

**Les programmes de santé spécifiques
aux établissements : rapport de
l'expérience d'autoévaluation réalisée
par le personnel de santé au travail de
la région de la Capitale-Nationale**



Direction régionale de santé publique
Agence de la santé et des services sociaux
de la Capitale-Nationale

Janvier 2015

Le document est disponible en version électronique seulement sur le Portail de la santé au travail, dans les publications, à l'adresse : <http://www.santeautravail.qc.ca/> et sur le site de la Direction régionale de santé publique de la Capitale-Nationale à l'adresse : www.dspq.qc.ca, section Documentation, rubrique Publications.

Dépôt légal, Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015.
ISBN : 978-2-89616-267-3 (version électronique)

Cette publication est versée dans la banque SANTÉCOM.

La reproduction de ce document est permise, pourvu que la source soit mentionnée.

RÉFÉRENCE SUGGÉRÉE :

COMEAU, Monique. *Les programmes de santé spécifiques aux établissements : rapport de l'expérience d'autoévaluation réalisée par le personnel de santé au travail de la région de la Capitale-Nationale*, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 2015, 42 pages.

© Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale

REMERCIEMENTS

Ce dossier d'autoévaluation des programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE) dans la région de la Capitale-Nationale n'aurait pu être porté d'un tel vent de créativité sans l'assentiment ou l'accord de plusieurs acteurs.

Que notre directeur régional de santé publique, le Dr François Desbiens, soit remercié d'avoir eu la confiance et l'ouverture nécessaires pour permettre au Comité d'évaluation des PSSE de proposer une approche novatrice afin d'approcher l'un des mandats de la *Loi sur la santé et la sécurité du travail* dont il est l'ultime responsable.

Normand Richer, coordonnateur régional en santé au travail entre 2005 et 2012, a également cru au pouvoir de l'autoévaluation en tant que voie d'amélioration continue des pratiques. Les coordonnatrices locales Sonia Fontaine et Caroline Jean ainsi que leurs collègues coordonnateurs, Louis Gilbert et Michel Guérin, ont été de constants facilitateurs du processus auprès de leur personnel. Votre soutien envers le comité a été un baume sur notre investissement !

Je tiens à lever mon chapeau à tous les membres passés (Carmen Bergeron, Rachel Chouinard, Fernand Cloutier, Michel Legris, Christine Martel) et actuels (Karine Bonsaint, Anik Dupont, Pierre Gourdeau, Claire Labrie, Conrad Paradis, Reno Pochon) du Comité d'évaluation PSSE qui ont été soudés par la conviction que ce projet hors des sentiers battus était prometteur pour le personnel de santé au travail de la région. Sans relâche, ils ont pensé une approche, bâti des outils, lu et corrigé la documentation liée au projet jusqu'à ce que tous aient le sentiment que la meilleure version avait enfin été produite. Nous avons vécu ensemble une belle aventure !

Ce projet n'aurait pu se matérialiser sans le concours des dizaines d'infirmières, de techniciennes et techniciens en hygiène du travail ainsi que de médecins des équipes locales des trois centres de santé et de services sociaux (CSSS) mandataires en santé au travail. En participant avec intérêt à l'autoévaluation de vos PSSE, vous avez validé le bien-fondé de la démarche proposée.

Depuis plusieurs années, Isabelle Mercier, agente administrative à l'équipe régionale, accompagne la chargée de projet et le comité dans leurs productions. « Cent fois sur le métier remettez votre ouvrage », s'avère un adage bien réel quand Isabelle s'engage dans un dossier! Merci pour toute l'expertise en mise en page dont nos travaux ont bénéficié.

Finalement, notre gratitude va à Andréanne Guay, de l'équipe de la direction générale de l'Agence, qui a effectué avec minutie et rapidité la révision linguistique de ce document.

RÉSUMÉ

Après avoir rédigé en 2010 un guide soutenant l'élaboration et la mise à jour de ses programmes de santé spécifiques aux établissements (PSSE), la région de la Capitale-Nationale s'est dotée d'une démarche novatrice pour effectuer l'évaluation de ceux-ci. Une méthodologie permettant à chaque équipe d'intervention d'effectuer une autoévaluation de trois pôles entourant un programme de santé a été entérinée par le directeur régional de santé publique, les coordonnateurs et le personnel de santé au travail des CSSS de la région. Les trois pôles sur lesquels portait l'autoévaluation étaient : le document PSSE lui-même, les étapes menant à son élaboration et sa mise en application.

Seize équipes d'intervention ont été rencontrées à deux reprises au cours de ce projet de démonstration. À chaque entrevue d'environ 90 minutes, un PSSE de l'année précédente, choisi au hasard par la chargée de projet accompagnant le processus d'autoévaluation, était commenté par l'équipe d'intervention. L'expérience tentée porte donc sur 32 PSSE des années 2011 et 2012.

Le rapport présente la synthèse des découvertes sur les trois pôles qui faisaient l'objet de l'autoévaluation. Pour ce qui est du document PSSE, quelques équipes ont mentionné des aménagements qu'elles aimeraient apporter à leur texte à la suite de l'application de l'outil #1, mais, règle générale, les PSSE étudiés ont été cotés positivement et ont été vus comme de bons outils de communication à l'entreprise. Le contenu regroupé sur le deuxième pôle par l'outil #2 – les étapes d'élaboration – a mis en lumière une myriade de manières de se partager les responsabilités jusqu'au dépôt du PSSE à l'entreprise. On y dénombre les éléments facilitants et les barrières pour arriver à cette fin. La mise en application du programme, par les réponses à l'outil #3, est l'étape qui s'est révélée la moins dense lors de l'entrevue, puisque plusieurs équipes n'avaient pas encore complètement déployé leur plan d'action.

Après la deuxième entrevue, le personnel ayant vécu ce projet d'autoévaluation a été questionné de manière anonyme sur les irritants et les bénéfices de l'exercice. Les gains ont été plus importants, militants en faveur de la poursuite de cette expérience de se pencher, soutenus par un cadre précis, sur les pratiques entourant l'élaboration et l'application des PSSE.

Tirant des enseignements de cette première phase, le Comité d'évaluation des PSSE de la région a revu ses trois outils et en a proposé une version plus standardisée afin de faciliter la prochaine vague d'autoévaluation qui devrait se dérouler à l'automne 2015. Ces outils sont disponibles sur les pages régionales du Portail de santé au travail.

Table des matières

Remerciements	3
Résumé	5
Mise en contexte	9
Mise en place d'un comité d'évaluation.....	9
Étape déterminante avant de se lancer concrètement dans l'évaluation	9
Choix d'une stratégie d'évaluation des programmes de santé	10
Pôles privilégiés pour la première phase d'autoévaluation.....	10
Liens avec le plan stratégique du Réseau de santé publique en santé au travail	11
Méthodologie	13
Mise au point de trois outils	13
Préparatifs pour chaque équipe d'intervention	13
Contrat de confidentialité et prétest	13
Déroutement des entrevues avec les équipes d'intervention.....	13
Échantillon de programmes de santé autoévalués.....	14
Outil d'auto-évaluation #1 : Conception du document PSSE.....	15
Outil d'auto-évaluation #2 : Activités mises de l'avant pour mener à l'élaboration du PSSE.....	19
Outil d'auto-évaluation #3 : Mise en application du PSSE et résultats perçus des activités déjà réalisées.....	20
Résultats	23
Pôle 1 La conception du document.....	23
Perception de la présence ou de l'absence d'un élément dans le programme de santé	23
Qualité communicationnelle du programme de santé	24
Si l'on pouvait reprendre la rédaction du programme de santé	25
Pôle 2 Les démarches menant à l'élaboration du programme de santé	27
Partage des responsabilités entre les trois membres de l'équipe d'intervention	27
Réactions des entreprises par rapport à leur programme de santé.....	31
Délais de production des programmes de santé et facteurs explicatifs.....	32
Changements souhaités dans les étapes franchies pour produire les programmes de santé.....	34
Pôle 3 La mise en application du programme de santé.....	34
Impressions	37
Bénéfices.....	37
Irritants	38
Seconde phase à l'expérience	39
Communication des résultats de l'expérience	39
Clôture de la première phase et poursuite de l'expérience d'autoévaluation	41

MISE EN CONTEXTE

Mise en place d'un comité d'évaluation

La *Loi sur la santé et la sécurité du travail* (LSST), adoptée en 1979, comporte un article (127.7) stipulant que les programmes de santé spécifiques aux établissements doivent être évalués par le directeur régional de santé publique. Les contours de cette évaluation ne sont cependant pas explicités dans le texte légal.

À la demande du directeur régional de santé publique de la région de la Capitale-Nationale, une réflexion axée sur l'évaluation des PSSE s'est amorcée à l'automne 2005 entre les membres de l'équipe régionale. Le groupe de réflexion avait pour mandat de partager ses connaissances dans le domaine de l'évaluation, de revoir le contexte légal et de proposer des dossiers prioritaires sur lesquels centrer l'évaluation des PSSE. Une proposition d'évaluation a ainsi émané du groupe. On y suggérait entre autres d'établir le contenu normé du document PSSE, d'évaluer la qualité du rapport d'hygiène du travail, d'évaluer l'atteinte des objectifs des séances d'information s'adressant aux travailleurs et, finalement, de poursuivre les activités d'évaluation de la qualité de l'acte médical.

Avec l'arrivée d'une nouvelle chargée de projet, il est apparu qu'il serait plus facile de développer un projet porteur si des intervenants des équipes locales participaient à la réflexion avec les membres de l'équipe régionale. Afin de lancer de manière active le dossier, un sondage anonyme a été acheminé à tout le personnel de santé au travail de la région, dans lequel on sollicitait des idées sur ce que devrait et ne devrait pas être l'évaluation des PSSE. Ce sondage visait également à recenser les noms des intervenants des CSSS souhaitant joindre un comité chargé de réfléchir aux contours de l'évaluation.

En septembre 2009, le Comité d'évaluation des PSSE tenait sa première réunion. Il était composé, en plus de trois membres de l'équipe régionale, d'infirmières et de médecins. Environ un an plus tard, le recrutement de deux intervenants en hygiène du travail a fait en sorte que tous les corps d'emploi étaient représentés en plus des trois CSSS mandataires en santé au travail.

Étape déterminante avant de se lancer concrètement dans l'évaluation

Durant la première année d'existence du Comité PSSE, ses membres se sont familiarisés avec les processus d'évaluation en cours ailleurs au Québec. Force a été de constater que peu de régions, en 2009-2010, s'étaient lancées dans l'évaluation formelle des PSSE, préférant aborder la conformité de l'élaboration des documents produits en fonction de caractéristiques prescrites. Cette exploration panquébécoise a permis au Comité PSSE de réaliser qu'un guide régional traitant de l'élaboration et de la mise à jour de PSSE constituait une étape préalable à l'évaluation. Un guide a ainsi été

constitué, devenant le premier grand objet de travail du comité. Il a ensuite été soumis, à l'été 2010, aux gestionnaires et aux intervenants pour obtenir leur avis. Sa version définitive, teintée des commentaires reçus, a été déposée en décembre 2010. Ce guide a pu être expérimenté par les équipes d'intervention pendant un peu plus d'une année afin de permettre au comité d'en valider la justesse. Une nouvelle vague de consultation a alors permis de parfaire certaines sections afin qu'elles reflètent le plus fidèlement possible les pratiques en usage.

Choix d'une stratégie d'évaluation des programmes de santé

À partir de novembre 2010, les membres du Comité PSSE ont entrepris d'aborder leur mandat principal : concevoir une stratégie d'évaluation des PSSE pour la région de la Capitale-Nationale. Après avoir examiné les possibilités qu'offrent les grandes approches en évaluation, le comité a choisi de privilégier l'approche centrée sur les utilisateurs.

L'approche centrée sur les utilisateurs confère beaucoup de souplesse au processus évaluatif. Elle convie le personnel qui applique le programme à s'engager dans son évaluation. Les objets d'évaluation sont définis avec eux. La méthodologie est pluraliste, souvent qualitative, orientée par les questions que se posent les utilisateurs. Les besoins du personnel sont pris en compte. Le jugement porté sur le programme fait référence aux systèmes de valeurs des intervenants. Ce type d'évaluation porte son intérêt sur les forces et les faiblesses du programme, apprécié dans son contexte d'application. Cette approche a une finalité surtout formative; elle fournit une aide opérationnelle pour la planification, le déroulement et l'administration des programmes. Les destinataires de l'évaluation sont les intervenants et les décideurs.

Les limites de l'approche centrée sur les utilisateurs comprennent : le sacrifice de l'objectivité et de la précision, la nécessité de la stabilité des utilisateurs et l'impossibilité de généraliser les résultats.

Les principaux avantages de l'approche centrée sur les utilisateurs s'énoncent ainsi : une démarche au caractère démocratique, une capacité de faire ressortir les variables importantes en cours d'évaluation, une appropriation des résultats et une mise en place des améliorations suggérées par les utilisateurs.

Pôles privilégiés pour la première phase d'autoévaluation

La première phase du plan d'évaluation imaginé par le Comité PSSE prend assise sur trois pôles :

- a) la conception du document PSSE;
- b) les activités à promouvoir pour mener à la rédaction du PSSE et l'implantation du plan d'action autour des risques à la santé retenus;
- c) les résultats perçus pour chaque objectif du plan d'action.

La proposition reposait sur les dimensions suivantes :

- la démarche serait balisée par les membres du Comité PSSE, entérinée par l'équipe de gestion qui serait régulièrement informée de l'évolution du dossier. La démarche serait également communiquée au personnel de terrain lors d'une réunion de chacun des trois regroupements (hygiène du travail, médecins, soins infirmiers);
- une membre de l'équipe régionale ayant de l'expérience en recherche évaluative serait désignée comme chargée de projet et aurait à jouer le rôle d'animatrice, d'accompagnatrice des équipes et d'agente de changement;
- les outils servant à canaliser les échanges d'autoévaluation des PSSE seraient conçus par le comité et validés par les gestionnaires et les intervenants;
- un rapport de l'expérience serait soumis par le Comité PSSE aux gestionnaires et des présentations seraient effectuées auprès du personnel.

Les activités d'évaluation proposées s'inscrivaient dans un contexte où les trois regroupements professionnels régionaux continuaient à se pencher sur la qualité des pratiques et des actes étant sous leur responsabilité. Ce travail « intra professionnel » et la réflexion portant sur l'évaluation des PSSE se sont nourris réciproquement en cours d'expérience.

Liens avec le plan stratégique du Réseau de santé publique en santé au travail

Les membres du Comité PSSE ont trouvé une source supplémentaire de légitimité à leur proposition d'évaluation dans le texte du plan stratégique du Réseau de santé publique en santé au travail, rendu public en 2010. En effet, l'analyse de PSSE par les équipes aura des retombées sur au moins deux des grands enjeux identifiés : la prise en charge de la prévention par les milieux de travail et la qualité des services, qui réfère à l'amélioration continue et l'harmonisation des pratiques. De plus, les valeurs de coopération, d'équité, d'ouverture, de primauté de la santé et de transparence du plan stratégique ont également guidé les aspirations du Comité PSSE en proposant une évaluation qui mise sur l'engagement des premières personnes concernées : les intervenants des équipes des CSSS.

MÉTHODOLOGIE

Mise au point de trois outils

Trois outils d'autoévaluation, un pour chaque pôle d'intérêt ont été élaborés : le document PSSE lui-même, la phase d'élaboration du PSSE et la mise en application du PSSE. Ces propositions ont été soumises au printemps 2011 aux gestionnaires et aux intervenants des trois équipes des CSSS concernées. Les commentaires reçus ont permis de bonifier les outils d'autoévaluation présentés dans les prochaines pages. Il s'agit de la version utilisée pour l'expérience 2011-2012. Depuis ce temps, les outils ont été retravaillés. Les versions mises à jour peuvent être consultées sur les pages régionales du Portail de santé au travail.

Préparatifs pour chaque équipe d'intervention

Chaque équipe d'intervention, composée d'un médecin, d'une technicienne ou d'un technicien en hygiène du travail et d'une infirmière ou d'un infirmier, a été conviée à participer à une entrevue d'environ deux heures, sous la supervision de l'animatrice-chargée de projet. Un calendrier de rendez-vous a été proposé au personnel des trois CSSS.

Un courriel explicatif, les documents préparatoires ainsi que le PSSE à évaluer (ce dernier choisi au hasard par l'animatrice) ont été acheminés à chaque membre des équipes rencontrées une dizaine de jours avant le moment de l'entrevue. En plus de la réflexion générée par les questions ouvertes des outils d'autoévaluation, les préparatifs des intervenants pouvaient nécessiter de retourner consulter le dossier de l'entreprise sur le site de la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) ainsi que les notes saisies dans le système d'information en santé au travail (SISAT).

Contrat de confidentialité et prétest

Comme chaque entretien était enregistré, pour rassurer les personnes sur l'usage éthique des informations divulguées, un contrat de confidentialité liant l'animatrice aux membres de l'équipe a été signé avant chaque rencontre.

Une équipe d'intervention s'est livrée à un prétest afin de vérifier si les outils conçus étaient fonctionnels et de valider l'efficacité des préparatifs ainsi que de l'entrevue. Ce prétest a été concluant et a donné le coup d'envoi aux autres entrevues.

Déroulement des entrevues avec les équipes d'intervention

La première autoévaluation s'est déroulée pendant l'automne 2011, entre la fin de septembre et la mi-novembre. Seize équipes d'intervention ont été rencontrées durant cette période. Il est à noter que déjà, au début de 2011, bon nombre d'équipes avaient spontanément tenu compte des propositions faites dans le Guide régional PSSE diffusé

à la fin de l'année 2010 afin de modifier certains contenus de leur document-modèle de PSSE.

La seconde autoévaluation s'est déroulée pendant le printemps 2012, en mars et en avril. Seize équipes ont été rencontrées, dont 15 d'entre elles avaient déjà participé à la première autoévaluation. Une nouvelle équipe d'intervention avait vu le jour au cours de 2011 et a donc pu participer à la deuxième entrevue. Le choix au hasard des PSSE a été plus difficile à respecter lors de cette rencontre, particulièrement parce que plusieurs équipes avaient annoncé lors de la première entrevue vouloir faire des changements dans leur manière de rédiger leurs PSSE et avaient demandé que la deuxième entrevue cible un PSSE transformé à la suite de la première ronde de réflexion.

Au total, 32 PSSE ont été autoévalués. L'ensemble des intervenants concernés par les PSSE dans les trois CSSS, c'est-à-dire 38 personnes, se sont prêtées à l'exercice : 13 techniciennes et techniciens en hygiène du travail, 14 infirmières et infirmiers ainsi que 11 médecins.

Échantillon de programmes de santé autoévalués

En somme, pour cette première expérience d'autoévaluation, 32 entrevues ont été réalisées portant sur 32 PSSE; 15 équipes d'intervention ont été vues deux fois alors que deux équipes n'ont été vues qu'une seule fois, l'une en 2011 et l'autre en 2012. La durée des entrevues oscillait entre une heure et deux heures trente minutes. Près du tiers des intervenants, toutes professions confondues, faisant partie de plus d'une équipe d'intervention; ces personnes ont donc été soumises à plusieurs entrevues différentes, autant en 2011 qu'en 2012.

Lors de l'entrevue de l'automne 2011, on trouvait une majorité des PSSE à autoévaluer qui avaient été rédigés entre avril et décembre 2010 (75 %) et peu en janvier et février 2011 (25 %). Lors de l'entrevue du printemps 2012, une majorité des PSSE autoévalués avaient été rédigés entre février et décembre 2011 (87,5 %), l'un datait de décembre 2010 (6,25 %) et le plus récent de janvier 2012 (6,25 %).

Le hasard a fait en sorte que pendant la première entrevue, une majorité de premières éditions de PSSE (75 %) a été autoévaluée par les équipes alors que les mises à jour de PSSE (25 %) étaient plus rares. Un portrait presque contraire s'est profilé lors de la seconde entrevue : 37,5 % de premiers PSSE et 62,5 % de mises à jour de PSSE ont été autoévalués.

Les secteurs d'activités économiques (SAE) les plus représentés parmi les 32 PSSE sélectionnés ont été les produits en métal (SAE 5), les produits non métalliques (SAE 10), l'administration publique (SAE 11) et les aliments et boissons (SAE 12).

Le nombre de travailleurs dans les entreprises touchées par les PSSE étudiés a varié entre 2 et 850, mais la répartition entre très petites, petites et moyennes entreprises était plutôt équilibrée.

Outil d'auto-évaluation #1 : Conception du document PSSE

Avant la rencontre d'évaluation, chaque membre de l'équipe d'intervention remplit de façon individuelle (manuscrit ou traitement de texte) cet outil détaillé et le retourne à l'accompagnatrice qui en fait une synthèse à redistribuer lors de la rencontre.

-  La discussion de groupe portera uniquement sur la dernière section « En guise de synthèse ».

Équipe 2011-XXX PSSE choisi au hasard-XXX

Énoncé	Oui	Non	N/A	Commentaires
Page titre et verso				
Il est facile de voir s'il s'agit d'un premier PSSE, d'un ajout ou d'une mise à jour.				
L'ensemble de ces éléments est inscrit : nom, coordonnées complètes de l'établissement, numéro d'ÉTA, secteur d'activité économique.				
La date de rédaction du PSSE est mentionnée.				
La date d'acceptation du PSSE par l'entreprise est mentionnée.				
Le nom des représentants de l'entreprise ou des responsables de la santé et de la sécurité est mentionné.				
Le nom du CSSS et de tous les membres de l'équipe d'intervention sont écrits.				
Introduction ou préambule				
Le mandat légal des équipes de santé au travail est mentionné.				
Une définition de ce qu'est un PSSE est fournie.				

Énoncé	Oui	Non	N/A	Commentaires
La démarche préventive face aux risques est explicitée.				
La durée totale en années du PSSE est spécifiée.				
Il est fait mention que le PSSE sera transmis à la CSST.				
Une mention de situations obligeant un signalement à la CSST est faite.				
Portrait de l'entreprise				
Le portrait présenté permet à tout lecteur de comprendre pour quel type d'entreprise le PSSE est élaboré.				
S'agit-il d'une MISE À JOUR?				
Oui, répondez à la section « Bilan des activités réalisées et des résultats »				
Non, allez à la section « Description des risques et risques retenus »				
Bilan des activités réalisées et des résultats				
Un résumé des activités mentionnées dans le PSSE antérieur (réalisées ou non) est abordé.				
Un résumé des résultats obtenus à la suite de la réalisation des activités du PSSE antérieur est abordé.				
Si un résultat n'a pu être obtenu, une explication de la non-atteinte est présentée.				
Description des risques et risques retenus				
Une liste des risques auxquels les travailleurs peuvent être exposés est présentée.				
Le nombre de travailleurs exposés à chaque risque est mentionné.				

Énoncé	Oui	Non	N/A	Commentaires
Les fonctions des travailleurs exposés à chaque risque sont mentionnées.				
Le niveau d'exposition des travailleurs à chaque risque est mentionné.				
Parmi la liste des risques, ceux qui sont retenus au PSSE sont identifiés.				
La raison pour ne pas retenir un risque est expliquée.				
De l'information supplémentaire sur un risque non retenu mais jugé important est inscrite au PSSE.				
Plan d'action pour éliminer/réduire/contrôler les risques retenus				
L'objectif poursuivi ¹ pour chaque risque retenu est <i>spécifique</i> (précis, but unique).				
L'objectif poursuivi pour chaque risque retenu est <i>mesurable</i> (quantifiable à l'aide d'un indicateur).				
L'objectif poursuivi pour chaque risque retenu est <i>ambitieux</i> (implique un effort, un engagement).				
L'objectif poursuivi pour chaque risque retenu est <i>réaliste</i> (prend en compte les moyens, les compétences disponibles et le contexte).				
L'objectif poursuivi pour chaque risque retenu est <i>temporellement défini</i> (durée, date butoir).				
Les activités du PSSE à déployer dans l'entreprise sont décrites.				

¹ Méthode SMART d'élaboration d'objectifs : S = spécifique, M = mesurable, A = ambitieux, R = réaliste, T = temporellement défini.

Énoncé	Oui	Non	N/A	Commentaires
Un échéancier de réalisation des activités du PSSE est proposé.				
Des responsables pour chaque activité sont nommés.				
Organisation des PSPS				
Les PSPS sont retenus au PSSE.				

En guise de synthèse

- Au début de l'entretien d'auto évaluation, la synthèse de l'outil 1 rempli par chaque membre de l'équipe d'intervention vous est remise. Elle dénote ou pas certains écarts de perceptions entre vous. Si des écarts ressortent, quelques minutes d'échanges permettront de partager autour des rubriques perçues différemment.
- Comment jugez-vous la capacité de votre PSSE comme outil de communication pour rejoindre les différents destinataires (employeur/travailleurs, équipe de coordination du CSSS, équipe régionale et directeur de santé publique, CSST)?
- Si vous pouviez reprendre la rédaction de ce document, qu'y aurait-il de différent de la version que vous avez entre les mains

Outil d'auto-évaluation #2 : Activités mises de l'avant pour mener à l'élaboration du PSSE

Afin d'optimiser les périodes d'échanges pendant la rencontre d'auto évaluation, chaque membre de l'équipe d'intervention est invité à se préparer individuellement à répondre aux questions ouvertes centrées sur les activités ayant mené à l'élaboration du PSSE.

-  Si vous préférez vous préparer par écrit, n'inscrivez que les lignes directrices des faits, perceptions, constatations, etc. de façon à ce que vos préparatifs ne soient pas trop laborieux.

Équipe 2011-XXX

PSSE choisi au hasard -XXX

1. À quel moment a eu lieu le premier contact avec l'entreprise pour ce PSSE?
2. Comment voyez-vous le partage des rôles, des responsabilités et des tâches entre les 3 membres de l'équipe dans les activités qui ont mené à l'élaboration de ce PSSE? (connaissance préalable, évaluation des risques, évaluation des PSPS, etc.)
3. Quel rôle les hygiénistes, ergonomes, coordonnateurs et agentes administratives (secrétaires) ont-ils joué dans les étapes menant à l'élaboration de ce PSSE?
4. Comment s'est fait la priorisation des risques pour ce PSSE?
5. Qui a participé à la validation du contenu de ce PSSE?
6. Qui a participé à la présentation de ce PSSE à l'entreprise?
7. Quelles furent les réactions de l'entreprise face au PSSE élaboré?
8. Combien de temps s'est écoulé entre le premier contact avec l'entreprise et son approbation du PSSE?
9. Quels sont les facteurs que vous identifiez comme ayant facilité et nui au processus d'élaboration des PSSE?

Facteurs facilitants	Facteurs nuisibles

10. Si vous pouviez reprendre la succession d'activités mises de l'avant jusqu'à la présentation du PSSE à l'entreprise, que feriez-vous différemment?

Outil d'auto-évaluation #3 : Mise en application du PSSE et résultats perçus des activités déjà réalisées

Avant la rencontre d'évaluation, chaque membre de l'équipe d'intervention se prépare individuellement en prenant connaissance de cet outil sur lequel portera la discussion de groupe.

-  Si vous préférez vous préparer par écrit, n'inscrivez que les lignes directrices des faits, perceptions, constatations, etc. de façon à ce que vos préparatifs ne soient pas trop laborieux.

Équipe 2011-XXX

PSSE choisi au hasard –XXX

Activité	Réalisée? O/N	Résultats perçus
Le premier risque priorisé/l'objectif poursuivi		
Libellé de l'activité 1 pour cet objectif		
Libellé de l'activité 2 pour cet objectif		
Libellé de l'activité 3 pour cet objectif, etc.		
Le second risque priorisé/l'objectif poursuivi		
Libellé de l'activité 1 pour cet objectif		
Libellé de l'activité 2 pour cet objectif		
Libellé de l'activité 3 pour cet objectif, etc.		
Le troisième risque priorisé/l'objectif poursuivi		
Libellé de l'activité 1 pour cet objectif		

Activité	Réalisée? O/N	Résultats perçus
Libellé de l'activité 2 pour cet objectif		
Libellé de l'activité 3 pour cet objectif, etc.		

- Que pensez-vous du réalisme de l'échéancier annoncé pour réaliser les activités de ce PSSE?
- Comment êtes-vous informé de la réalisation des activités du plan d'action qui sont sous la responsabilité de l'entreprise?
- Dans le cadre de ce PSSE, quels sont les facteurs de succès ayant permis de générer les résultats attendus?
- Dans le cadre de ce PSSE, quels sont les obstacles qui ont empêché l'atteinte des résultats attendus?

RÉSULTATS

Pôle 1 La conception du document

La première partie de l'entrevue d'autoévaluation a donc été façonnée pour décortiquer les différentes informations présentées dans les PSSE sélectionnés au hasard en prenant les rubriques du guide régional d'élaboration et de mise à jour, publié en 2010, comme balises.

Chaque membre des équipes d'intervention a été invité à jauger individuellement le PSSE sélectionné pour l'autoévaluation. Les réponses recueillies des membres de la même équipe ont été exposées au début de chaque entrevue. Les points de divergence d'opinions ont été explorés.

Perception de la présence ou de l'absence d'un élément dans le programme de santé

Parmi les divergences résidaient quelques erreurs de lecture ou une mésinterprétation de la signification des éléments émanant du guide régional, dans environ 10 % des situations.

Un portrait général des différences d'opinions sur les rubriques du PSSE a été constitué et est présenté à la page suivante. Il ressort des observations faites sur les réponses des intervenants que :

- Lors de la première entrevue, les pourcentages de variation des réponses sur la présence ou non de l'élément dans le PSSE entre membres d'une même équipe ont fluctué selon des proportions oscillant entre 9 % (très peu) et 58 % (plus de la moitié des éléments).
- Lors de la seconde entrevue, environ six mois plus tard, les pourcentages de variation des réponses entre membres d'une même équipe ont fluctué entre 7 % (très peu) et 45 % (un peu moins de la moitié des éléments).
- Malgré l'observation d'une diminution générale du pourcentage de perceptions différentes, il n'y a pas de schéma précis de fluctuation entre les deux entrevues : certaines équipes ont montré plus de cohérence dans leurs réponses, d'autres moins et d'autres sont demeurées stables dans leurs différences perceptuelles sur le fait que l'élément évalué soit présent ou non dans le PSSE évalué.
- Certains éléments ont fait l'objet de plus de différences de perception. Parfois, particulièrement lors de la première entrevue, cela s'expliquait par le fait que l'élément était phrasé d'une manière ambiguë, ce qui a été corrigé en prévision de la deuxième entrevue.

Section du PSSE autoévaluée par 16 équipes (nombre d'éléments à autoévaluer)	1^{re} entrevue Résultat de perception identique entre les trois membres de chaque équipe/16	2^e entrevue Résultat de perception identique entre les trois membres de chaque équipe/16
Page titre et verso (6 éléments)	12,3 (77 %)	13,0 (81 %)
Introduction ou préambule (6 éléments)	12,7 (79 %)	13,7 (85 %)
Portrait de l'entreprise (1 élément)	13,0 (81 %)	15,0 (94 %)
Bilan des activités réalisées et des résultats (section à faire seulement si mise à jour de PSSE, 3 éléments)	5,7 (35 %)	4,7 (29 %)
Description des risques et risques retenus (5 éléments pour entrevue 1 et 7 éléments pour 2 ^e entrevue)	8,2 (51 %)	10,1 (63 %)
Plan d'action pour éliminer/réduire/contrôler les risques retenus (4 éléments pour 1 ^{re} entrevue, 1 et 8 éléments pour 2 ^e entrevue)	11,5 (72 %)	10,6 (66 %)
Organisation des Premiers secours et Premiers soins (1 élément)	16,0 (100 %)	16,0 (100 %)

Qualité communicationnelle du programme de santé

Les équipes d'intervention ont ensuite été invitées à se prononcer sur la capacité de leur document PSSE, en tant qu'outil de communication, à joindre les différents destinataires que sont les employeurs et les travailleurs, l'équipe de coordination de leur CSSS, l'équipe régionale et le directeur régional de santé publique ainsi que la CSST.

Cet angle de réflexion sur le lectorat potentiel du PSSE a surpris plusieurs équipes. Il semble difficile pour certains d'envisager qu'un même outil puisse joindre des destinataires si différents. Pour d'autres, un document rédigé clairement et adéquatement peut réussir à informer tous les publics cibles. Quelques intervenants ont dit croire que les PSSE ne sont pas lus par les gestionnaires de CSSS, par les membres de l'équipe régionale ou par la CSST. Plusieurs personnes ont rapporté ne pas recevoir de rétroaction de la part de ces acteurs sur les PSSE transmis. Les propos des équipes ont confirmé que le document PSSE est d'abord rédigé pour être compris par les employeurs et les travailleurs, principaux destinataires du contenu selon les équipes d'intervention.

La majorité des équipes a considéré les documents PSSE autoévalués comme des textes synthétiques, rédigés dans un langage adéquat, qui positionnent bien la réalité des entreprises et devenant des outils de sensibilisation aux risques en milieu de travail. Les équipes y voient un moyen de rappeler les bonnes pratiques en matière de risques pour la santé ainsi qu'un moyen de renforcer ce qui se fait déjà dans l'entreprise. L'emploi de fiches distinctes pour présenter chaque facteur de risque retenu a été régulièrement noté comme un élément pertinent de mise en page. Le fait de présenter le contenu du PSSE devant les représentants de l'employeur et des travailleurs semble pour plusieurs intervenants un gage de compréhension, particulièrement dans la très petite et la petite entreprise. Ensuite, aux dires de quelques équipes, le document peut être facilement consulté par l'établissement afin de suivre la séquence des opérations et de connaître les rôles attendus de chacun.

Pour quelques intervenants, le PSSE est un document dynamique qui évolue dans le temps après son dépôt. Les notes SISAT complètent alors l'information contenue au PSSE. Trois équipes ont mentionné qu'il s'agit également d'un outil commun utile aux trois membres de l'équipe lors de leurs interventions dans l'entreprise visée. Une équipe a verbalisé plus ouvertement son sentiment de fierté par rapport à la qualité de ses PSSE.

Un petit nombre d'intervenants avait une vision critique par rapport au document PSSE, le trouvant trop formel, trop dense en informations, utilisant une surabondance de tableaux et écrits dans un langage peu vulgarisé pour des non-initiés à la santé au travail.

Si l'on pouvait reprendre la rédaction du programme de santé

Dans la mesure où les intervenants pourraient éventuellement reprendre la rédaction du document PSSE, il leur était demandé, lors de l'entrevue, ce qu'ils modifieraient dans leur texte. Plusieurs éléments nommés avaient trait à des rubriques où les trois membres de l'équipe n'avaient pas répondu avec le même écho.

Section du PSSE	Nombre d'équipes	Modification souhaitée
Remarques générales	9	Simplifier le vocabulaire, les informations présentées ou la mise en page du document. Expérimenter des manières plus synthétiques de communiquer l'information aux différents milieux de travail.
	2	Concevoir un modèle de PSSE taillé sur mesure pour la petite entreprise
	1	Ne pas écrire recto verso pour rendre le document plus officiel

Section du PSSE	Nombre d'équipes	Modification souhaitée
	1	Personnaliser davantage le texte du PSSE à l'image de l'entreprise visée
Page titre et son verso	5	Inscrire sur la première page les mises à jour du PSSE ou encore la notion de première version du PSSE de l'entreprise
	4	Inscrire clairement le nom des représentants de l'employeur et des travailleurs
	3	Inscrire la date d'acceptation du PSSE par les représentants de l'employeur et des travailleurs
	1	Inscrire le secteur d'activités économiques de l'entreprise sur la page titre du PSSE
Introduction ou préambule	6	Préciser que le document est transmis à la CSST
	3	Indiquer plus explicitement la durée en années du PSSE
	3	Ajouter la mention qu'un signalement peut toujours être fait à la CSST
	2	Préciser le mandat légal de l'équipe d'intervention
	2	Ajouter la définition du PSSE
Portrait de l'entreprise	1	Raffiner le portrait de l'entreprise
Bilan des activités réalisées et des résultats	6	Faire davantage le lien avec le PSSE antérieur, les suivis effectués, la réalisation des correctifs demandés aux différents milieux de travail
Description des risques et risques retenus	8	Préciser le nombre et la fonction des travailleurs ciblés pour chaque facteur de risque
	2	Mieux expliciter ce qui fait que certains risques sont retenus et non certains autres
	1	Ajouter une précision après le tableau des priorités indiquant que la référence à une fiche d'actions spécifiques concerne un risque retenu
	1	Spécifier toutes les dates des évaluations environnementales réalisées avant la présentation du PSSE

Section du PSSE	Nombre d'équipes	Modification souhaitée
Plan d'action	4	Rendre les objectifs poursuivis plus précis et mesurables
	2	Inscrire un échéancier
	1	Détailler davantage certains correctifs demandés
	1	Détailler les fonctions des membres de l'équipe des CSSS dans le plan d'action proposé
Organisation des PSPS	2	Mieux positionner le rapport sur les PSPS pour qu'il soit davantage intégré au corps du PSSE et non en annexe
	1	Ajouter une fiche d'action pour les PSPS avec les suivis à faire

Pôle 2 Les démarches menant à l'élaboration du programme de santé

Alors que la première partie de l'entrevue d'autoévaluation portait sur le document PSSE, la seconde s'intéressait au partage des rôles et des responsabilités des trois membres de chaque équipe d'intervention entre le moment du contact avec l'entreprise et l'acceptation du PSSE par cette dernière.

Partage des responsabilités entre les trois membres de l'équipe d'intervention

Les premières questions ouvertes invitaient les membres de l'équipe à décrire le « qui fait quoi ». Le matériel livré par les participants révèle que la distribution des responsabilités se ressemble beaucoup entre les deux entrevues d'une même équipe. Elle se ressemble également beaucoup d'une équipe à l'autre et d'un CSSS à l'autre.

Une majorité d'équipes a dit miser sur des échanges fluides et réguliers, lors de rencontres improvisées ou planifiées, pour clarifier la stratégie d'approche des entreprises, se reconformer le partage habituel des rôles ou le modifier selon les circonstances. Environ la moitié des équipes rencontrées travaillaient ensemble depuis de nombreuses années, alors que d'autres équipes, au moment des entrevues, dataient de peu d'années, voire de quelques mois. Le travail entourant la production des PSSE, selon les dires d'une grande proportion d'équipes, est basé sur la collaboration et l'entraide multidisciplinaire entre les trois membres.

Mises à part quelques subtilités dans la répartition de tâches non spécialisées (étudier le dossier lésionnel, prendre rendez-vous pour la connaissance préalable, etc.), la

répartition entre infirmières et infirmiers ainsi que techniciennes et techniciens en hygiène du travail est clairement définie par l'expertise de chaque profession.

Les infirmières et les infirmiers s'acquittent seuls de l'examen de conformité dans l'organisation des premiers secours et des premiers soins des entreprises, certains le faisant dès la rencontre de connaissance préalable, d'autres préférant prendre un autre rendez-vous. Le matériel d'entrevues a mis en lumière le fait que l'opération de vérification des premiers secours et premiers soins se fait la plupart du temps en parallèle des autres opérations. En effet, l'infirmière ou l'infirmier de l'équipe fait cavalier seul devant cette responsabilité, trouvant ses informations auprès de responsables en entreprise, préparant son rapport, présentant son analyse et ses recommandations en direct ou par téléphone, acheminant son rapport par la poste ou par voie électronique et assurant ses suivis, sans que ce sujet ne soit nécessairement débattu en réunion d'équipe. Les infirmières et les infirmiers interrogés ont dit faire relire leur rapport par les médecins de leur équipe avant de rédiger une version définitive.

Les techniciennes et techniciens en hygiène du travail vont régulièrement faire eux-mêmes leur étude environnementale pour identifier les risques auxquels sont exposés les travailleurs. Selon la réalité des entreprises, ce travail peut nécessiter plus d'une visite. Parmi les 17 équipes différentes rencontrées, dix ont fait mention du recours à l'opinion de collègues hygiénistes sur la façon d'évaluer certains risques et surtout pour la révision des rapports environnementaux.

Les entretiens ont révélé que le partage des tâches avant et pendant la visite de connaissance préalable entre médecins et personnel infirmier se chevauche davantage qu'avec le personnel en hygiène du travail. Comme les entrevues ne se concentraient pas sur ce thème, les informations reçues ne permettent pas actuellement d'approfondir ce sujet.

L'une des questions d'entrevue demandait aux participants de nommer les membres de l'équipe se présentant à la visite de connaissance préalable en entreprise. Le tableau ci-dessous présente le portrait de cette situation pour les 32 PSSE examinés. Pour cet échantillon, les techniciennes et techniciens en hygiène du travail (THT) ont été présents dans un peu plus de 90 % des situations étudiées, les infirmières (INF) dans environ 85 % et les médecins (MD) dans près de 45 % des cas.

Intervenants présents lors de la visite de connaissance préalable	Nombre de PSSE et pourcentage
INF + THT	17 (53 %)
MD + INF + THT	7 (22 %)
MD + THT	5 (15,5 %)
MD + INF	2 (6,25 %)
INF seule	1 (3,25 %)
Total	32 (100 %)

L'étape de l'arbitrage des risques à retenir du programme de santé se déroule parfois simplement, à cause de l'évidence des situations. Une discussion au retour de la visite de l'entreprise (quelquefois pendant le déplacement en voiture) permet d'établir ces risques. En situation plus complexe, les équipes tendent à se réunir et à débattre ensemble, la plupart du temps en présence des trois membres, et parfois uniquement entre le médecin et la technicienne ou le technicien en hygiène du travail. Pour les 32 PSSE examinés, le tableau qui suit permet d'apprécier le nombre de risques retenus, en sus des PSPS, toujours présents.

Nombre de risques retenus (sans PSPS)	Fréquence et pourcentage
1	2 (6,25 %)
2	14 (44 %)
3	7 (22 %)
4	5 (15,5 %)
5	3 (9,25 %)
6	1 (3 %)
Total	32 (100 %)

La liste des risques retenus en fonction de leur fréquence a été extraite des 32 PSSE à l'étude.

Risques retenus	Fréquence et pourcentage
Bruit	24 (26 %)

Risques retenus	Fréquence et pourcentage
Contraintes ergonomiques	14 (15 %)
Poussières (bois, métal, poussières non classées autrement)	10 (11 %)
Monoxyde de carbone	9 (9,5 %)
Peintures et solvants	9 (9,5 %)
Gaz et fumées (soudage, coupage, plastique)	7 (7,5 %)
Silice	5 (5,5 %)
Contacts avec le sang	3 (3 %)
Contrainte thermique	3 (3 %)
Béryllium	1 (1 %)
Chlorure d'hydrogène	1 (1 %)
Chrome	1 (1 %)
Espace clos	1 (1 %)
Isocyanates	1 (1 %)
Nickel	1 (1 %)
Rayonnement solaire	1 (1 %)
Total	92 (100 %)

Parmi les 17 équipes rencontrées, mais à l'exception de deux d'entre elles, les médecins rédigent eux-mêmes le PSSE en s'aidant de la fiche portrait sommaire, du rapport environnemental, des notes inscrites au SISAT, etc. Les seules équipes faisant exception à cette règle ont opté pour une rédaction surtout orchestrée par l'infirmière, mais également partagée avec les techniciens en hygiène du travail. Ces deux équipes travaillent dans le même CSSS. Une pénurie de médecin serait à l'origine de cette pratique.

Pour 16 des 17 équipes vues, le rédacteur du PSSE fait appel aux deux autres membres de son groupe d'intervention pour valider le premier jet complet, le commenter et le corriger. Ces échanges se font régulièrement par voie électronique, bien que bon nombre d'équipes profitent d'une réunion pour échanger sur la façon de bonifier le document PSSE.

Les agentes administratives ont un rôle important à jouer dans les PSSE. Toutes les équipes ont mentionné leur contribution lors de la mise en page et la révision linguistique des rapports environnementaux, des rapports de premiers secours et premiers soins et des programmes de santé. Quelques équipes ont également spécifié l'apport des agentes administratives à la préparation de lettres et de documents destinés aux entreprises ainsi qu'à la gestion documentaire dans le SISAT.

Une seule équipe a eu recours à un ergonomiste pour les étapes d'identification des risques dans l'entreprise. Deux équipes ont dit avoir sollicité l'opinion d'un collègue médecin qui avait développé une expertise sur un agresseur présent.

Parmi tous les PSSE analysés, trois ont permis une interaction spécifique avec le coordonnateur du CSSS avant la rédaction du document. Deux de ces cas ont nécessité une demande d'intervention à la CSST. Dans la troisième situation, le coordonnateur s'est enquis du déroulement d'un projet qui touchait l'établissement concerné.

Au cours des entretiens, il a été possible de répertorier six manières différentes d'orchestrer la livraison du PSSE aux entreprises. Parmi les 15 équipes rencontrées à deux reprises, seulement quatre ont présenté aux entreprises les deux PSSE analysés selon le même *modus operandi*. Plusieurs équipes ont dit se laisser guider par les caractéristiques de l'entreprise et le portrait des risques pour déterminer qui, parmi les membres de l'équipe, irait présenter le programme de santé. Pour cet échantillon, les médecins ont été présents dans un peu plus de 90 % des situations étudiées, les techniciennes et techniciens en hygiène du travail dans environ 72 % des cas et les infirmières dans près de 38 % des cas.

Façon de livrer le contenu du PSSE à l'entreprise	Nombre de PSSE et pourcentage
Présence MD + THT	12 (37,5 %)
Présence MD + INF + THT	11 (34,5 %)
Présence MD seul	4 (12,5 %)
Par la poste	3 (9,5 %)
Présence MD + INF	1 (3 %)
Présence MD + Ergonome	1 (3 %)
Total	32 (100 %)

Réactions des entreprises par rapport à leur programme de santé

Les réactions des entreprises quant au contenu des PSSE sont majoritairement positives. Il s'agit d'un moment important lors duquel des questions d'éclaircissement

sont posées pour arriver à l'acceptation des activités proposées. Dans six PSSE examinés, les réactions des entreprises semblaient moins positives, particulièrement par rapport à certains risques retenus comme prioritaires, à la possibilité d'un signalement à la CSST ou aux correctifs onéreux à envisager. Dans l'un des cas examinés, les réactions furent à la fois positives (partie patronale) et négatives (partie syndicale).

Sur les 32 situations explorées, il a été fait mention à quatre reprises que le moment de présentation du contenu du PSSE aux membres du Comité de santé et de sécurité de l'établissement a permis de laisser ces derniers déterminer le choix des priorités qui seraient retenues dans le programme de santé ou l'ordre dans lequel ils seraient pris en charge. Dans ces situations, les documents PSSE ont dû être revus et corrigés avant leur transmission définitive aux employeurs.

Délais de production des programmes de santé et facteurs explicatifs

Parmi les 32 PSSE analysés, les délais sont variés entre le premier contact téléphonique avec l'entreprise et le moment où cette dernière adopte le programme de santé; le plus court ayant été d'un mois et demi, et le plus long de cinq années. Le temps moyen dans l'échantillon des 32 PSSE s'est établi à 13 mois. Le tableau qui suit regroupe ces délais en quelques catégories.

Délai entre le 1^{er} contact et l'acceptation du PSSE par l'entreprise	Nombre de PSSE et pourcentage
6 mois et moins	12 (37,5 %)
7 à 12 mois	9 (28 %)
13 à 18 mois	7 (22 %)
19 à 60 mois	4 (12,5 %)
Total	32 (100 %)

La plupart des PSSE de l'échantillon avaient été rédigés à la suite d'une étude environnementale complète; les agresseurs retenus étant basés sur des données quantitatives ou qualitatives indicatives du risque encouru par les travailleurs. Environ le quart des PSSE évalués présentent une approche différente, plus prospective, en retenant des risques estimés potentiels lors de la visite de connaissance préalable dans les entreprises. Dans ces programmes, plusieurs des activités proposées visaient la mesure de chaque risque estimé présent. Parmi les 17 équipes rencontrées, trois opèrent toujours de cette façon, alors que les autres attendent le rapport environnemental pour faire le choix des agresseurs qui seront retenus dans le PSSE.

Les délais encourus dans la production des programmes de santé peuvent être liés à une multitude d'éléments nuisibles à la bonne conduite des opérations. Toutes les

équipes ont été invitées à dresser la liste de ces facteurs entourant les programmes de santé en observation. Certaines équipes ont identifié davantage d'éléments, mais au-delà du nombre de facteurs énoncés, à la lumière des idées transmises, les équipes semblent vivre des réalités similaires au cours des étapes menant à la livraison du document PSSE aux entreprises.

Pour quatre PSSE, les équipes n'avaient aucun facteur nuisible à répertorier.

Facteurs nuisibles	Nombre d'évocations
Incompréhension et méfiance de l'entreprise quant au rôle de l'équipe Santé au travail (SAT)	11
Difficulté à obtenir un premier rendez-vous dans l'entreprise	6
Absence temporaire de production ou période de surproduction dans l'entreprise	6
Absence temporaire d'un membre ou mouvement de personnel au sein de l'équipe SAT	6
Report par l'entreprise des rendez-vous fixés	5
Changement d'équipement ou déménagement de l'entreprise	2
Planification d'une mesure finalement abandonnée ou problèmes d'échantillonnage à reprendre	2
Difficulté à joindre certains groupes de travailleurs	2
Lenteur de la CSST à intervenir après la demande de l'équipe SAT	2
Manque d'expérience des membres de l'équipe SAT	2
Vacances estivales	2
Manque de communication avec l'entreprise	1
Changement de contact dans l'entreprise	1
Activité à risque rare	1

Les équipes ont également répertorié des facteurs qui facilitent l'élaboration des PSSE dans de plus courts délais :

- connaissance de l'entreprise par l'équipe SAT;
- collaboration, flexibilité et dynamisme de la part des personnes-ressources en entreprise;
- cohésion, communication, stratégies de travail et ténacité de l'équipe SAT;
- culture de santé et de sécurité au travail de l'entreprise;
- rendez-vous pour les visites respectés par l'entreprise;
- reconnaissance de l'expertise de l'équipe SAT par l'entreprise;
- facilité à faire l'évaluation des risques dans l'entreprise;
- entreprise choisie dans le cadre d'un projet avec la CSST;
- peu de risques à la santé dans l'entreprise ou agresseurs connus dans ce type d'entreprise;
- petite entreprise;
- messages à l'entreprise par courriel plutôt que par téléphone;
- disponibilité des trois membres de l'équipe SAT.

Changements souhaités dans les étapes franchies pour produire les programmes de santé

Avant la fin de l'entretien, les équipes pouvaient exprimer ce qu'elles changeraient, si elles le pouvaient, dans la séquence des opérations ayant mené à l'approbation par les entreprises des programmes de santé étudiés. La majorité des équipes disaient qu'elles s'y prendraient exactement de la même manière. Les quelques équipes ayant vécu une certaine déception due à la lenteur du processus auraient toutes souhaité diminuer les délais.

Pôle 3 La mise en application du programme de santé

Lors de la troisième partie de l'entrevue, chaque équipe était invitée à se prononcer sur la réalisation ou non de chaque activité du PSSE. Cette partie de l'entrevue a sans doute été la moins percutante des trois. Cela s'explique par le fait qu'au moment de leurs entrevues, les équipes d'intervention n'avaient pas encore ou seulement peu présenté activités prévues dans les PSSE pour contrôler, réduire ou éliminer les risques présents en milieu de travail. En fait, il était exceptionnel que toutes les activités du PSSE soient déjà réalisées (un sur les 32 analysés, 3 %). Il y a eu quelques situations où la majorité des activités étaient déjà effectuées (sept sur les 32 analysées, 22 %).

Pour la majorité des cas, le degré de déploiement était soit encore peu, soit moyennement avancé (24 sur les 32 analysées, 75 %).

Le nombre de risques retenus par programme de santé a varié de deux à sept, avec une moyenne à 3,8. Le nombre d'activités présentes dans les 32 PSSE examinés a quant à lui oscillé entre sept à 48, avec une moyenne établie à 16,5 activités par PSSE. Certaines équipes détaillent davantage la séquence des activités, ce qui peut expliquer en partie la variation.

La responsabilité des activités dépend parfois des équipes de santé au travail, parfois des entreprises. Lorsque questionnées sur la réalisation des activités sous la responsabilité des employeurs, plusieurs équipes ont dit ne pas savoir si elles avaient été proposées. Les équipes qui pouvaient répondre étaient celles qui avaient intégré dans leurs pratiques les communications régulières avec les établissements visés. Ce sont plus régulièrement des relances téléphoniques et des visites en entreprise qui ont permis aux intervenants de remettre en question l'application des mesures proposées dans le PSSE par les employeurs ou leurs responsables de la santé et la sécurité au travail. Quatre équipes ont mentionné n'avoir aucune stratégie pour se renseigner sur de tels suivis. Une autre équipe s'est questionnée à savoir si un tel suivi relevait de ses responsabilités.

Selon les membres des équipes, 25 des 32 PSSE (78 %) analysés présentaient un échéancier réaliste et adéquat. Les échéanciers de deux PSSE (6 %) ont été jugés irréalistes par deux équipes. Finalement, cinq PSSE (16 %) analysés ne présentaient pas d'échéancier.

La partie centrale de la troisième partie de l'entrevue visait à entendre les intervenants quant à leurs perceptions des effets des activités proposées dans les entreprises visées. L'expérience a pu mettre en lumière qu'il n'est pas aisé de parler des effets des activités sur les milieux de travail et les travailleurs. Peu d'équipes ont réussi à le faire.

Parmi les effets remarquables, les intervenants affirment que :

- les travailleurs s'intéressent et posent des questions en séance d'information, moment important pour les sensibiliser aux risques présents dans leur milieu de travail;
- les employeurs font individuellement l'achat d'équipement de protection;
- il y a des changements dans le mobilier afin de mieux répondre aux prescriptions ergonomiques;
- on fait la substitution de peintures nocives pour des produits moins toxiques;
- il y a une mise en place de systèmes de ventilation;
- la mesure du bruit après des modifications apportées en milieu de travail révèle qu'il a diminué;

- il y a expression de satisfaction de la part des travailleurs par rapport à des changements effectués.

Les équipes d'intervention ont été questionnées sur ce qui a pu aider ou nuire à la mise en application de leurs PSSE. Rappelons que peu d'équipes avaient eu l'opportunité d'avancer substantiellement dans cette étape de leur travail en entreprise. Les obstacles et les facteurs de succès liés à la bonne conduite de l'actualisation des programmes de santé ont été à peu près les mêmes que ceux identifiés par les équipes en ce qui concerne le pôle 2, l'étape d'élaboration du PSSE. Il serait redondant de reprendre ces listes ici. Toutefois, il importe de faire ressortir que, de l'avis des intervenants, un suivi serré avec l'établissement se démarque clairement comme un facteur de succès à cette étape de réalisation du programme de santé.

IMPRESSIONS

Dès la fin de la seconde entrevue d'autoévaluation des PSSE en mai 2012, tous les intervenants rencontrés ont été invités à remplir de façon anonyme un questionnaire comprenant quatre questions. Sur un potentiel de 39 intervenants sondés, 35 questionnaires remplis ont été retournés, pour un taux de réponse de 90 %. L'anonymat était désiré afin de permettre à chacun de communiquer sans retenue ses impressions sur les bénéfiques et les irritants du projet d'autoévaluation. Les deux autres questions portaient sur la proposition de deuxième phase faite par le Comité PSSE et sur la façon d'entendre parler des résultats.

Bénéfices

Une gamme de bénéfiques a été perçue à l'exercice d'autoévaluation par la quasi-totalité des intervenants qui ont été généreux en commentaires. Seulement une personne n'a rien inscrit à cette rubrique et deux autres ont écrit ne retenir aucun bénéfice de l'exercice. La présence de bénéfiques a été observée par 91,5 % des répondants.

Il se dégage onze grands bénéfiques identifiés par les 32 intervenants qui se sont exprimés. À leurs yeux, les entretiens d'autoévaluation ont permis :

- un questionnement sur ce qui semble acquis, un rare temps d'arrêt et de réflexion sur l'objectif des interventions;
- une amélioration et une harmonisation des PSSE entre équipes;
- une analyse structurée entre collègues de la même équipe sur les étapes menant à la rédaction d'un PSSE ainsi que sur son contenu;
- une comparaison des pratiques d'une équipe avec les « meilleures pratiques » en vigueur, avec le guide régional en circulation;
- une prise de conscience des points forts et des éléments à améliorer dans un document PSSE ou autour des démarches menant à l'élaborer et à l'appliquer;
- un partage autour du travail d'équipe, une meilleure compréhension du rôle de chacun, une révision des façons de faire, une amélioration des pratiques d'équipe;
- une mise en lumière des expertises de chaque membre de l'équipe d'intervention;
- une prise de conscience des points de vue identiques ou différents de la part des trois intervenants d'une équipe sur le même objet;
- une réflexion sur la manière de rédiger des objectifs d'intervention;

- de petites ou de grandes modifications dans la présentation visuelle du document PSSE;
- l'expression libre des idées et des frustrations sur les programmes de santé.

Irritants

Pour ce qui est des irritants, huit des 35 répondants ont mentionné n'en avoir perçu aucun. À ces réponses s'ajoutent quatre absences de réponse, interprétées comme la perception qu'il n'y avait pas d'irritant à l'exercice. La présence d'irritants a donc été soulevée par 66 % des répondants, c'est-à-dire 23 intervenants.

L'analyse des irritants révèle qu'ils se circonscrivent en treize facteurs différents, en ordre décroissant de mention :

- le temps de préparation et de passation des entrevues d'autoévaluation;
- l'obligation de la présence des techniciennes et techniciens en hygiène du travail aux rencontres d'autoévaluation (selon eux, le PSSE est la responsabilité du médecin);
- la réaction naturelle des collègues de parler d'autres entreprises plutôt que de celle à l'étude, ce qui a allongé le temps d'entrevue. On aurait souhaité que l'animatrice rappelle les consignes aux intervenants;
- une partie de la terminologie à la première entrevue était interprétable, particulièrement celle portant sur les objectifs des fiches d'actions préventives, rendant l'exercice plus difficile;
- il est difficile de recevoir des commentaires critiques pendant l'entrevue lorsque les collègues d'équipe livrent leur opinion par rapport à un élément des activités étant sous la responsabilité d'un autre collègue;
- les entretiens ravivent certaines dissensions entre les membres de l'équipe;
- la déception par rapport au choix aléatoire de PSSE à analyser, lorsqu'il n'était pas assez pourvu de risques, qu'il ne rendait pas hommage aux manières habituelles de travailler de l'équipe;
- des discussions stériles;
- un processus jugé répétitif;
- des collègues qui n'étaient pas au dossier de l'entreprise étudiée dès le début du processus, rendant leur entretien moins significatif;
- revenir sur un programme de santé alors qu'il est produit depuis longtemps, rendant les perceptions plus fluctuantes.

Seconde phase à l'expérience

Lors de l'élaboration du projet d'autoévaluation en 2010, le Comité PSSE avait imaginé pour seconde phase de joindre deux équipes d'intervention qui auraient été invitées à se questionner et à commenter respectivement l'un de leurs programmes de santé. Le questionnaire anonyme a permis de vérifier l'attrait des intervenants envers cette proposition. Sur les 35 réponses reçues, 12 étaient favorables à cette idée (trois totalement, neuf plutôt), ce qui correspond à 34 % des répondants tandis que 23 étaient défavorables (14 plutôt, neuf totalement), ce qui correspond à 66 % du personnel.

Avoir accès à cette information privilégiée a permis aux membres du Comité PSSE d'abandonner l'idée qui était considérée comme stimulante, mais qui aurait été heurtante pour plusieurs personnes.

Communication des résultats de l'expérience

La dernière question anonyme abordait la communication des résultats de l'expérience d'autoévaluation. Quatre intervenants ont indiqué ne pas désirer en être informés. La préférence des 31 répondants intéressés aux résultats allait de la transmission d'un résumé écrit des principaux résultats (64,5 %) à la présence lors d'une présentation publique (45 %).

Malgré le fait qu'une présentation publique ne semblait pas constituer le choix favori des intervenants, l'équipe de gestionnaires du programme régional de santé au travail et les membres du Comité PSSE ont opté pour cette manière de faire, particulièrement parce qu'elle permettait de faire réagir les ressources sur une proposition de poursuite de l'autoévaluation. Un diaporama présentant les résultats a été préparé et présenté par la chargée de projet, accompagnée d'un membre du comité de ladite profession, aux trois regroupements professionnels régionaux. Ces présentations ont eu lieu en juin 2013, soit un an après la fin de la deuxième entrevue.

CLÔTURE DE LA PREMIÈRE PHASE ET POURSUITE DE L'EXPÉRIENCE D'AUTOÉVALUATION

Malgré les irritants rencontrés par les intervenants au cours de cette expérience novatrice d'évaluation des PSSE, tant les bénéfices relatés que les réactions positives lors de la tournée de présentations des résultats aux gestionnaires et aux groupes de professionnels militent en faveur de la poursuite des activités d'autoévaluation des PSSE par le personnel de santé au travail de la région de la Capitale-Nationale.

En juin 2013, le Comité PSSE a proposé de reconduire en 2014 et en 2015 la formule d'autoévaluation telle que vécue en 2011-2012, c'est-à-dire en regroupant une fois par année les trois membres d'une même équipe d'intervention pour l'évaluation d'un PSSE par équipe, choisi au hasard. Après ces deux années supplémentaires, un bilan d'expérience serait à nouveau produit afin de décider collectivement de la poursuite de cette démarche d'autoévaluation.

En ce qui concerne les changements plus concrets, les médecins ont suggéré que le pôle 1, la vérification des critères de conformité au guide régional d'élaboration et de mise à jour des documents PSSE, ne fasse plus l'objet d'une attention des équipes, mais qu'elle soit dorénavant portée par la chargée de projet de l'équipe régionale. Une formule misant sur un bulletin annuel collectif et anonyme, avec des PSSE choisis au hasard et l'application de l'« Outil 1 » conçu dans le cadre du projet, a été proposée. Pour chaque médecin, une première édition de PSSE et une mise à jour de PSSE seraient cotées. Cette activité s'est réalisée une première fois avec des PSSE produits en 2013. Le bulletin dépersonnalisé a été présenté lors d'une réunion du Service clinique de médecine du travail en juin 2014. Les médecins ont trouvé l'exercice concluant et se sont montrés intéressés à ce qu'il soit répété au moins pour deux années. À la fin de ces trois essais, considérant l'évolution des « notes » du bulletin, il sera plus aisé de décider si l'exercice doit se poursuivre ou non.

Afin d'alléger l'entrevue d'autoévaluation et de rendre les contenus abordés plus systématiques d'une équipe à l'autre, les outils préparatoires permettant de jauger le pôle 2, l'élaboration du PSSE, et le pôle 3, sa mise en application, ont été améliorés en misant un peu moins sur des questions ouvertes. Cette opération s'est réalisée au cours de l'automne 2014.

Il a également été décidé, pour la suite de la démarche, de choisir des PSSE dont les plans d'action auraient été complètement réalisés afin d'enrichir la portion de l'entrevue portant sur la mise en application des programmes de santé et leurs effets perçus dans l'entreprise.

Pour plusieurs raisons, la seconde vague d'entrevues d'autoévaluation n'a pu se réaliser comme il avait été prévu en novembre et en décembre 2014. Le départ de plusieurs intervenants entraînant une réorganisation majeure dans les équipes locales, la prise d'un congé différé de la chargée de projet et le dépôt du projet de loi n° 10 (*Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux*)

notamment par l'abolition des agences régionales) par le ministre de la Santé et des Services sociaux rendent, pour l'instant, la suite du dossier plus complexe.

Le Comité PSSE se donne donc rendez-vous en septembre 2015 afin de discuter du nouvel envol de l'approche d'autoévaluation des PSSE de la région de la Capitale-Nationale en tenant compte de l'évolution des pratiques des intervenants dans l'élaboration et la mise à jour des PSSE. Il s'agit, à n'en pas douter, d'une histoire à suivre.

Direction régionale de santé publique
2400, avenue D'Estimauville
Québec (Québec) G1E 7G9
Téléphone : 418 666-7000
Télécopieur : 418 666-2776
www.dspq.qc.ca

**Agence de la santé
et des services
sociaux de la Capitale-
Nationale**

Québec 