : <i>(à utiliser pour le bilan de l'intervention : Si c'était à refaire... Faut-il revoir l'analyse du contexte?... Faut-il revoir la stratégie (voir la Feuille de route)?)</i>	
Fiche complétée le :	Fiche complétée par :

Annexe 7.2 : L'outil d'analyse du contexte

FICHE SYNTHÈSE DE L'ANALYSE DU CONTEXTE

Intervenant(s) :	Intervention ayant débuté le :
Établissement :	Date :

Thèmes de l'analyse du contexte (à compléter pour les thèmes jugés pertinents; cf. la Fiche détaillée pour les questions explorant chaque thème)	Les leviers + Les obstacles –	Pistes pour l'intervention quant aux objectifs et à la stratégie de l'intervention (6) , quant au dispositif de participation (7) , aux activités (8) et aux propositions de changement (9) (Ces numéros réfèrent à la Feuille de route.)
1- L'origine de l'intervention		
2- Les caractéristiques du milieu de travail qui influencent le « problème » et les possibilités d'action		
3- Les dispositions à agir : les perceptions du « problème » des différents acteurs, leurs enjeux		
4- Les capacités présentes dans le milieu de travail pour agir sur le « problème »		
5- Les relations entre les différents acteurs du milieu de travail autour du « problème »		

FICHE DÉTAILLÉE DE L'ANALYSE DU CONTEXTE

Intervenant(s) :	Intervention ayant débuté le :
Établissement :	Date :

Thèmes de l'analyse du contexte	Questions à documenter (note : un aide-mémoire comportant des sous-questions est proposé pour documenter chacun des thèmes)
1- L'origine de l'intervention	<p>1.1 <i>Quel est l'événement déclencheur de l'intervention?</i></p> <p>1.2 <i>Qui sont les acteurs à l'origine de l'intervention?</i></p>
2- Les caractéristiques du milieu de travail qui influencent le « problème » et les possibilités d'action	<p>2.1 <i>Quelles sont les caractéristiques structurelles du milieu de travail?</i></p> <p>2.2 <i>Quelle est la situation économique de l'établissement?</i></p> <p>2.3 <i>Qu'en est-il de l'action syndicale et quelles sont les relations du travail dans l'établissement?</i></p> <p>2.4 <i>Quel est le mode de gestion, d'organisation du travail?</i></p> <p>2.5 <i>Y a-t-il d'autres événements en cours dans l'établissement?</i></p>
3- Les dispositions à agir : les perceptions du « problème » des différents acteurs, leurs enjeux	<p><i>Comment les différents acteurs se représentent-ils...</i></p> <p>3.1 <i>Les obligations de l'employeur face à ce problème?</i></p> <p>3.2 <i>Le problème et les moyens pour agir sur ce problème?</i></p> <p>3.3 <i>La relation entre le travail et la santé quant à ce problème?</i></p> <p>3.4 <i>Quels sont leurs enjeux quant à ce problème?</i></p>
4- Les capacités présentes dans le milieu de travail pour agir sur le « problème »	<p>4.1 <i>Qu'est-ce qui a déjà été tenté pour résoudre le problème et quel bilan les acteurs en font-ils?</i></p> <p>4.2 <i>Quelles sont les capacités techniques et politiques des acteurs ?</i></p> <p>4.3 <i>Quelles sont les structures en prévention présentes dans l'établissement?</i></p> <p>4.4 <i>Quelles sont les activités en prévention déjà en place dans l'établissement?</i></p>
5- Les relations entre les acteurs du milieu de travail autour du « problème »	<p>5.1 <i>Quelles sont les relations entre les acteurs concernant ce problème?</i></p> <p>5.2 <i>Quelle est la relation entre les différents acteurs de l'établissement et l'intervenant externe?</i></p>

Aide-mémoire pour analyser l'origine de l'intervention

Décrire la situation et indiquer où se situent les leviers (+) et les obstacles (–)

État de la situation Thème 1 : Origine de l'intervention			
1.1 Les acteurs		1.2 L'événement déclencheur	
Qui sont les acteurs à l'origine de l'intervention et quel rôle ont-ils joué ?	Qui parmi eux peut avoir une influence sur le problème et les possibilités de changement? Laquelle?	S'agit-il d'une demande, d'une offre, d'une obligation ?	Y a-t-il un projet d'établissement dans lequel l'intervention s'inscrit ? Qui en sont les acteurs clés ?
Direction			
Travailleurs ou leurs représentants			
Coordonnateur SST			
Superviseur(s)			
Autres (comité SST, intervenant hors-entreprise, etc.)			

Aide-mémoire pour analyser les caractéristiques du milieu de travail

Décrire la situation et indiquer où se situent les leviers (+) et les obstacles (-)

État de la situation				
Thème 2 : Caractéristiques du milieu de travail				
2.1 Caractéristiques structurelles	2.2 Situation économique	2.3 Relations du travail (si syndicat présent)	2.4 Mode de gestion, d'organisation du travail	2.5 Autres événements en cours
Taille?	Précarité vs stabilité?	État des relations du travail : convention en cours, en renouvellement? Enjeux?	Occasions d'échanges formels?	Fusion?
Niveau de qualification?	Maintien des emplois en jeu?	Niveau d'activité du syndicat en matière de prévention	Occasions d'échanges informels?	Implantation de nouvelles technologies?
Composition ethnique?	Ressources financières et temporelles pour l'intervention?	Action syndicale sur quels problèmes en particulier?	Travailleurs se sentent-ils écoutés ?	Changements à l'organisation de la production ou du travail?
Composition en genre?	Situation utilisée comme argument défavorable?	Type de structure propre au syndicat en SST?	Type de gestion exercée?	Nouvelle stratégie de gestion des ressources humaines?
Niveau de salaire?	Influence sur les acteurs?	Mode de sélection des représentants au comité SST?		Expansion / réduction des activités de l'entreprise?
Taux de roulement?		Niveau de formation des représentants SST?	Changement de propriétaire? De direction?	

Aide-mémoire pour analyser les dispositions du milieu à agir face au problème*Indiquer où se situent les leviers (+) et les obstacles (-)*

État de la situation				
Thème 3 : Dispositions à agir du milieu				
Les acteurs	3.1 La perception des acteurs quant aux obligations de l'employeur face au « problème »	3.2 La représentation du « problème » et des moyens pour agir sur celui-ci	3.3 Les enjeux de la situation : ce que les acteurs ont à gagner ou à perdre en s'attaquant au problème	3.4 La perception de la relation entre le travail et la santé, de ce qu'il faut faire pour prévenir
Direction				
Représentants des travailleurs				
Coordonnateur SST				
Superviseur(s)				
Autres (comité de SST, etc.)				

Aide mémoire pour analyser les capacités du milieu à agir face au problème

Décrire la situation et indiquer où se situent les leviers (+) et les obstacles (-)

	État de la situation Thème 4: Capacités à agir du milieu			
Les acteurs	4.1 Ce qui a déjà été tenté pour résoudre le problème et le bilan que les acteurs en font	4.2 Les capacités techniques et politiques des acteurs	4.3 Les structures en place en matière de prévention et leur performance	4.4 Les activités de prévention existantes
Direction				
Représentants des travailleurs				
Coordonnateur SST				
Superviseur(s)				
Autres (comité de SST, etc.)				

Aide mémoire pour analyser les relations entre les acteurs autour du problème

Décrire la situation et Indiquer où se situent les leviers (+) et les obstacles (–)

État de la situation						
Thème 5 : Relations entre les acteurs						
Les acteurs	Direction	Représentants des travailleurs -syndicaux -en SST	Coordonnateur SST	Superviseur(s)	Travailleurs	Autres
Direction						
Représentants des travailleurs -syndicaux -en SST						
Coordonnateur SST						
Superviseur(s)						
Travailleurs						
Autres						

Annexe 7.3 : La Feuille de route

L'OUTIL « FEUILLE DE ROUTE DE L'INTERVENTION »

Établissement :	
Intervention :	
Intervenant(s)	

Date :	
Fait suite à la Feuille de route du :	

Étape de l'intervention où la Feuille de route est complétée	
Dernier journal de bord complété (date) :	

1. Définition du problème de santé et de sécurité *	
Dimension « technique » :	
<i>sur la base de connaissances en santé et sécurité du travail : ergonomie, hygiène, ingénierie, santé au travail, etc.</i>	
Dimension sociale et organisationnelle : <i>Qu'est-ce qui explique que le problème de santé ou de sécurité du travail n'est pas reconnu, n'a pas été prévenu, ou pas adéquatement jusqu'ici?</i>	

* La numérotation correspond aux chiffres insérés dans le modèle et aux sections de ce guide.

2. Les orientations de l'intervenant et celles de son organisation par rapport à ce type problème

3. Les ressources de l'intervenant et celles de son organisation par rapport à ce type de problème

Retour sur le contexte social et organisationnel de l'intervention pour définir la stratégie d'intervention		
État de la situation à copier-coller à partir de la « Fiche synthèse de l'analyse du contexte »	Pistes d'action	
L'origine de l'intervention	4. Comment utiliser et développer les capacités?	
Les caractéristiques du milieu de travail qui influencent le « problème » et les possibilités d'action		
Les dispositions à agir : les perceptions du « problème » des différents acteurs, leurs enjeux		5. Comment utiliser et développer les dispositions favorables?
Les capacités présentes dans le milieu de travail pour agir sur le « problème »		
Les relations entre les différents acteurs du milieu de travail autour du « problème »		

6. Les objectifs et la stratégie générale de l'intervention	
6.1 Objectifs En fonction de la définition du problème (1), des orientations et ressources de l'intervenant et de son organisation (2 et 3) et du retour sur le contexte (4 et 5), quelle est la situation attendue à la fin de l'intervention? <i>Les objectifs peuvent être à court ou à moyen terme et/ou s'insérer dans une série d'interventions à long terme. Ils peuvent concerner un type de lésion (psychologique ou physique) ou de symptômes et/ou l'organisation de la prévention de manière générale. Les objectifs concernent tant les dimensions scientifiques et techniques que sociales et organisationnelles du problème.</i>	Indicateurs : <i>Pour savoir jusqu'à quel point l'objectif a été atteint, on pourra observer ces indicateurs qualitatifs ou quantitatifs (quoi, combien, quand, chez qui)</i>
6.2 Stratégie générale d'intervention Pour atteindre ces objectifs, quel est le moyen(s) privilégié(s) dans le cadre de l'intervention? <i>(Ce moyen sera concrétisé par une série d'activités à réaliser avec les acteurs de l'établissement, et une série de propositions de changement à implanter par ceux-ci.) (ex : comité paritaire pour identifier les risques lors de la manutention et trouver des solutions, plutôt que seulement formation des travailleurs, ou formation d'un formateur- agent de changement au lieu de formation des travailleurs)</i>	

Stratégie d'intervention détaillée (Qu'est-ce que l'intervenant doit faire avec des acteurs de l'établissement pour qu'ils soient en mesure de réaliser les objectifs (4) et pour les aider à implanter les propositions de changement qui les concrétisent (9)? <i>(La numérotation correspond aux éléments du modèle et aux sections du Guide de la Feuille de route et du Référentiel)</i>			
(8) Activités : quoi faire avec des acteurs de l'établissement pour : -l'analyse du problème et le diagnostic? -la recherche de solutions (propositions de changement (9)) et leur validation? -la diffusion des propositions de changement et l'accompagnement du processus de décision? -l'opérationnalisation, l'implantation et le suivi des propositions de changement, de même que l'évaluation de l'intervention et des effets?	Avec qui? Dispositif de participation (7)	Qui fait quoi? Partage des tâches (10)	Quand? Échéances (10)

9. Propositions de changement à implanter par l'établissement				
Propositions de changement	Par qui? Partage des tâches		Quand? Échéancier (10)	Indicateurs <i>Pour savoir jusqu'à que point les propositions ont été réalisées, on pourra observer ces indicateurs qualitatifs ou quantitatifs (quoi, combien, quand, chez qui)</i>
	À réaliser par... (10)	Rôle de l'intervenant (10)		

10. Proposition d'intervention et conditions d'intervention à négocier avec l'établissement

Proposition d'intervention

Éléments à négocier quant aux activités (8), à la participation (7), au partage des tâches (10), aux échéanciers (10)

Conditions nécessaires (ex : équipements, budget, libérations, etc.)

Annexe 7.4 : L'outil de bilan

L'OUTIL DE BILAN

Établissement :	
Intervention :	
Intervenant(s)	

Date :	
Fait suite à la Feuille de route du :	

Étape de l'intervention où le bilan est réalisé	
Dernier journal de bord complété (date) :	

Bilan des effets de l'intervention

(L'implantation des propositions de changement et l'atteinte des objectifs)

<p>1. Définition du problème de santé et de sécurité *</p> <p>Dimension « technique » : <i>sur la base de connaissances en santé et sécurité du travail : ergonomie, hygiène, ingénierie, santé au travail, etc.</i></p> <p>Reporter ici la définition initiale (voir la Feuille de route, point 1)</p> <p>Est-ce que la définition du problème, dans sa dimension « technique » a évolué au cours de l'intervention? Si oui, comment?</p> <p>Est-ce qu'il y a des enseignements à en tirer, pour des interventions à venir? Si oui, lesquels?</p>

* La numérotation correspond aux chiffres insérés dans le modèle et aux sections du guide de la Feuille de route, et dans ce guide.

1. Définition du problème de santé et de sécurité * (suite)

Dimension sociale et organisationnelle : *Qu'est-ce qui explique que le problème de santé ou de sécurité du travail n'est pas reconnu, n'a pas été prévenu, ou pas adéquatement jusqu'ici? :*

Reporter ici la définition initiale (voir la Feuille de route, point 1)

Est-ce que la définition du problème, dans sa dimension sociale et organisationnelle, a évolué au cours de l'intervention? Si oui, comment?

Est-ce qu'il y a des enseignements à en tirer, pour des interventions à venir? Si oui, lesquels?

6. Les objectifs et la stratégie générale de l'intervention	
Rappel : 6.1 Objectifs Quelle était la situation attendue à la fin de l'intervention? (voir Feuille de route, point 6.1)	Rappel : Indicateurs : <i>Quel étaient les indicateurs qualitatifs ou quantitatifs (quoi, combien, quand, chez qui) retenus pour savoir jusqu'à quel point l'objectif allait être atteint?</i>
Quelle est la situation actuelle, par rapport à cet objectif?	Quelle est la situation actuelle, par rapport à ces indicateurs?

Rappel : 6.2 Stratégie générale d'intervention

Pour atteindre les objectifs définis (6.1), quel était le moyen(s) privilégié(s) dans le cadre de l'intervention? (voir Feuille de route, point 6.2)

Globalement, quelle est la situation actuelle quant à l'implantation de cette stratégie générale ou moyen?
(pour la stratégie détaillée et les activités, voir points 7 et 8)

Qu'est-ce que cela permet d'apprendre? Qu'est-ce qu'il est possible d'en tirer comme enseignement pour une autre intervention? Qu'est-ce qui pourrait être fait différemment, si c'était à refaire?

Bilan du processus de l'intervention

RAPPEL : Stratégie d'intervention détaillée (Qu'est-ce que l'intervenant doit faire avec des acteurs de l'établissement pour qu'ils soient en mesure de réaliser les objectifs (6) et pour les aider à implanter les propositions de changement qui les concrétisent (9)? (La numérotation correspond aux éléments du modèle et aux sections du Guide de la Feuille de route et du Référentiel)				
(8) Activités : ce qu'il était prévu de faire avec des acteurs de l'établissement	Activité réalisée? Oui / non	(7) Avec qui? prévu / réel	(10) Qui fait quoi? Partage des tâches prévu/réel	(10) Quand? Échéancier prévu / réel

Le dispositif de participation

(Avec qui?) → *Voir la Feuille de route, point 7*

Est-ce que les personnes dont l'intervenant souhaitait la participation ont effectivement participé à l'intervention?
Est-ce que ce dispositif de participation a contribué à l'élaboration et l'implantation de changements? Comment?
Est-ce que ce dispositif de participation a contribué à l'utilisation et au développement des capacités et dispositions des acteurs? Comment?
Qu'est-ce que cela permet d'apprendre? Et si c'était à refaire?

Les activités

Y a-t-il des activités prévues qui n'ont pas été réalisées, d'autres qui se sont ajoutées?
Qu'est-ce qui peut expliquer les changements? Comment ces changements peuvent-ils avoir influencé les effets de l'intervention (atteinte des objectifs, réalisation des propositions de changement)?
Est-ce que les différentes activités réalisées ont contribué à l'élaboration et à l'implantation de changements? Comment?
Est-ce que les différentes activités ont contribué à l'utilisation et au développement des capacités et dispositions des acteurs? Comment?
Qu'est-ce que cela permet d'apprendre? Et si c'était à refaire?

La proposition d'intervention et les conditions négociées**10. Rappel : Proposition d'intervention et conditions d'intervention à négocier avec l'établissement****Proposition d'intervention**

Éléments prévus à négocier quant aux activités (8), à la participation (7), au partage des tâches (10), aux échéanciers (10)

Conditions nécessaires (ex : équipements, budget, libérations, etc.) prévues à négocier

Résultat de la « négociation »

La proposition d'intervention a-t-elle été acceptée? A-t-elle été modifiée? Ce qui a été convenu s'est-il concrétisé?

Les conditions jugées nécessaires ont-elles été acceptées? Sinon, qu'est-ce qui a été convenu? Quelles étaient les conditions réelles, par rapport à celles demandées?

Comment cela a-t-il influencé la réalisation de l'intervention? Comment cela peut-il avoir influencé l'atteinte des objectifs de l'intervention et l'implantation des propositions de changement?

Bilan du rôle du contexte de l'intervention

Retour sur le contexte social et organisationnel de l'intervention pour définir la stratégie d'intervention	
État de la situation à copier de la « Fiche synthèse de l'analyse du contexte »	
L'origine de l'intervention	
Les caractéristiques du milieu de travail qui influencent le « problème » et les possibilités d'action	
Les dispositions à agir : les perceptions du « problème » des différents acteurs, leurs enjeux	
Les capacités présentes dans le milieu de travail pour agir sur le « problème »	
Les relations entre les différents acteurs du milieu de travail autour du « problème »	

Éléments du contexte (voir Feuille de route et Fiche synthèse de l'analyse du contexte)	En quoi cet élément du contexte a-t-il nuit ou contribué à l'atteinte des résultats?	Quelle a été l'influence de l'intervention quant à cet élément du contexte?	Qu'est-ce que cela permet d'apprendre? Qu'est-ce qui peut en être tiré comme enseignement pour une autre intervention? Et si c'était à refaire?
Capacités à agir en prévention (connaissances, ressources en temps, économique, etc.)			
Dispositions (volonté) à agir en prévention			
Relations entre les acteurs en matière de prévention			
Relation de l'intervenant / son organisation avec les acteurs de l'établissement			

**Conclusions
quant aux orientations et aux ressources de l'intervenant
et de l'organisme de prévention**

Orientations de l'intervenant et de son organisation

**Y a-t-il des conclusions à tirer quant à aux orientations de l'intervenant et de son organisation quant à ce type de problème?
Les orientations doivent-elles être modifiées? (→ Voir la « Feuille de route », point 2)**

Ressources de l'intervenant et de son organisation

**Y a-t-il des conclusions à tirer quant à aux ressources de l'intervenant et de son organisation quant à ce type de problème?
Ces ressources doivent-elles être augmentées, utilisées autrement, etc.?(→ Voir la « Feuille de route », point 3)**