

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

INFLUENCE DU CONTEXTE ORGANISATIONNEL SUR L'INTÉGRITÉ D'UN
PROGRAMME DE PRÉVENTION DES MAUX DE DOS EN MILIEU HOSPITALIER

MÉMOIRE
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DE LA MAÎTRISE EN ADMINISTRATION DES AFFAIRES
(PROFIL RECHERCHE)

PAR
CHRISTIAN SIMONEAU

AVRIL 2008

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier Madame Diane Berthelette, professeure au département d'organisation et ressources humaines de l'École des sciences de la gestion de l'Université du Québec à Montréal et directrice de l'Institut Santé et Société pour l'encadrement et l'appui dont elle m'a témoigné tout au long de mon expérience de rédaction et de recherche. Une approche rigoureuse associée à une personnalité stimulante m'ont permis d'apprécier grandement la recherche évaluative et de souhaiter y apporter une modeste contribution.

Je remercie aussi la Fondation J.A. DeSève, l'Institut Santé et Société, Aon Consulting inc. ainsi que la Fondation de l'UQÀM pour leur soutien financier. L'aide financière, par l'entremise de contrats de travail, provenant des professeurs Claudette Ross et Daniel Beaupré ne peut être non plus négligée.

Finalement, je remercie mes parents de m'avoir continuellement encouragé à accomplir ce que je désirais ainsi qu'Éric, pour m'avoir écouté, même si souvent cela ne devait pas être nécessairement des plus stimulants. Merci à tous.

AVANT-PROPOS

Après avoir complété un baccalauréat en gestion des ressources humaines et n'ayant qu'une vague idée d'un sujet de mémoire se rapportant à la santé, j'ai eu la chance d'entendre parler du projet que menait la professeure Berthelette à l'Institut Santé et Société avec l'aide de chercheurs d'autres universités. Lors d'un entretien, je lui expliquai mon intérêt pour la santé, mes études en sciences de la nature et en pharmacie, et mes projets d'étude après la maîtrise et nous commençons déjà à travailler sur mon sujet de recherche. Quoi de mieux que d'allier mon intérêt pour la santé à la prévention des lésions des travailleurs ?

Chaque année, une multitude de gens se blessent au travail, certains y laissent même leur vie. Malheureusement, au moment d'écrire ce mémoire, la responsabilisation des employés au détriment de celle de l'employeur semble être à la mode. Rien ne saurait occulter la responsabilité légitime d'un individu envers sa propre santé, pourtant, dans un contexte de mondialisation, de quotas de production, de gestion en flux tendu et de modèles reposant sur le juste à temps, la part de responsabilité de l'employeur apparaît plus importante que jamais.

Le système de santé québécois, bien qu'en grande partie un système public, fait face à plusieurs préoccupations de son époque. Pensons à la pénurie de personnel et au vieillissement de la population. Une demande en hausse et une offre de service en baisse, ou au mieux, stable. Rien pour favoriser la prévention chez les travailleurs à proprement parler. Il existe heureusement des programmes de prévention, mais leur implantation d'un centre hospitalier à l'autre laisse une marge de manœuvre considérable. Il est donc important, dans un tel contexte, de s'assurer que les programmes soient implantés afin d'atteindre une production d'effets optimale.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	iii
LISTE DES FIGURES	viii
LISTE DES TABLEAUX	ix
LISTE DES ABREVIATIONS	x
RESUME	xi
CHAPITRE I	
INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE	1
1.1 Théorie sous-jacente du PDSB	4
1.2 Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires	5
1.3 Caractéristiques des programmes efficaces	8
1.4 Déterminants de la variation de l'implantation	11
1.5 Conclusion	15
CHAPITRE II	
BILAN DES CONNAISSANCES	17
2.1 Historique	18
2.2 Types de programmes	20
2.2.1 Interventions complètes	21
2.2.2 Interventions écourtées	22
2.2.3 Interventions « clé en main »	23
2.2.4 Limites des programmes de prévention	38
2.3 Caractéristiques des programmes de formation qui agissent sur les effets..	30
2.3.1 Processus	31
2.3.2 Méthodes pédagogiques	33
2.3.3 Structure	35
2.3.4 Contexte	37
2.3.5 Conclusion des caractéristiques qui agissent sur la production des effets	40

2.4	Déterminants de l'implantation	40
2.4.1	Modèles théoriques	41
2.4.2	Résultats d'études analytiques	51
2.4.2.1	Caractéristiques des entreprises	51
2.4.2.2	Intérêt de l'organisation	53
2.4.2.3	Variation reliée à la conception du programme	55
2.4.2.4	Variation reliée à l'accès aux ressources	57
2.5	Conclusion	58
CHAPITRE III		
	CADRE CONCEPTUEL.....	60
3.1	Concept de variation.....	60
3.2	Concept d'intégrité en implantation d'innovation.....	62
3.3	Caractéristiques des services prescrits.....	65
3.4.1	Choix des méthodes pédagogiques.....	65
3.4.2	Profils de pratique.....	66
3.4	Caractéristiques du contexte.....	66
3.4.1	Accès aux ressources.....	66
3.4.2	Support.....	67
3.5	Variables de contrôle.....	68
3.5.1	Taille de l'établissement et compétition.....	68
3.5.2	Variation culturelle.....	69
3.6	Conclusion.....	70
CHAPITRE IV		
	MÉTHODES DE RECHERCHE.....	71
4.1	Objectif.....	71
4.2	Population à l'étude	72
4.3	Élaboration de l'instrument de mesure	73
4.4	Collecte des données	74
4.5	Description des variables.....	76
4.5.1	Variables indépendantes	76

4.5.1.1	Contexte organisationnel.....	76
4.5.2	Variables dépendantes	80
4.5.2.1	Dispensation des services prescrits	80
4.5.3	Variables de contrôle.....	83
4.6	Opérationnalisation.....	88
4.7	Fiabilité de l'instrument de mesure.....	90
4.8	Traitement des données	91
4.9	Méthodes d'analyse	91
CHAPITRE V		
	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	94
5.1	Résultats descriptifs	94
5.1.1	Caractéristiques sociodémographiques des formateurs	95
5.1.2	Caractéristiques du contexte	97
5.1.3	Caractéristiques des services prescrits	98
5.1.4	Variables de contrôle	99
5.1.5	Corrélation entre les variables	100
5.2	Modèles de régression multiple linéaire	101
5.3	Analyses de régression logistique	101
5.4	Conclusion	103
CHAPITRE VI		
	DISCUSSION ET CONCLUSION	105
6.1	Discussion	105
6.2	Conclusion	113
APPENDICE A		
	QUESTIONNAIRE	115
APPENDICE B		
	LETTRE DE TRANSMISSION	148
APPENDICE C		
	LETTRE D' INFORMATION	150

APPENDICE D	
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT OU DE REFUS	154
APPENDICE E	
INSTRUCTIONS	156
APPENDICE F	
COEFFICIENT KAPPA DE COHEN	158
APPENDICE G	
COEFFICIENT DE CORRELATIONS TEST RE-TEST	160
APPENDICE H	
MATRICE DE CORRELATION DES ANALYSES BIVARIEES	162
RÉFÉRENCES	165

LISTE DES FIGURES

Figure		Page
2.1	Modèle intégré du succès de l'implantation	42
2.2	Modèle exploratoire de l'implantation d'un système d'AFV	44
2.3	Modèle de recherche	46
2.4	Modèle d'implantation	48
2.5	Modèle intégrateur	49
3.1	Modèle simplifié des sources de variation potentielle	64
4.1	Modèle détaillé des sources de variation potentielle	89
5.1	Distribution des activités des profils de pratique des formateurs ...	99

LISTE DES TABLEAUX

Tableau		Page
4.1	Accès aux ressources (état de la rémunération)	78
4.2	Accès aux ressources (facilité de libération)	78
4.3	Support (activités de formation)	80
4.4	Dispensation des services prescrits	82
4.5	Variation culturelle	85
4.6	Taille de l'établissement	86
4.7	Compétition	87
5.1	Caractéristiques sociodémographiques des formateurs	96
5.2	Résultats des analyses de régression logistique.....	103

LISTE DES ABREVIATIONS

AFV :	Automatisation de la force de vente
AIIC :	Association des infirmières et infirmiers du Canada
ASSTSAS :	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales
CHSGS :	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD :	Centre hospitalier de soins de longue durée
CSST :	Commission de la santé et de la sécurité du travail
ISO :	Organisation internationale de normalisation
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
PDSB :	Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires
SI :	Système d'information
SPSS :	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SST :	Santé et sécurité du travail
TMS :	Trouble musculo-squelettique

RÉSUMÉ

Notre recherche évaluative porte sur l'implantation d'un programme de prévention des maux de dos dans le réseau de la santé soit le programme de principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires. Cette étude repose sur le travail de recherche entrepris par Berthelette, Leduc et al. (2006) et s'intéresse plus particulièrement au contexte des organisations.

Le programme de principes de déplacement sécuritaires des bénéficiaires est dispensé par les formateurs des centres hospitaliers, eux-mêmes préalablement formés par des maîtres formateurs de l'organisme responsable de ce programme, l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS). Dans notre étude, les formateurs oeuvrent dans deux types d'établissement, soit les centres hospitaliers généraux et spécialisés ainsi que dans les centres hospitaliers de soins de longue durée.

L'implantation de ce programme varie souvent. En effet, d'un centre hospitalier à l'autre, le contexte organisationnel change beaucoup et les différentes composantes du programme ne sont pas implantées de la même manière. Pour atteindre les objectifs initiaux du programme, plusieurs services doivent être dispensés. Cette étude porte sur la relation entre le contexte d'implantation et le niveau d'intégrité d'application du programme PDSB dans des établissements de soins de courte et longue durée au Québec.

Dans un premier temps, nous avons cerné les caractéristiques des programmes efficaces afin d'en identifier les éléments qui contribuent à la production des effets. Dans un deuxième temps, nous avons détaillé les déterminants de l'implantation, c'est-à-dire les éléments qui ont une influence sur le niveau d'intégrité d'un programme implanté.

Cette recherche évaluative repose sur une étude non expérimentale d'implantation de type I (Denis et Champagne, 1990; Champagne et Denis, 1992) et s'appuie sur un devis d'études corrélatives ex-post facto (Fortin, 1996), car nous tentons d'expliquer la variation dans l'intégrité de l'intervention. Grâce à la contribution de 106 formateurs actifs accrédités travaillant dans les établissements de santé ayant complété notre questionnaire, nous avons pu mettre à l'épreuve notre modèle théorique afin d'expliquer une partie de la variation dans la dispensation des services des formateurs.

Nos résultats démontrent que plus la proportion des heures de préparation des formations rémunérées est élevée, plus il y a de chance que les formateurs utilisent un profil de pratique intègre. Une relation similaire, mais moins prononcée,

existe entre le support du responsable de la formation de l'organisation et l'utilisation d'un profil de pratique intègre. Une relation inverse existe entre la facilité de libération des formateurs pour dispenser la formation et l'adoption d'un profil de pratique intègre, bien que très faible.

Cette étude cerne donc l'importance du contexte et de l'environnement sur l'intégrité des programmes de prévention dispensés dans les organisations. Elle donne certains outils aux acteurs du réseau de la santé qui désireraient améliorer la prévention dans leur établissement afin de maximiser la dispensation de programmes de prévention tels qu'ils ont été conçus initialement par les experts et chercheurs.

Mots-clés : contexte organisationnel, infirmières, formation, lombalgie, prévention, SST, trouble musculo-squelettique.

CHAPITRE I

INTRODUCTION ET PROBLÉMATIQUE

Plusieurs difficultés affligent le réseau de la santé : pénurie de médecins, d'infirmières (Buerhaus et al., 2007; Hassmiller et Cozine, 2006; May, Bazzoli et Gerland, 2006; Shamian et al., 2003) et de pharmaciens, sous-financement (Naylor, 1999) et vieillissement du personnel soignant (Cohen, 2006). Ces problèmes amènent les salariés à effectuer plus d'heures, ce qui a comme conséquences d'augmenter la fatigue (Moore, 2001). Les infirmières et le personnel soignant sont plus fréquemment victimes de lésions professionnelles que l'ensemble des travailleurs (Hemingway, 1999; Shamian et al., 2003; CSST, 2006).

Selon des données provenant de la CSST (2006), 19,4 % des femmes travaillent pour le réseau de la santé et des services sociaux, comparativement à 4,7 % des hommes. De plus, selon les données de l'AIC (2006), la profession d'infirmière compte 93,8 % de femmes. Il s'agit donc d'un travail à prédominance féminine. De plus, la CSST (2006) indique que les blessures chez les femmes dans le réseau de la santé comptent pour 28 % de toutes les blessures du secteur tertiaire alors que les blessures des hommes qui travaillent dans le réseau ne comptent que pour 15 % de toutes les blessures du secteur tertiaire. Aussi, la CSST indique que 40 % des blessures chez les femmes qui travaillent dans le réseau de la santé sont imputables à des troubles musculo-squelettiques, alors que ce pourcentage n'est que de 18 % pour les hommes. Si l'on étudie attentivement les données de la CSST (2006) qui traitent des blessures des travailleurs, on constate une augmentation du

nombre d'accidents chez les femmes de 2000 à 2002 (+7,8 %) alors que chez les hommes, le nombre d'accidents a diminué (-7,1 %). En fait, ce sont plus de 86 000 000 \$ qui ont été versés en indemnités de toutes sortes pour les femmes victimes d'un accident professionnel, ce qui représente près de 2 000 000 de jours d'absence pour cette seule année. Comme nous le mentionnions précédemment, la pénurie dans le réseau de la santé est criante et ces blessures ne sauraient en rien améliorer cette situation. Le travail du personnel soignant n'est donc pas sans risque. Il existe différentes approches afin de minimiser les blessures d'origine musculo-squelettique. Le programme PDSB que nous étudions est certainement le programme le plus connu et le plus utilisé à cette fin au Québec. Toutefois, il met l'accent sur la prévention des maux de dos.

Afin de prévenir ces lésions, il existe différentes formations. Les programmes de formation en prévention des maux de dos ne sont cependant pas tous identiques, mais reposent sur le même concept: l'adoption de postures dites adéquates, du point de vue de biomécanique, lors des déplacements. En milieu hospitalier, le déplacement concerne le plus fréquemment les bénéficiaires. La mise en application par les employés de techniques sécuritaires entraîne une diminution des incidents (Lynch et Freund, 2000). C'est ce qu'indique aussi une étude de Fanello et al. (2002). Néanmoins, pour atteindre cet objectif, il faut au minimum que les enseignements soient utilisés par le personnel.

Pour notre part, nous étudions un programme de prévention appelé PDSB (principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires). Selon Berthelette, Leduc et al. (2006), qui ont réalisé l'étude la plus récente sur le sujet, le PDSB repose sur 3 types d'intervention du formateur: formation des travailleurs en prévention des maux de dos lors du déplacement des bénéficiaires, agir à titre d'agent de prévention pour dépister les sources de risques pour le personnel soignant et former des agents de suivi qui aideront le formateur dans sa tâche

d'agent de prévention. Dans le réseau québécois de la santé, le PDSB est utilisé et assure la formation du personnel soignant en prévention des maux de dos. L'Association pour la santé et la sécurité du travail, secteur affaires sociales (ASSTSAS), qui en a assuré le développement, en contrôle le contenu et certifie le personnel qui reçoit les cours de formateurs. Néanmoins, l'implantation du PDSB n'a pas fait l'objet d'une étude approfondie jusqu'à présent, à l'exception de l'étude de Berthelette, Leduc et al. (2006) qui est à la base de ce mémoire de recherche.

L'objectif de la présente étude est d'identifier les déterminants contextuels de la variation de l'implantation du PDSB dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés (CHSGS) et dans les centres hospitaliers de soins de longue durée (CHSLD). Il s'agit d'une recherche évaluative, plus spécifiquement d'une étude d'implantation de type I (Denis et Champagne, 1990; Champagne et Denis, 1992), car nous tentons d'expliquer la variation dans l'intégrité de l'intervention. Nous avons adopté la définition d'intégrité de Champagne et Denis (1992) qui la définissent ainsi : « l'intégrité se rapporte à la validité de contenu de l'intervention, à l'intensité avec laquelle les activités sont réalisées et à leur adéquation par rapport aux normes existantes » (p.153). Cette définition nous permet de saisir ce qu'est une implantation intègre du PDSB (utilisation des méthodes pédagogiques prescrites, dispensation du contenu prescrit et respect de la durée des activités prescrites).

Cependant, puisque le programme de formation PDSB repose sur la transmission des connaissances par des principes de formation par les pairs, c'est-à-dire un formateur, souvent un employé, qui forme ses collègues, nous commençons donc par aborder ce sujet. Par la suite, lorsque nous aurons traité plus en détail du PDSB, nous nous pencherons sur les caractéristiques des programmes efficaces ainsi que sur les déterminants de la variation dans l'implantation d'un programme afin de cerner les concepts essentiels de notre étude.

1.1 Théorie sous-jacente du PDSB

La formation par les pairs est quelquefois un concept ambigu. Elle gagne en popularité dans les formations traitant de la santé et de la prévention (Shiner, 1999). Cependant, d'un auteur à l'autre, elle englobe différentes relations et différentes catégories de personnes qu'il s'agisse d'amis proches, de personnes occupant le même emploi, de collègues, d'élèves du même niveau, plus jeunes ou plus âgés, ou d'individus de classe socioéconomique similaire. Les termes utilisés pour la décrire sont nombreux : formation par les pairs (Stec Dankert et Dempsey, 2002), éducation par les pairs (Campbell, 2004; Carpenter, 1996; Frankham, 1998; Fuchs et al., 1994; Harrin, 1997; Orme et Starkey, 1999; Speizer, Tambashe et Pegang, 2001), tutorat (Bar-Eli et al., 1998; Sheldon, 2001), formation dirigée par des pairs (Miller et MacGilchrist, 1996; Rosenberg, 2003; Shepherd, Weare et Rurner, 1997), mentorat par les pairs (Bryant 2005; Holbeche, 1996) et support par des conseillers (Hollander, 2001).

Selon les résultats obtenus par Haccoun et al. (1993), la formation par les pairs permet de responsabiliser les collègues formateurs et encourage le suivi postformation. Cette formation se concentre sur l'apprentissage de notions théoriques et pratiques. Les aspects de la prévention et du suivi ainsi que de la sensibilisation au quotidien n'y occupent pas toujours une très grande place. Par exemple, dans le domaine des soins aux patients, les techniques de prévention sont perçues comme des nuisances aux soins à prodiguer (van Gemert-Pijnen et Verhoever, 2006) . Les programmes de prévention doivent donc au minimum être adaptés à la clientèle (infirmières, concierges et médecins) afin d'éviter cette perception d'obstruction au travail. Cependant, cette adaptation peut avoir des répercussions importantes sur un programme si elle n'en respecte pas les balises en occasionnant une grande variation. Il est donc important de mesurer à quel point un

programme a été respecté ou non avant de tenter d'en vérifier l'efficacité. Dans le cadre du PDSB, on dénote beaucoup de variation, ce que nous étudierons en détail dans la section suivante. Il nous faut cependant, avant d'aborder cette variation, décrire ce programme de prévention primaire des maux de dos qu'est le PDSB.

1.2 Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires

L'étude la plus récente et la plus exhaustive portant sur le PDSB a été réalisée par Berthelette, Leduc et al. (2006). Cette étude décrit la théorie sous-jacente du PDSB soit les caractéristiques du processus et de la structure de ce programme de même que les hypothèses d'action du PDSB, telles que conçues par l'ASSTSAS, et vise aussi à documenter le degré d'implantation de ce programme par les formateurs actifs dans les centres hospitaliers du Québec. L'intérêt majeur de cette étude provient du fait qu'elle ne tente pas de mesurer l'efficacité du programme, mais qu'elle essaie plutôt de comprendre comment le programme fonctionne. De plus, elle couvre tout le territoire québécois, ce qui lui confère une représentativité certaine du contexte provincial. Ce niveau d'observation permet de contrer les nombreux problèmes associés aux méthodes expérimentales qui reposent sur une approche qualifiée de boîte noire (Rossi, Freeman et Lipsey, 1999), c'est-à-dire des méthodes qui mesurent l'efficacité d'un programme sans en comprendre le fonctionnement et surtout, sans savoir si le programme est implanté tel que prescrit dans tous les sites auxquels il est destiné. Nous nous en remettons donc à cette étude pour analyser plus en détail le PDSB.

Le PDSB repose sur un formateur travaillant dans un établissement de santé qui a lui-même été préalablement formé par un maître formateur de l'ASSTSAS. Les critères de sélection de l'ASSTSAS comportent entre autres une connaissance de base des principes biomécaniques, une bonne condition physique, un intérêt pour

l'animation ainsi que des connaissances pratiques des tâches de déplacement des bénéficiaires. Berthelette, Leduc et al. (2006) écrivent aussi que la formation reçue pour chacun des formateurs doit être de 42 heures réparties en six jours échelonnés sur une période de 15 à 18 semaines. Une fois la formation réussie, le formateur reçoit une accréditation qu'il doit renouveler aux deux ans. Les rôles du formateur accrédité sont :

d'enseigner à ses collègues de travail les principes de sécurité dans l'exécution des tâches de transfert des bénéficiaires; d'enseigner aux collègues de travail une méthode d'analyse de leurs situations de travail afin qu'ils puissent identifier les dangers ainsi que des moyens pour les éliminer; d'agir à titre de spécialiste dans l'évaluation de la sécurité et l'identification de solutions dans des situations de transfert problématique; de participer, en collaboration avec l'agent de suivi et le chef de l'unité, à l'identification et à la mise en application des solutions de prévention (ASSTSAS, 2000 cité dans Berthelette, Leduc et al., 2006, p.4).

L'enseignement dispensé par ces formateurs est d'une durée prescrite de 16 heures réparties sur une période de 15 à 18 semaines. Berthelette, Leduc et al. (2006) expliquent que selon les concepteurs du PDSB, le processus de formation s'appuie sur les principes recommandés par Guérin, Wills et Lemire (1991). L'objectif de ces interventions est de transformer le travail afin d'éviter que les situations de travail n'altèrent la santé des travailleurs. Le personnel soignant doit de plus acquérir des compétences pour qu'il soit en mesure d'identifier les déterminants de sa situation de travail (caractéristiques personnelles et situations de travail). La formation est censée permettre d'intégrer les différents principes appris pour répondre aux exigences des situations se présentant lors du déplacement des bénéficiaires. Selon Berthelette, Leduc et al. (2006), citant l'ASSTSAS (1991), le PDSB doit porter sur les aspects suivants:

1. Principes de préparation : cueillette d'informations et décisions stratégiques. L'organisation du travail doit permettre au travailleur de connaître le bénéficiaire, son environnement et l'équipement (capacité et limites), de prendre en compte ses propres capacités et limites, de choisir et concevoir une manière sécuritaire et économique pour ses structures biologiques, d'exécuter la tâche de manutention, de préparer son matériel, son environnement et le bénéficiaire et enfin, d'obtenir l'aide requise selon la situation de travail.
2. Principes biomécaniques / physiologiques : positionnement, prises et mouvements.
3. Séquences de la manœuvre sécuritaire : préparation et choix de stratégie et de communication, positionnement et communication, prises et communication, mouvement synchronisé et communication, arrêt synchronisé.

Cependant, Berthelette, Leduc et al. (2006) écrivent que « les documents pédagogiques n'exposaient pas en détail la nature des principes que le personnel soignant était censé combiner pour effectuer le déplacement des bénéficiaires de façon sécuritaire » (p. 5). L'interprétation par les formateurs pourrait ajouter à la variation dans l'implantation du PDSB.

Les cahiers utilisés par les formateurs sont divisés en 11 blocs, soit: introduction, approche globale, physiologie et biomécanique, préparation, positionnement, prises, mouvements individuels, mouvements en équipe, situations difficiles, équipements de levage et premier suivi de formation sur l'unité de travail. Les chercheurs mentionnent aussi que le formateur PDSB peut adapter le contenu du cours qu'il enseigne. Il doit aussi devenir un agent de prévention dans son établissement en identifiant, à l'aide du personnel formé, des facteurs de risques de lésions et mettre en place des mesures de prévention. Cependant, Berthelette, Leduc et al. (2006) n'ont pas été en mesure d'identifier de documents permettant de décrire les services que le formateur doit dispenser à titre d'agent de prévention. Il

va sans dire que cette absence de guide peut être elle aussi une source de variation dans l'implantation du programme.

Il n'en demeure pas moins que le PDSB est un programme complexe qui permet de former des individus afin qu'eux-mêmes en forment d'autres. Il repose sur un ensemble d'éléments prescrits, mais qui peuvent aussi être adaptés par le formateur. Bien que cette souplesse soit louable, elle complique davantage l'étude détaillée de ce programme. Il est en effet difficile de mesurer les effets d'un programme qui varie d'un endroit à un autre. En effet, 10 profils de pratiques, résultats des activités de formation du PDSB, ont été identifiés par Berthelette, Leduc et al. (2006). Ces profils vont du plus complet, qui inclut les pratiques et les mesures recommandées par l'ASSTSAS, jusqu'au profil le plus discutabile, c'est-à-dire celui qui ne correspond en rien aux méthodes recommandées pour le PDSB. Seulement 5% des formateurs dispenseraient les services correspondant au profil complet et 13,4% des répondants n'avaient pas dispensé les activités du PDSB au cours des 12 mois précédant l'étude menée par Berthelette, Leduc et al. (2006). Les répondants expliquent que le manque de ressources provenant de leur établissement tout comme l'intérêt à ne faire que des suivis au besoin sont les principales causes expliquant l'absence de formation PDSB. Dans la section suivante, nous abordons les caractéristiques des programmes efficaces avant de traiter, dans la dernière section de ce chapitre, des déterminants de la variation dans l'implantation d'un programme.

1.3 Caractéristiques des programmes efficaces

Il existe une multitude d'études traitant de l'efficacité des programmes de formation. Cependant, nous devons nous limiter aux caractéristiques des programmes qui sont généralement associées à l'efficacité pour être en mesure de cerner les mécanismes intermédiaires de concrétisation des dits effets. Ces caractéristiques qui produisent des effets peuvent donc nous servir de variables dépendantes, dans la mesure où leur existence est capitale pour l'efficacité d'un programme et que nous sommes en mesure d'observer qu'elles ne sont pas des constantes.

Notre bilan des connaissances nous a permis d'identifier plusieurs de ces caractéristiques que voici. Tout d'abord, les programmes efficaces comportent généralement suffisamment de notions pour permettre aux employés de comprendre les risques associés à leur travail (Cooper et Cotton, 2000; Delarose, 1993; Sinclair, 2003). La précision de ces informations serait vitale (Agha et Van Rossem, 2004). De plus, l'efficacité d'un programme de prévention passerait par une approche globale des risques (Cheung, 1997) qui inclut le personnel cadre de l'organisation (LeBorgne et Geoffrion, 1991) mais qui est initiée par les employés (Harvey et al., 2001). La nécessité d'utiliser des méthodes interactives et expérientielles est manifeste dans plusieurs études (Agha et Van Rossem, 2004; Delarose, 1993; Fanello et al., 2002; Venning, 1988). Tout ceci permet aux employés de s'approprier les connaissances et de maîtriser efficacement les techniques (Sinclair et al., 2003). La rétroaction axée sur les comportements améliore les pratiques reliées à la sécurité (Williams et Geller, 2000) alors que des séances de révision doivent exister après la formation pour maximiser le transfert des apprentissages (Weisman et Lamberti, 2002). D'autres facteurs que le contenu influencent aussi l'efficacité des programmes.

Un formateur préalablement formé facilite l'acquisition de savoir chez les participants (Fuchs et al., 1994; Sinclair et al., 2003) alors que son niveau de scolarité doit favoriser la proximité avec les individus à former (Deville et al., 2005). Ces mêmes chercheurs recommandent d'ailleurs que des individus motivés et possédant un désir réel soient impliqués dans la formation et que le temps de préparation des séances soit adapté en fonction de la durée de celles-ci, de leur intensité et du sujet à traiter. Le contexte lors de l'intervention n'est pas non plus à négliger.

Par exemple, la pression provenant des pairs joue un fort rôle inhibiteur sur l'adoption de nouvelles pratiques sécuritaires (Agha et Van Rossem, 2004; Cheung, 1997). Les programmes doivent donc incorporer des mécanismes pour sensibiliser les employés à cette réalité. Steiner, Dobbins et Trahan (1991) vont plus loin et selon eux, une formation efficace doit tenir compte du contexte de l'organisation en s'adaptant aux types d'activités exercées par le personnel, aux contraintes budgétaires, à la quantité de personnel disponible et au style de gestion existant dans l'organisation. Cheung (1997) partage leur avis lorsqu'elle indique que les programmes de prévention doivent être adaptés au type d'établissement de santé auquel il s'adresse, c'est-à-dire tenir compte du nombre de déplacements à réaliser par employé, de l'espace disponible pour accomplir les déplacements ainsi que du matériel mis à la disposition du personnel pour les aider dans leurs déplacements.

Venning (1988) et Cheung (1997) ont observé que les stratégies de prévention ne sont pas toujours mises en pratique par le personnel soignant. Le manque de main-d'œuvre est ressorti comme principale cause. Les employés débordés accélèrent la cadence en faisant fi des techniques de prévention afin de passer rapidement à un autre bénéficiaire. Cheung (1997) a observé qu'il arrivait que le personnel soignant ne soit pas en mesure d'exécuter un mouvement correctement par manque d'espace et mentionne aussi qu'il est important que les ressources

appropriées soient disponibles en quantité suffisante afin de favoriser l'utilisation des principes de prévention, car un manque d'équipement encourage le personnel à utiliser des méthodes maison ou à improviser lors d'un déplacement plus complexe.

L'efficacité d'un programme est un sujet complexe. Plus un programme de prévention tient compte des éléments que nous venons de mentionner, plus il a de chance de produire les effets pour lesquels il a été créé. Cependant, même un programme qui tient compte de l'ensemble de ces recommandations peut subir des modifications lors de son implantation dans différents lieux de travail. Il est donc impératif de faire l'examen des déterminants de la variation dans la prochaine section pour en apprécier l'ampleur.

1.4 Déterminants de la variation de l'implantation

Il faut savoir que les études qui traitent de la variation de l'implantation des programmes de prévention des maux de dos ne traitent pas tout à fait de la même chose. Pour certaines, l'étude de la variation de l'implantation concerne les raisons ou les motifs qui ont poussé les organismes à implanter ou non les programmes. Pour d'autres, il s'agit d'analyser les sources de variation qui influent sur l'implantation d'un programme. Pour les besoins de notre étude, nous concentrons nos efforts sur la deuxième catégorie, car celle-ci nous permet, à notre avis, de mieux répondre au problème que soulève l'implantation d'un programme de prévention des maux de dos en milieu hospitalier, c'est-à-dire d'identifier les sources de variation de l'implantation d'un tel programme pour maximiser le respect de ce qui est prescrit par le programme pour assurer la production des effets attendus.

Les sources de variation que nous avons identifiées dans notre bilan des connaissances sont nombreuses. Selon Linton (2002), qui a réalisé un bilan des connaissances (181 publications), le succès de l'implantation d'une innovation est le fruit de quatre catégories de facteurs suivants : 1) la divisibilité du projet en étapes, 2) son niveau de complexité, 3) les interactions sociales et 4) le réseautage et la gestion du projet. L'interaction de ces facteurs influence la variation de l'implantation et le succès de cette dernière. L'innovation ne concerne pas uniquement l'ajout de technologies, mais aussi l'introduction de programmes de tout acabit. Selon Lee et Kim (2007), l'implantation se mesure en fonction du volume de transactions réalisées à l'aide du système, de la quantité de services offerts par le système et du type d'informations disponibles pour la consultation. Moins ces éléments sont élaborés ou nombreux, moins l'implantation a été réussie et plus il y a eu de variation. Selon Lai (2002), l'implantation varie en fonction de 4 sphères. L'implication du personnel a un impact positif sur l'implantation tout comme la compatibilité entre le système et les manières de faire de l'organisation, les avantages comparatifs d'un tel système par rapport à ce qui se fait déjà ainsi que le niveau de complexité du nouveau système. À l'exception de la complexité, ces variables sont positivement associées au succès de l'implantation du réseau. La culture de l'organisation qui comprend l'ouverture de l'organisation, la centralisation des prises de décision et la formalisation du travail est elle aussi positivement associée au succès de l'implantation du réseau. La dernière dimension inclut les champions, c'est-à-dire les promoteurs et utilisateurs de la technologie, ainsi que le support de la direction. Ces deux variables sont positivement reliées au succès de l'implantation de l'innovation. Bruque et Moyano (2007) ont étudié l'implantation d'un système de technologie d'information. Ils ont observé que le succès ou l'échec de l'implantation d'un programme sont tributaires de l'influence qu'a le système sur les structures de pouvoir de l'organisation. Plus un employé ou un cadre perd de pouvoir, moins il est enclin à veiller à ce que l'implantation soit un succès. Le taux de roulement, la rotation des postes, l'âge des employés et la formation dispensée sont eux-mêmes des déterminants, bien que l'âge n'ait qu'un impact dans les cas

extrêmes (très jeune et très âgé) car elle influence l'adhésion et la participation à l'implantation du projet. En effet, les jeunes employés, les nouveaux employés et les employés qui travaillent selon une rotation des postes sont plus enclins à participer à l'implantation d'un projet que ceux qui sont âgés, qui possèdent beaucoup d'ancienneté et qui travaillent toujours sur le même poste.

Les modèles de ces auteurs ont le mérite d'étudier différents facteurs de variation associés au succès ou à l'échec de l'implantation d'un programme, même si aucun ne fait l'unanimité. D'ailleurs, plusieurs études concernant des éléments précis de la variation de l'implantation ne font pas partie de leurs modèles et sont très pertinents pour notre étude. Attardons-nous maintenant sur ces facteurs qui concernent les caractéristiques des entreprises et de leur environnement.

Le contexte joue un rôle prépondérant dans la variation de l'implantation (Snyder et al., 2006). Il concerne le temps alloué pour l'implantation, la formation consentie aux usagers, l'introduction d'autres innovations en même temps, la culture de l'établissement, l'accès limité aux ressources et les politiques internes qui entravent le processus d'implantation de l'innovation. La taille de l'établissement ne joue pas de rôle sur l'implantation du programme de formation, ni le secteur d'activités ou encore la force de la compétition à laquelle est soumise l'entreprise ou même les certifications de qualité régies par un organisme externe (Ridoutt et al., 2002). De plus, les cols blancs se rendent généralement au bout d'un programme de formation alors que les cols bleus sont plus nombreux à abandonner en cours de route, ce qui pourrait expliquer une partie de la variation dans l'implantation d'un programme (Ridoutt et al., 2002).

Une organisation motivée accorde davantage d'énergie aux étapes d'implantation d'un programme afin de s'assurer de faire ce qu'il faut correctement (Meiland et al., 2004). La motivation se rapporte à l'intérêt porté par l'organisation

pour l'innovation dans les départements, dans l'établissement et entre les établissements. Les professionnels indiquent que le support des collègues et leur coopération sont nettement utiles lors de l'implantation d'une innovation tout comme le support donné par la direction (Berg et al., 2000). Ce support passe par des discussions concernant l'implantation et sur ce qui doit être fait par chacun. De plus, lorsque du support est donné, le niveau de préoccupation des employés par rapport à leur capacité à mener à bien le projet baisserait d'au moins 10%. Paré et Trudel (2006) ont d'ailleurs observé qu'une innovation dont la perception de l'utilité et de la nécessité est partagée par les autorités responsables semble avoir plus de chance d'être implantée correctement, car elle est davantage prise au sérieux par l'ensemble de l'organisation. Aussi, Meiland et al. (2004) ont remarqué qu'en maintenant visible un programme (communiqués, affiches, etc.), il est plus facile de s'assurer qu'il soit implanté correctement partout où il se doit de l'être.

Afin de favoriser l'implantation d'une innovation, il est souhaitable d'éviter une rigidité absolue dans le processus (Berg et al., 2000; Bitan-Friedlander, Dreyfus et Milgrom, 2004). Selon Berg et al. (2000), la prise en compte des particularités individuelles répond aux préoccupations des professionnels et permet de les sensibiliser davantage à l'importance de l'implantation d'une innovation. De plus, l'utilisation d'un canevas pour la rétroaction (feuille de route, rencontres, ateliers) facilite l'implantation d'une innovation, car il guide les interventions des cadres et permet de déterminer les correctifs à y apporter.

Finalement, si les ressources prescrites pour dispenser le programme sont disponibles, cela évite de devoir adapter et d'improviser (Meiland et al., 2004). D'ailleurs, selon Paré et Trudel (2007), une innovation qui a été conçue en tenant compte des barrières financières, humaines, techniques et organisationnelles est plus encline à être implantée en entier.

Les sources de variation sont nombreuses lors de l'implantation d'un programme. Le contexte organisationnel joue un rôle prépondérant dans les différentes études scientifiques, bien qu'il soit encore souvent occulté. Les sources de variations abordées dans cette partie sont plus approfondies dans le prochain chapitre.

1.5 Conclusion

Le système de santé québécois est aux prises avec plusieurs défis qui ont une influence directe sur le personnel qui y travaille. Il se pourrait que la pénurie de main-d'œuvre et le vieillissement du personnel se traduisent par une augmentation des troubles musculo-squelettiques sur les employés. Le programme PDSB favorise la prévention de l'un des types de lésions, soit les maux de dos. Il repose sur la formation par les pairs, un concept abondamment étudié. Néanmoins, comme nous l'avons observé dans ce chapitre, plusieurs sources de variation peuvent influencer l'implantation d'un programme de prévention. Il est donc difficile d'établir avec précision la contribution d'un programme à la production des effets souhaités sans connaître les différents facteurs externes au programme qui le font varier d'un lieu d'implantation à un autre. En délimitant les éléments qui contribuent à la production des effets et en cernant précisément les sources de variation de l'implantation qui les affectent, nous répondons à cette question.

Ce mémoire est divisé en six chapitres. Le premier que nous achevons concernait la problématique et un survol des enjeux de notre étude, le deuxième chapitre porte sur l'historique des programmes de prévention en santé et sécurité du travail, sur la typologie des programmes de formation en prévention des maux de dos, sur les caractéristiques des programmes de formation qui agissent sur les effets ainsi que sur les déterminants de la variation de l'implantation. Le troisième chapitre

divulgue le cadre conceptuel où sont définis les concepts d'intégrité en implantation d'innovations, le concept de variation ainsi que les caractéristiques des services prescrits et les caractéristiques du contexte. Le cadre méthodologique, qui constitue le quatrième chapitre, contient notre modèle théorique et nos variables et s'intéresse à la population à l'étude, aux instruments de mesure et à la collecte, puis à l'analyse des données. Le chapitre cinq est consacré aux résultats obtenus et le chapitre six est dédié à la discussion. Dans la conclusion, nous formulons des recommandations pour favoriser l'implantation des programmes de prévention.

CHAPITRE II

BILAN DES CONNAISSANCES

Dans ce chapitre, nous dressons un portrait exhaustif des connaissances reliées à notre étude. Plusieurs de ces connaissances ont été présentées dans le précédent chapitre, mais dans celui-ci, nous les analyserons en détail. Nous traçons en premier lieu un historique de la prévention des maux de dos dans les centres hospitaliers et nous progressons en établissant une typologie des interventions de prévention dans ce domaine. Par la suite, nous étudions les caractéristiques des programmes qui agissent sur les effets. Nous les avons séparés en catégories distinctes, c'est-à-dire celles reliées au processus, plus spécifiquement au contenu et aux méthodes pédagogiques, à la structure et au contexte, afin d'en faciliter la compréhension. Les déterminants de l'implantation terminent ce chapitre et incluent l'étude des modèles théoriques ainsi que l'analyse de quatre grandes familles d'études empiriques qui portent sur les caractéristiques des entreprises, l'intérêt des organisations, la conception du programme et l'accès aux ressources. Débutons par un survol historique de la prévention des lésions professionnelles.

2.1 Historique

La prévention des lésions professionnelles semble de prime abord un concept relativement récent qui aurait succédé à celui de la réparation des lésions, longuement en vogue avant la Deuxième Guerre mondiale (Teiger, 2002). Pourtant, l'idée de la prévention précède le concept de réparation. En effet, elle est l'aboutissement de la pensée hygiéniste du XIXe siècle (Léonard, 1981; Teiger, 2002; Vigarello, 1999). Selon cette pensée, il est possible d'éviter qu'une situation infectieuse ne dégénère en agissant à la source (Vigarello, 1999). L'hygiène industrielle, qui naît à la même époque opte pour la sélection du personnel adéquat tout en s'assurant du maintien de sa bonne forme physique, ce qui respecte les fondements de l'hygiénisme. De plus, nous notons que l'ergonomie, mot usuel en ce début de XXIe siècle en France, est le terme qui a succédé à l'hygiène industrielle (Teiger, 2002). Malgré cela, le concept de prévention demeurera peu utilisé de ce côté de l'Atlantique pendant cette première moitié de XXe siècle. L'indemnisation des travailleurs et la réparation de leurs blessures sont davantage populaires, car elles exigent un effort moindre des industriels (Teiger, 2002).

Le réseau hospitalier québécois n'est pas exempt des influences contemporaines, mais ce sont davantage la législation et la syndicalisation du personnel qui l'obligent à mettre au point des programmes de prévention passant par la formation des travailleurs dans la deuxième moitié du XXe siècle (Teiger, 2002). Ceci s'explique en grande partie par la nature du personnel et la culture des hôpitaux au début du XXe siècle (Charles, Guérard et Rousseau, 2003). L'Église était le principal prestataire de soins et il faudra attendre la laïcisation du réseau pour que le bien-être des travailleurs qui y oeuvrent ne devienne plus important (Charles, Guérard et Rousseau, 2003). Les décennies soixante et soixante-dix verront poindre différents programmes de prévention. Cependant, les programmes de prévention des maux de dos sont généralement conçus sur place de manière artisanale et il faut

attendre la création d'un organisme de concertation (ASSTSAS) en 1979 (Boucher, 2005) pour que de grandes lignes soient tracées et qu'un programme commun, reposant sur la recherche scientifique, ne soit mis en place au début des années 80 (Boucher, 2005; Robitaille, 2006). La croissance des coûts, l'augmentation du nombre de jours d'absence et la forte incapacité qui découle des lésions au dos remettent donc au goût du jour la prévention (ASSTSAS, 1998; Hébert, Duguay et Massicotte, 2003; Berthelette, Leduc et al., 2006; Robitaille, 2006). Askenazy (2005) parlera d'ailleurs de « montée déclarée des troubles musculo-squelettiques » alors qu'Aptel (2005) mentionne que les « TMS-MS (membres supérieurs) sont l'expression sanitaire de l'intensification du travail ». Pourtant, des programmes de formation visant la réduction de ces troubles chez les travailleurs de la santé existent, possédant chacun quelques traits distinctifs pouvant servir à les catégoriser en trois grandes familles (Denis et al., 2005).

Présentement, l'implantation de programmes de prévention des maux de dos vise la réduction des lésions chez les travailleurs, ce qui est crucial dans un contexte de pénurie de personnel infirmier (Hassmiller et Cozine, 2006; May, Bazzoli et Gerland, 2006; Seago et al., 2006; Spetz et Adam, 2006) et de vieillissement de la population (Cotis, 2003; Guest, 2006; Strunk, Ginsburg et Banker, 2006; White, 2007). Néanmoins, l'étude de l'implantation de ces programmes est relativement nouvelle. Comme Denis et al. (2005) le constatent, la majorité des études portant sur de tels programmes se limitent à en évaluer l'efficacité sans se soucier de mesurer l'intégrité du programme originel, la variation dans l'implantation se bornant le plus souvent à quelques variables organisationnelles, techniques et individuelles. Il semble donc pertinent d'analyser les sources de variation dans l'implantation afin de déceler de quelle manière des éléments influencent le déroulement de l'intervention et dans quelle mesure elles affectent la cohérence du programme, lorsque celui-ci est utilisé à grande échelle (Denis et al., 2005). Les programmes de prévention ne

logent cependant pas tous à la même enseigne et il importe avant tout d'en faire l'étude.

2.2 Types de programmes

Les programmes de prévention sont variés et s'apparentent à plusieurs écoles de pensées distinctes. La prévention des maux de dos, souvent intégrée sous le vocable de prévention des troubles musculo-squelettiques, n'y fait pas exception. Un bilan critique récent portant sur les pratiques d'intervention en prévention des troubles musculo-squelettiques réalisé par Denis et al. (2005) permet d'y voir plus clair grâce à l'analyse de 61 études complètes publiées sur ce sujet. Ce bilan traite de la prévention des troubles musculo-squelettiques pour la période s'étalant de 1980 à 2005. Les auteurs ont été en mesure de cerner trois catégories de programme. Ces trois catégories sont déterminées par la prépondérance que prend l'une des trois étapes (analyse, diagnostic et solutions) par rapport aux autres étapes. Donc, en fonction de la prépondérance que prend soit l'analyse préliminaire de la situation dans le processus correctif des TMS, soit l'importance qui est accordée au diagnostic de la situation ayant engendré les problèmes à régler ou encore l'ampleur que la recherche de solutions peut prendre pour un problème d'ordre musculo-squelettique, il est possible de distinguer trois catégories d'intervention en prévention des TMS. Nous les présentons dans les pages qui suivent.

2.2.1 Interventions complètes

La première catégorie concerne les « interventions complètes ». Elles comportent une analyse préliminaire des besoins réalisée de manière approfondie. Par la suite, il faut que les déterminants qui ont un impact sur les facteurs de risque soient répertoriés afin d'identifier des solutions adéquates. Selon Denis et al. (2005), la prépondérance du diagnostic dans ce type d'intervention rappelle l'approche ergonomique.

L'approche ergonomique est généralement une approche systémique qui tient compte de l'interaction entre l'environnement, l'équipement et le travailleur. (Best, 1997; Bourgeois, 2005; Smith, 2004). Dans les programmes de prévention des maux de dos, elle s'accompagne habituellement de l'intégration d'équipement spécialisé pour le transfert des patients (Nussbaum et Torres, 2001) afin de réduire le stress physique chez les individus. Les solutions qui résultent de l'approche ergonomique correspondent à l'adaptation ou la création de solutions adaptées aux besoins observés et non en une application pure et simple de normes sans tenir compte de l'environnement.

Certains programmes maison (Delarose, 1993) s'apparentent à ce type d'intervention en fonction de leur complexité et de l'importance qu'ils accordent au diagnostic. Cependant, il arrive que des programmes maison soient conçus en utilisant des éléments de programmes déjà existants en limitant l'analyse préliminaire. Il s'agit dans ce cas d'interventions écourtées.

2.2.2 Interventions écourtées

Les interventions « écourtées » reposent sur une analyse sommaire des besoins (recherche des causes) et dont les solutions passent par des moyens et des outils déjà existants (normes) issus de recherches qui s'apparentent le plus possible à la situation initiale ayant nécessité l'intervention. C'est ce qui permet d'écourter la démarche.

L'approche réflexive (fondée sur la réflexion), une approche en prévention des TMS, conscientise les soignants sur les méthodes à adopter tout en utilisant des moyens et des outils déjà existants. En effet, en éveillant les participants sur ce qui se fait dans leur milieu et en leur demandant de mettre au point des recommandations afin d'éviter les mouvements dangereux, on fait prendre conscience aux travailleurs de la santé de la complexité des mouvements et des dangers qui leur sont inhérents, afin que les travailleurs puissent être autocritiques à l'égard de leurs méthodes de travail habituelles. Ceci permet aux individus formés d'être impliqués plus personnellement dans leur propre formation (Cornish et John, 2006). Peu d'études traitent cependant de cette méthode qui reste peu évaluée. Les techniques prescrites sont enseignées au début de la formation.

Les programmes maison, conçus sur place, sont plus souvent présents dans les publications à la fois scientifiques et normatives. Ils sont constitués d'éléments issus d'autres programmes et assemblés pour former un programme de formation adapté à l'organisation. Il n'y a pas de normes nationales et l'amalgame varie souvent d'un chercheur à l'autre, d'un formateur à l'autre (Gray et al., 1996).

En général, ils sont conçus par un consultant externe spécialisé en formation. Il conçoit, selon les besoins observés et les demandes, un programme qui est censé

résoudre les problèmes de TMS rencontrés par l'organisation. Les hôpitaux qui optent pour cette méthode en profitent généralement pour se procurer du matériel permettant de faciliter les déplacements des bénéficiaires. Pour réduire les coûts associés à ce type de programme, la formation par les pairs (le consultant forme des employés qui devront former leurs collègues) est souvent utilisée. Le recours à des méthodes axées sur la pratique est privilégié afin de maximiser le transfert des apprentissages (Lynch et Freund, 2000). Ces méthodes sont difficiles à évaluer et à étudier en raison de la diversité de leurs caractéristiques et de leur pertinence scientifique qui n'est pas toujours évidente.

2.2.3 Interventions « clé en main »

La troisième catégorie d'interventions porte sur celles de type « clé en main ». L'analyse détaillée préliminaire n'y est pas une étape importante. Il importe davantage de corriger la situation problématique à l'aide d'un outil, d'un guide ou d'une formation déjà éprouvée (qui peut cependant être le fruit d'une intervention complète préalable). Le choix de la transformation se fait en fonction du secteur d'activités et du type de problèmes rencontrés. L'évaluation de l'efficacité de cette transformation prend donc une place importante afin d'en déterminer la réussite ou l'échec.

Les programmes nationaux (Delarose, 1993) sont l'exemple type de ce genre d'intervention. En effet, l'implantation d'un programme à l'échelle nationale correspond parfaitement à l'instauration d'une formation uniforme. Certains programmes permettent une adaptation limitée, d'autres ne le permettent cependant pas.

Le programme national de type « clé en main » qui nous intéresse particulièrement est le PDSB, implanté à la grandeur de la province depuis plus de 20 ans déjà, soit en 1985 (Berthelette, 2005). Ce programme est censé favoriser le transfert des apprentissages en cascade (du formateur à l'instructeur au travailleur et à l'agent de suivi). À l'origine, ce programme incluait une partie théorique sur les risques et les notions importantes de la biomécanique ainsi qu'un volet pratique devant faciliter l'intégration de techniques de déplacement sécuritaire des patients hospitalisés. Le programme se donnait dans une salle de cours généralement située dans l'établissement d'attache des employés. Les principes de déplacement reposaient sur le concept « dos droit et genoux fléchis » qui doit normalement diminuer les tensions indues sur les articulations et éviter les mouvements non standards à la base des lésions et des accidents. Les principes étaient de conserver un dos droit, de fléchir les genoux, d'écarter les pieds, de les orienter dans le sens du mouvement, de maintenir la posture tout au long de l'effort et d'utiliser uniquement les membres inférieurs lors du déplacement. Les jambes seraient en mesure d'assumer une plus grande charge de travail que les bras sans risque de lésion. Une certaine marge de manœuvre était permise chez les formateurs. Ce programme comportait de plus un volet traitant des attitudes et des communications qu'il devait y avoir entre le personnel soignant et le bénéficiaire afin de diminuer les risques de mouvements brusques et de favoriser la participation de ce même bénéficiaire. La formation renfermait aussi un volet visant à éveiller les travailleurs aux bienfaits d'une vie active et sportive (Gagnon, Lortie et St-Vincent, 1989).

Dans sa mouture actuelle, le PDSB encourage l'utilisation de techniques sécuritaires tout en tenant compte des spécificités inhérentes aux différents environnements avec lesquels les employés doivent composer. Les principes de base peuvent donc être adaptés même si la philosophie demeure celle de la prévention des maux de dos par l'utilisation de techniques prescrites conformes aux mouvements naturels. Il se rapproche en grande partie de la méthode de Stockholm.

La méthode de Stockholm (*Stockholm training concept*) est un programme reposant sur les mouvements naturels ainsi que sur les principes de base ergonomiques. Les individus qui reçoivent cette formation apprennent comment déplacer les patients en utilisant des mouvements naturels. Les besoins du patient font partie intégrante de cette approche. Pour y parvenir, il faut tenir compte, lors de chacun des déplacements, de l'expérience et de la capacité physique de l'infirmière, de l'état de santé du patient ainsi que de l'environnement physique (Lagerström et al., 1998). L'approche Bobath, le penchant britannique de la méthode de Stockholm, repose elle aussi sur l'utilisation de mouvements naturels lors du déplacement et du transfert de patients. Le patient est cependant lui aussi encouragé à se déplacer naturellement, ce qui maximiserait son autonomie (Gray et al., 1996)

D'autres programmes de formation se basant sur l'acquisition de nouvelles connaissances et techniques de manutention existent. Leur philosophie est souvent très explicite et se veut distinctive. La méthode de Dotte, du nom de son concepteur et plus grand diffuseur fait partie de ces variantes, comme le font aussi les méthodes de Stockholm et de Bobath. La méthode de Dotte vise tout simplement la réduction des soulèvements par la substitution de mouvements plus simples que ceux déjà utilisés. Ceci amène en retour une diminution de la charge sur le dos et une réduction de l'effort. Cette méthode comporte une grande quantité d'informations traitant des aspects biomécaniques des tâches exigeantes physiquement. Le but de cette intervention est de modifier le comportement du participant pour qu'il adopte les mouvements de substitution. Les mouvements de substitution demandent moins d'énergie et sont plus sécuritaires pour le bénéficiaire. L'adoption de la position « genoux fléchis » et l'utilisation de principes de transfert du poids font aussi partie de ces mouvements. Les résultats des recherches évaluatives de son efficacité sont cependant souvent contradictoires (Best, 1997).

Un autre programme national, américain celui-là et s'apparentant à l'ancien PDSB, est le « *Workplace practices guide for manual lifting* ». Il s'agit d'un outil largement utilisé aux États-Unis pour enseigner les bonnes techniques de manutention. Néanmoins, datant de 1981, il accuse plusieurs lacunes surtout dans le milieu hospitalier : pas de mouvements avec rotation, toujours deux mains disponibles, limitations physiques de l'environnement peu abordées et 12 déplacements par heure au maximum. Ces éléments, fortement normatifs, peuvent rarement être remplis dans le contexte de travail normal du personnel soignant à cause du manque de temps et d'espace (Cheung, 1997).

Il existe d'autres méthodes reposant sur l'acquisition de techniques à l'aide de formations qui ne correspondent pas aux modèles précédents. L'approche prioritaire, l'une de celles-ci, cible la prévention des troubles musculo-squelettiques en ne traitant que de quelques mouvements réputés plus dangereux. Cette formation permet de former en profondeur les travailleurs sur 2 ou 3 mouvements (Nussbaum et Torres, 2001). Elle peut s'avérer judicieuse si des mouvements problématiques sont identifiés et qu'ils peuvent facilement être modifiés. Elle perd cependant de son efficacité lorsqu'il est impossible de cerner précisément les mouvements à risque.

D'autres programmes de formation clé en main peuvent être utilisés afin de réduire la prévalence des maux de dos, sans nécessairement passer par une formation sur la posture. L'approche participative, qui est l'une de ces méthodes, maximise la contribution des bénéficiaires en procédant, avant les premiers déplacements, à l'évaluation physique du bénéficiaire et en indiquant clairement à proximité du patient ou dans sa fiche de soins, son niveau d'autonomie physique et sa capacité de déplacement. L'objectif est de diminuer le nombre de déplacements devant être réalisés par le personnel soignant et d'en diminuer l'intensité (Thompson, 1996). Il ne s'agit pas d'une formation sur les manières de déplacer, mais sur l'utilisation d'outils venant faciliter le mouvement et maximisant l'autonomie

du patient. Cette technique peut avantageusement être ajoutée aux différents programmes de formation déjà mentionnés. À ce titre, elle fait d'ailleurs aussi partie du PDSB.

D'autres programmes de prévention se limitent à la promotion de la santé physique. Cela voudrait dire qu'une bonne santé physique, des exercices réguliers et la pratique de sports favorisent la capacité de réaliser un travail physique soutenu (Best, 1997; Teiger, 2002) Ce type de programme complète souvent les formations nationales et les approches intégrées.

Les approches intégrées sont des programmes qui incorporent des séances portant sur les techniques appropriées à utiliser lors des déplacements des bénéficiaires ainsi que des séances d'exercices physiques et de gestion du stress, un peu comme le PDSB. Ces 2 derniers volets doivent cependant être réalisés par le travailleur à son domicile. Dans l'étude de Lagerström (1998) que nous avons abordée précédemment, la formation Stockholm correspondait à l'acquisition de techniques appropriées, alors que dans celle de Fanello et al. (2002), il s'agissait de la méthode de Dotte. Les deux volets (séances d'exercice et gestion du stress) s'ajoutaient pour le personnel qui travaillait dans des unités à fort effort physique, ce qui correspond au concept d'approche intégrée.

Plusieurs types de programmes existent donc pour limiter les lésions musculo-squelettiques en milieu hospitalier. Les interventions complètes, découlant de l'approche ergonomique, permettent d'analyser le lien entre le travailleur et son environnement, mais demandent une quantité de temps plus considérable que les interventions écourtées ou clé en main. L'avantage de la deuxième est d'être adaptée sur mesure au contexte de l'organisation et des travailleurs, mais repose souvent sur des fondements moins rigoureux que l'approche ergonomique, étant adaptée souvent localement par une personne moins avertie. L'approche clé en

main, lorsque fondée sur la synthèse de plusieurs études solides, devient un outil cohérent du point de vue méthodologique, même si l'obsession de la mesure de son efficacité vient parfois occulter d'autres dimensions susceptibles d'intervenir dans la prévention. En effet, il appert selon Denis et al. (2005) que la place prépondérante apportée à la recherche de solutions se traduit trop souvent par une intervention dont les résultats doivent être impérativement mesurés de manière quantitative au détriment des autres étapes que sont l'analyse initiale de la situation engendrant les TMS ainsi que le diagnostic.

Bien que les programmes nationaux reposent sur plusieurs éléments communs, soit l'acquisition de connaissances, la mise en pratique de techniques sécuritaires et le suivi de l'utilisation, leur intégration à des programmes de formation continue pour le personnel soignant est pratiquement inexistante à notre connaissance. L'insertion de programmes de prévention des TMS dans les volets de formation continue est souhaitable, car cela maximise l'exposition du personnel à risque au concept de prévention.

2.2.4 Limites des programmes de prévention

L'efficacité des programmes n'est cependant pas toujours certaine. Bien que les programmes aient chacun leurs particularités, certaines études laissent présager que les effets potentiels sont souvent contrastés, voire même limités. Il est donc approprié d'observer ce qu'en disent d'autres chercheurs.

Les apprentissages de techniques et de notions biomécaniques ne sont pas associés à une réduction des maux de dos, et ce, dans la presque totalité des études publiées, peu importe la méthode enseignée (Cornish et Jones, 2006; Fanello et al., 2002; Gagnon, Lortie et St-Vincent, 1989; Hignett, 1996; Lägerström

et al., 1998; Lynch et Freund, 2000). Ceci s'expliquerait par la non-utilisation des principes enseignés (Cornish et Jones, 2006; Fanello et al., 2002; Gagnon, Lortie et St-Vincent, 1989). Une étude indique que l'impossibilité physique de les appliquer (LeBorgne et Geoffrion, 1991) en serait aussi l'une des causes. La réduction des TMS passe plutôt par la réduction du nombre de déplacements (Hignett, 1996; Thompson, 1996) afin d'éviter en premier lieu l'effort relié au déplacement.

Les programmes de formation en prévention, de manière générale, tiennent rarement compte d'une barrière limitant largement l'implantation et l'adoption de pratiques sécuritaires : l'opposition du personnel expérimenté. Selon Cornish et John (2006), le statu quo est désiré par les infirmières âgées. Ces dernières exerceraient une pression indue sur les nouvelles recrues pour que celles-ci délaissent les méthodes « faibles » et qu'elles utilisent les « bonnes vieilles méthodes ». Nous ne pouvons étudier cette source de variation, mais elle pourrait être un sujet d'analyse future fort intéressant.

Ces facteurs permettent de s'imaginer que les programmes nationaux implantés ne le sont pas de la même manière partout. La variation qui en résulte peut certainement affecter le niveau de pénétration que ces formations ont dans différentes institutions et donc, leur efficacité potentielle. Il nous faut donc cerner les services qui permettent à un programme d'être efficace afin d'être en mesure d'identifier les sources de variation qui influencent ces déterminants de l'efficacité. C'est ce que nous effectuons dans la prochaine section.

2.3 Caractéristiques des programmes de formation qui agissent sur les effets

Dans cette section, nous identifions les caractéristiques des activités de formation qui agissent sur la création des effets. Ce faisant, nous essayons de reconnaître les caractéristiques du processus des programmes implantés et qui pourront de ce fait servir de variables dépendantes dans le cadre de notre étude.

Dans notre étude, nous désirons savoir ce qui occasionne la variation du processus lors de l'implantation du programme PDSB, car ceci n'a pas fait l'objet d'une étude exhaustive jusqu'à présent. Il est possible que certaines études portant sur l'analyse des effets aient conclu à l'absence d'efficacité du programme, en raison d'une erreur de type III, c'est-à-dire qu'elles ont déterminé que le programme ne produisait pas les effets attendus alors qu'il n'était pas correctement implanté. Nous devons donc cerner les effets attendus des programmes avant d'identifier ce qui occasionne la variation dans la production de ces effets.

Plusieurs dizaines d'études traitent de l'efficacité de programmes en lien avec les TMS, de la prévention des lésions dans les entreprises et de la formation par les pairs. Cependant, en nous limitant aux études empiriques qui mesurent l'efficacité, nous en avons répertorié sept qui concernaient la prévention des troubles musculo-squelettiques chez le personnel soignant (Cheung, 1997; Delarose, 1993; Fanello et al., 2002; LeBorgne et Geoffrion, 1991; Thompson, 1996; Triolo, 1988; Venning, 1988), six la formation concernant la prévention des blessures en milieu de travail (Cooper et Cotton, 2000; Sinclair et al., 2003; Steiner, Dobbins et Trahan, 1991; Harvey et al., 2001; Weisman et Lamberti, 2002; Williams et Geller, 2000) ainsi que quatre traitant de la formation par les pairs (Agha et Van Rossem, 2004; Devilly et al., 2005; Fuchs et al., 1994; Orme et Starkey, 1998).

Nous présentons les résultats en fonction des composantes des programmes selon Contandriopoulos et al. (2000), soit le processus, la structure et le contexte. Le processus est en fait le « comment » d'une intervention. Le terme « services » peut aussi être utilisé pour désigner ce concept. Dans le cas de notre analyse, ces services sont la dispensation de la formation PDSB par les formateurs, la formation d'agents de suivi et les activités de prévention. Les ressources, aussi appelées structure, incluent tout ce qui permet à l'intervention de prendre forme. Dans notre étude, il s'agit des caractéristiques des formateurs et des établissements. Finalement, le contexte représente l'environnement et donc, les conditions dans lesquelles les relations entre les services et les ressources (ou encore entre la structure et les processus) se déroulent. En analysant le degré de mise en œuvre du PDSB, nous identifions les sources de variations potentielles au niveau des ressources, du contexte et leurs effets sur les services dispensés.

2.3.1 Processus :

Connaissance des risques

Débutons tout d'abord par le contenu des formations. Lors d'une intervention, le contenu représente généralement le cœur de l'intervention. Dans une étude portant sur la prévention des troubles musculo-squelettiques, Delarose (1993) a observé que chez 100 employés, dont 50 étudiants en soins infirmiers et 50 infirmiers ou infirmières, les connaissances biomécaniques ne sont souvent pas suffisantes pour que les individus formés comprennent comment leurs activités peuvent avoir une incidence sur les maux de dos. Elle recommande qu'un volet portant sur ces notions soit ajouté à la formation afin d'améliorer l'efficacité du programme. Il serait laborieux de s'attendre à ce qu'un programme soit efficace si les fondements sur lesquels repose ce programme ne sont pas compris par les

principaux intéressés. C'est sur quoi se sont aussi penchés Cooper et Cotton (2000). En effet, les auteurs ont découvert que les individus sont davantage en mesure de prévenir et d'éviter des accidents au travail si leur perception du danger correspond au danger réel. Sinclair et al. (2003) ajoutent que les employés qui sont le moins à risques dans leur travail possèdent généralement de meilleures connaissances sur les risques. La connaissance des notions appropriées occupe donc une place centrale dans un programme jugé efficace.

Cibles limitées

Dans leur étude portant sur la prévention des maladies sexuellement transmissibles dans trois écoles secondaires de la Zambie, Agha et Van Rossem (2004) ont été en mesure de déterminer que lorsqu'une formation cible particulièrement quelques comportements à modifier (deux dans leur étude), son efficacité est supérieure à court et à long termes (d'environ 50%) à une intervention qui cible trois comportements ou plus. Néanmoins, étant donné que les auteurs comparent un groupe d'individus qui a reçu la formation à un groupe qui n'a reçu aucune formation, sans inclure une formation similaire, mais visant un large éventail de comportements à modifier, nous devons émettre certaines réserves sur ces résultats.

Précision de l'information

Pour ces auteurs, cibler quelques comportements à modifier doit aussi s'accompagner d'informations précises pour atteindre les objectifs souhaités. Ceci représente un corollaire du nombre de comportements limités à modifier.

Il appert donc que le contenu d'une formation peut être relié à son efficacité lorsque cette formation cible quelques comportements spécifiques, que les formateurs ont un objectif clair à atteindre et que les sujets possèdent les connaissances requises pour apprécier la pertinence de la formation qu'ils reçoivent.

2.3.2 Méthodes pédagogiques :

Approche globale des risques

LeBorgne et Geoffrion (1991) ont étudié en profondeur les déplacements de bénéficiaires en abordant le contenu d'une formation dispensée, l'équipement utilisé et l'ergonomie de l'espace de travail du personnel. Ils en viennent à la conclusion que la formation pour le personnel doit inclure plusieurs dimensions, mais surtout, que l'approche de prévention doit aussi rejoindre les cadres et la direction des centres hospitaliers. Néanmoins, Harvey et al. (2001) apportent une limite certaine à cette implication : les programmes initiés par la direction ont moins de chance d'améliorer les attitudes, surtout si des volets portant sur la communication et la responsabilité personnelle y sont enseignés. Il ne faut donc pas qu'un programme soit parachuté de la direction.

De plus, la prévention des lésions professionnelles doit être un élément important du travail quotidien des infirmières et des préposés. Une approche globale et intégrée peut ainsi se traduire par une plus grande efficacité que l'utilisation d'équipement seul. Cheung (1997), qui a elle aussi étudié la prévention des troubles musculo-squelettiques, indique que la prévention doit se faire dans un contexte d'approche globale. En effet, selon cette auteure, chacune des dimensions prises séparément ne permet pas de diminuer la prévalence des maux de dos. Néanmoins, la synergie résultant d'une approche globale des risques a de meilleures chances de

favoriser la réduction des maux de dos chez le personnel soignant. Malheureusement, ni l'une ni l'autre de ces études ne nous permet de connaître les gains qui pourraient être obtenus avec une telle approche, mais comme le disait Venning (1988) : « a complex problem is not solved with an intervention of limited focus » (p.115).

Approche interactive et expérientielle

L'approche interactive et expérientielle ressort dans plusieurs études (Agha et Van Rossem, 2004; Delarose, 1993; Fanello et al., 2002; Venning, 1988). Il s'agit d'une manière très efficace de transférer les apprentissages chez les apprenants et de s'assurer qu'ils sont en mesure de les utiliser. Cela leur permet de s'approprier les connaissances et de maîtriser efficacement les techniques (Sinclair et al., 2003). Dans quelle mesure cette approche est-elle supérieure à l'approche théorique? Aucun de ces auteurs n'a tenté de répondre à cette question. Dans le cadre de la prévention des troubles musculo-squelettiques lors du déplacement de bénéficiaires, un programme ne peut donc pas être efficace s'il n'inclut pas un tel volet.

Renforcement des apprentissages

Dans son étude portant sur la prévention des troubles musculo-squelettiques, Delarose (1993) a observé que le renforcement des apprentissages n'est pratiquement jamais effectué par les cadres et les formateurs. Néanmoins, ce volet est généralement prescrit, mais demeure fréquemment inemployé par les formateurs lors de l'implantation. Pourtant, Williams et Geller (2000) indiquent que de la rétroaction axée sur les comportements améliore les pratiques reliées à la sécurité alors que Weisman et Lamberti (2002) ont identifié que pour être efficaces, des

séances de révision et de pratiques doivent exister après la formation initiale à intervalle régulier.

Outils pédagogiques

Venning (1988), dans son étude portant sur la prévention des troubles musculo-squelettiques a remarqué que l'utilisation de diapositives portant sur le contenu à enseigner (éléments principaux, résumés) facilite les apprentissages et en recommande l'utilisation.

Les méthodes pédagogiques peuvent jouer un rôle direct sur l'efficacité d'un programme, car elles sont en quelque sorte le pont qui permet de faire le transfert entre les connaissances du formateur et le contenu de la formation, et l'individu à former. Néanmoins, une approche interactive et expérientielle semble faire l'unanimité chez les chercheurs. En effet, cette méthode serait la plus susceptible d'assurer l'efficacité d'un programme.

2.3.3 Structure :

Formateur :

Formation par les pairs

Selon Fuchs et al. (1994), un individu formé par les pairs utilise une approche interactive, un processus plus complet pour répondre aux questions et fait l'objet de formations mieux structurées qu'un individu qui n'a pas reçu cette formation. En effet, selon cette étude, les individus formés laissent tomber l'approche magistrale

pour favoriser la réflexion chez l'apprenant, ne lui donnent pas les réponses immédiatement, mais tentent de les lui faire trouver par lui-même et organisent mieux leur séance. Pour Fuchs et al. (1994), les personnes qui doivent dispenser une formation reposant sur la formation par les pairs doivent être préalablement formées en la matière pour augmenter leur efficacité. Sinclair et al. (2003) ajoutent qu'un formateur préalablement formé facilite l'acquisition de savoir chez les participants.

Scolarité et ancienneté

Deville et al. (2005) ont observé que le niveau de scolarité du formateur doit favoriser la proximité avec les individus à former. Il varie donc selon les unités et les établissements. L'ancienneté peut être associée à l'expérience et à la crédibilité perçue, toutes les deux favorisant l'efficacité d'un programme de formation.

Expérience pertinente

Fuchs et al. (1994) poursuivent en indiquant qu'un individu qui possède une plus grande expérience dans une tâche sera plus efficace pour transférer son savoir qu'un individu moins expérimenté. Une plus grande expérience en formation par les pairs aide certainement, mais une plus grande expérience reliée au sujet de la formation demeure essentielle.

Volonté de s'impliquer

Afin d'assurer l'efficacité d'un programme de formation reposant sur la formation par les pairs, Devilly et al. (2005) recommandent que des individus motivés et possédant un désir réel soient impliqués dans la formation. Bien qu'ils

encouragent la prudence lors du choix d'individus motivés, les auteurs ne mentionnent pas comment mesurer la motivation ni l'intérêt réel d'un individu pour une problématique donnée. Néanmoins, selon le contexte, il appert possible de créer des indicateurs de l'intérêt du formateur pour un sujet d'étude précis.

Heures allouées pour la préparation

Deville et al. (2005) recommandent aussi d'adapter le temps de préparation des séances en fonction de la durée de celles-ci et de leur intensité et évidemment, du sujet à traiter. Un temps de préparation est nécessaire, même si aucune estimation du temps optimal ne nous est donnée.

2.3.4 Contexte :

Pression des pairs

La pression provenant des pairs, pour leur faire adopter des comportements que l'ensemble des employés utilise, joue un fort rôle inhibiteur sur l'adoption de nouvelles pratiques sécuritaires (Cheung, 1997; Agha et Van Rossem, 2004). En effet, le personnel en place aura une attitude positive par rapport à un employé qui se conforme aux normes du groupe (pratiques déjà en place) ou une attitude négative visant à l'exclure du groupe pour l'adoption d'autres normes (pratiques innovantes). Il est donc essentiel qu'un programme concernant l'implantation d'une innovation incorpore des mécanismes pour mettre au jour cette réalité (discussion, rencontres) afin de sensibiliser les employés à ces pressions et si possible, les outiller afin de faire face à cette réalité.

Adaptation à la culture organisationnelle

Un programme n'est pas un absolu déconnecté du réel. Il se doit d'être intégré à son environnement. C'est ce que recommande Triolo (1988) qui a étudié la prévention des lésions professionnelles chez les infirmières. Steiner, Dobbins et Trahan (1991) abondent dans le même sens et selon eux, une formation efficace doit tenir compte du contexte de l'organisation en s'adaptant aux types d'activités exercées par le personnel, aux contraintes budgétaires, à la quantité de personnel disponible et au style de gestion existant dans l'organisation. Cheung (1997) semble être du même avis lorsqu'elle indique que les programmes de prévention devraient être adaptés aux types d'établissement de santé auxquels ils s'adressent, c'est-à-dire de tenir compte du nombre de déplacements à réaliser par employé, de l'espace disponible pour réaliser les déplacements ainsi que du matériel mis à la disposition du personnel pour les aider dans leurs déplacements.

Pénurie de main-d'œuvre

Venning (1988) et Cheung (1997) ont observé que les stratégies de prévention ne sont pas toujours mises en pratique par le personnel soignant. En étudiant la question plus attentivement, le manque de main-d'œuvre est ressorti souvent comme la principale cause. Les employés, lorsqu'ils sont débordés, tentent d'accélérer la cadence en faisant fi des techniques de prévention afin de passer le plus rapidement à un autre bénéficiaire. Pour les mouvements nécessitant deux travailleurs, dans un contexte de pénurie, ils sont exécutés par une seule personne.

Espace physique limité

Cheung (1997) a observé qu'il arrivait que le personnel soignant ne soit pas en mesure d'exécuter un mouvement selon les normes prescrites à cause du manque d'espace. Certains édifices anciens, ou d'autres plus modernes, mais dont les fonctions ont été modifiées sans prendre en compte l'exécution du travail, peuvent nuire au travail du personnel soignant. C'est ce que notaient aussi Gagnon Lortie et St-Vincent (1989).

Disponibilité de l'équipement

Cheung (1997) mentionne qu'il est important que les ressources appropriées soient disponibles en quantité suffisante afin de favoriser l'utilisation des principes de prévention. Un manque d'équipement encourage le personnel à utiliser des méthodes maison et à improviser lors de déplacements plus complexes. Selon Thompson (1996), l'utilisation d'équipement moderne minimisant les déplacements manuels de patients permet de réduire le pourcentage des indemnités pour des blessures survenues lors de déplacements de patients de 62 % des primes versées dans un centre de soins à 5,9 %.

Temps suffisant pour utiliser l'équipement

Cheung (1997) indique que le temps disponible ne permet souvent pas au personnel soignant d'utiliser l'équipement qui est pourtant nécessaire. Il s'agit ici d'une conséquence directe, dans plusieurs cas, du manque de personnel.

2.3.5 Conclusion des caractéristiques qui agissent sur la production des effets

Une multitude de facteurs permettent d'expliquer l'existence ou l'absence d'effets d'un programme de formation. Ces facteurs se rapportent quelquefois au contexte (Agha et Van Rossem, 2004; Cheung, 1997; Steiner, Dobbins et Trahan, 1991; Thompson, 1996; Triolo, 1988) et d'autres fois à la structure (Deville et al., 2005; Fuchs et al., 1994; Sinclair et al., 2003;), mais généralement au contenu de la formation (Agha et Van Rossem, 2004; Cooper et Cotton, 2000; Delarose, 1993; Sinclair et al., 2003) et aux méthodes pédagogiques utilisées (Agha et Van Rossem, 2004; Cheung, 1997; Delarose, 1993; Fanello et al., 2002; Harvey et al., 2001; Lamberti, 2002; LeBorgne et Geoffrion, 1991; Sinclair et al., 2003; Venning, 1988; Weisman et Williams et Geller, 2000). C'est pour cette raison que nous utilisons les facteurs reliés aux méthodes pédagogiques ainsi qu'aux profils de pratiques des formateurs comme variables dépendantes. En effet, si l'efficacité d'un programme passe par ces facteurs, il est impératif que ceux-ci soient présents dans tout programme de formation. Par conséquent, en étudiant ce qui vient modifier le respect des méthodes pédagogiques prescrites et des profils de pratique par les formateurs, nous serons en mesure d'identifier des sources précises de variation. Ces sources de variation correspondent à nos variables indépendantes. Nous nous penchons maintenant sur les modèles théoriques qui expliquent ces sources de variation.

2.4 Les déterminants de l'implantation

Nous tentons de dégager les facteurs issus de modèles théoriques et d'études empiriques qui permettent d'expliquer la variation de l'implantation, c'est-à-dire qui influencent la manière de dispenser le programme d'un établissement à un autre. Ces facteurs nous permettent de définir les variables indépendantes de notre

étude. Dans ce dessein, nous limitons notre recherche aux variables provenant d'études scientifiques ou d'avis d'experts et qui concernent des programmes dans le réseau de la santé, de l'introduction d'innovations dans un centre hospitalier ou encore de programmes de formation du personnel. Ceux-ci possèdent, à notre avis, suffisamment de points communs avec notre sujet d'étude pour s'avérer pertinents. Voici donc les modèles présentés par différents chercheurs et s'apparentant à notre sujet de recherche.

2.4.1 Modèles théoriques

Le premier modèle concerne l'implantation d'une innovation dans une entreprise. Pour créer ce modèle (figure 4.2), Linton (2002) a réalisé un bilan des connaissances (181 publications) pour tenter de relier ce qu'il qualifie de connaissances éparses. Selon cet auteur, le succès de l'implantation d'une innovation est le fruit des quatre catégories de facteurs suivants : 1) la divisibilité du projet en étapes, 2) son niveau de complexité, 3) des interactions sociales et 4) du réseautage et de la gestion du projet. La divisibilité concerne la possibilité pour l'innovation d'être graduellement insérée étape par étape. Dans ce contexte, il est possible de s'assurer qu'une étape est bien ancrée avant de procéder à la prochaine. Le découpage d'un programme en plusieurs étapes successives permet de contrôler plus facilement l'intervention. La complexité concerne le niveau de difficulté de l'innovation pour les employés et peut varier d'une organisation à une autre, d'une catégorie de personnel à une autre. Un projet trop complexe sera délaissé tout comme un projet trop simpliste. Les interactions sociales ne se limitent pas uniquement aux relations entre les employés, mais incluent aussi le support de la direction, l'existence de champions qui font la promotion de l'innovation, les communications et la formation, et l'interaction avec le responsable de l'implantation. Finalement, la gestion du projet concerne la planification, la division du travail, le

financement et les mécanismes permettant de s'assurer de l'implantation de l'innovation selon un plan.

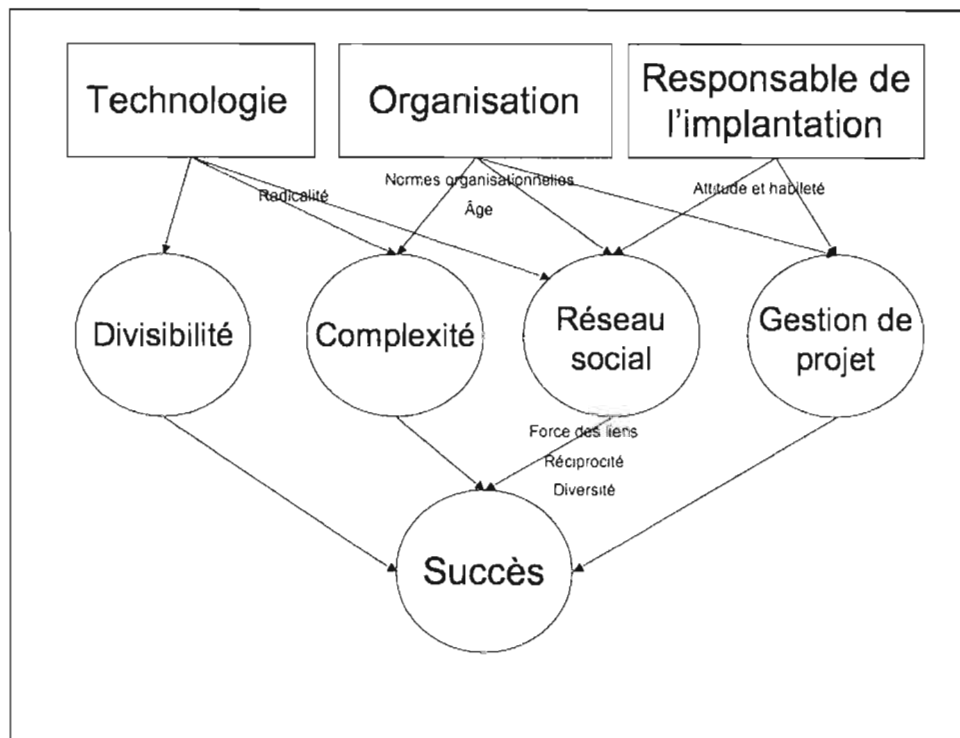


Figure 2.1 Modèle intégré du succès de l'implantation. (Tirée de Linton, 2002.)

Ces quatre catégories de facteurs sont dépendantes du type de technologie que représente l'innovation (formation, équipement, modifications de processus), des caractéristiques de la structure organisationnelle (prise de décision, taille, culture) ainsi que du responsable de l'implantation de l'innovation (gestion de projet). La technologie définit les limites de l'introduction par étape, car certaines technologies peuvent difficilement être implantées étape par étape (un appareil de fabrication doit souvent être livré au complet pour être fonctionnel alors qu'une suite de logiciels peut être enseignée par module). De plus, la complexité dépend du type d'innovation choisie et de la technologie en jeu (il peut être plus complexe de former

des employés sur la gestion d'un réacteur nucléaire de dernière génération que d'instaurer un horodateur à l'entrée d'un édifice). La formation du personnel doit donc être adaptée aux différents besoins. Le niveau de complexité perçue, les interactions sociales et la gestion du projet sont dépendants de la culture organisationnelle (opposition au changement ou culture du changement par exemple). Aussi, les caractéristiques du responsable de l'implantation (niveau de compétences et attitude) de l'innovation influencent les interactions sociales, mais aussi le style de gestion de projet privilégié et le déroulement dans son ensemble de la planification de l'implantation de l'innovation. Le prochain modèle traite aussi de l'implantation d'une innovation, mais cette fois-ci, il s'agit d'introduire une nouvelle technologie en entreprise et de former le personnel à cette nouvelle technologie.

Pour créer ce modèle, Pullig, Maxham et Hair (2002) ont interviewé 23 employés travaillant dans les ventes (vendeurs, gérant et responsable marketing). L'innovation étudiée est l'instauration d'un système d'automatisation des ventes. Le modèle se divise en deux branches.

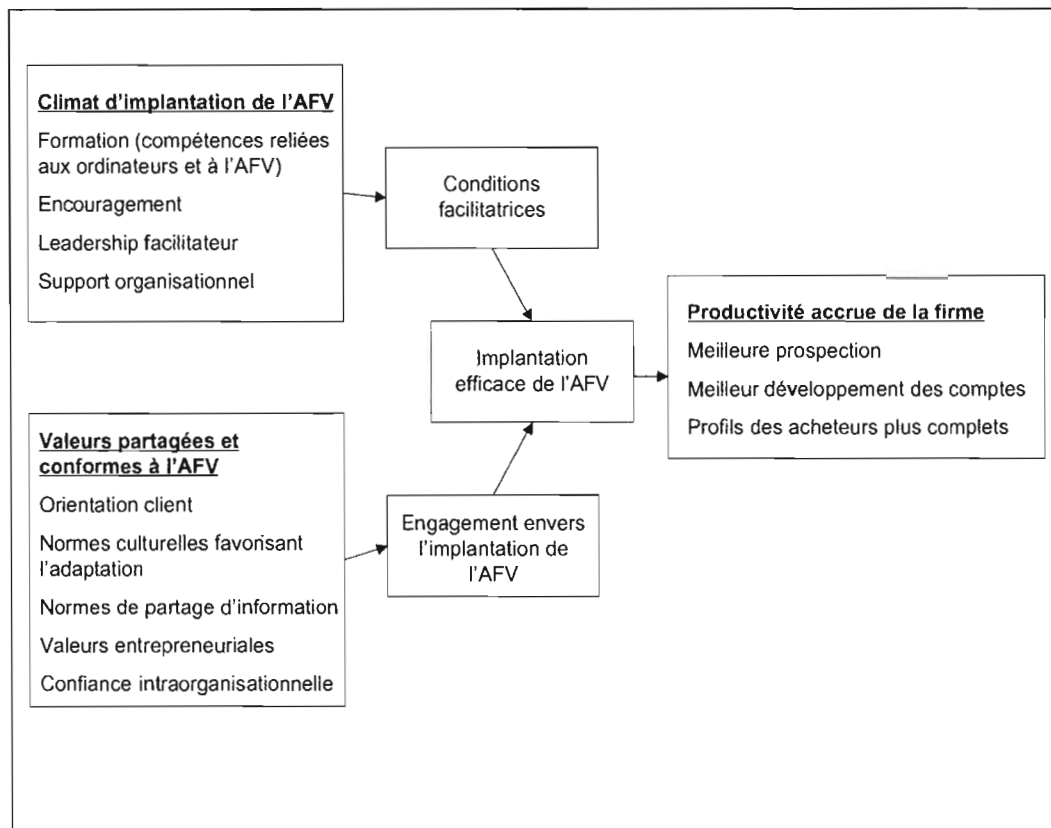


Figure 2.2 Modèle exploratoire de l'implantation d'un système d'AFV. (Tirée de Pullig, Maxham et Hair, 2001.)

La première concerne le climat lors de l'implantation et incorpore les quatre variables suivantes: l'existence de séances de formation portant sur l'utilisation de l'innovation, les incitatifs pour utiliser l'innovation, le style de leadership du responsable du projet et le support organisationnel. Les valeurs partagées font partie de la deuxième branche et incluent l'orientation client, les normes culturelles qui favorisent le changement, le partage d'information, l'esprit d'entrepreneuriat et la confiance dans l'organisation. La première branche constitue les conditions facilitatrices alors que la deuxième branche définit l'engagement envers l'innovation.

L'implantation de l'innovation varie donc en fonction de ces deux branches tributaires des variables en amont. Dans la première branche, la formation sur l'innovation est le plus grand déterminant du succès ou de l'échec de l'implantation de l'innovation. Les auteurs indiquent que si le personnel n'est pas en mesure de comprendre la nature de l'innovation, l'implantation ne pourra jamais bien se faire. Dans la deuxième branche, les auteurs sont d'avis que l'orientation client est la plus déterminante, car elle est à la base de tous les autres facteurs de cette branche. Le prochain modèle concerne aussi l'introduction d'une technologie dans une entreprise et comporte plusieurs similitudes avec les autres modèles présentés. Cependant, ce modèle repose sur l'observation des chercheurs qui ont eu accès à une vaste base de données.

Selon Lee et Kim (2007), l'implantation d'un système d'information se mesure en fonction du volume de transactions réalisées à l'aide du système, de la quantité de services offerts par le système et du type d'informations disponibles pour la consultation. Moins ces éléments sont élaborés ou nombreux, moins l'implantation est réussie. Trois catégories de variables expliquent cette variation. Pour créer ce modèle, les auteurs ont eu accès à une base de données publique concernant le processus d'implantation lors de l'introduction d'un système d'information de 120 entreprises sud-coréennes ayant implanté un tel système. Voici donc leur modèle, testé empiriquement.

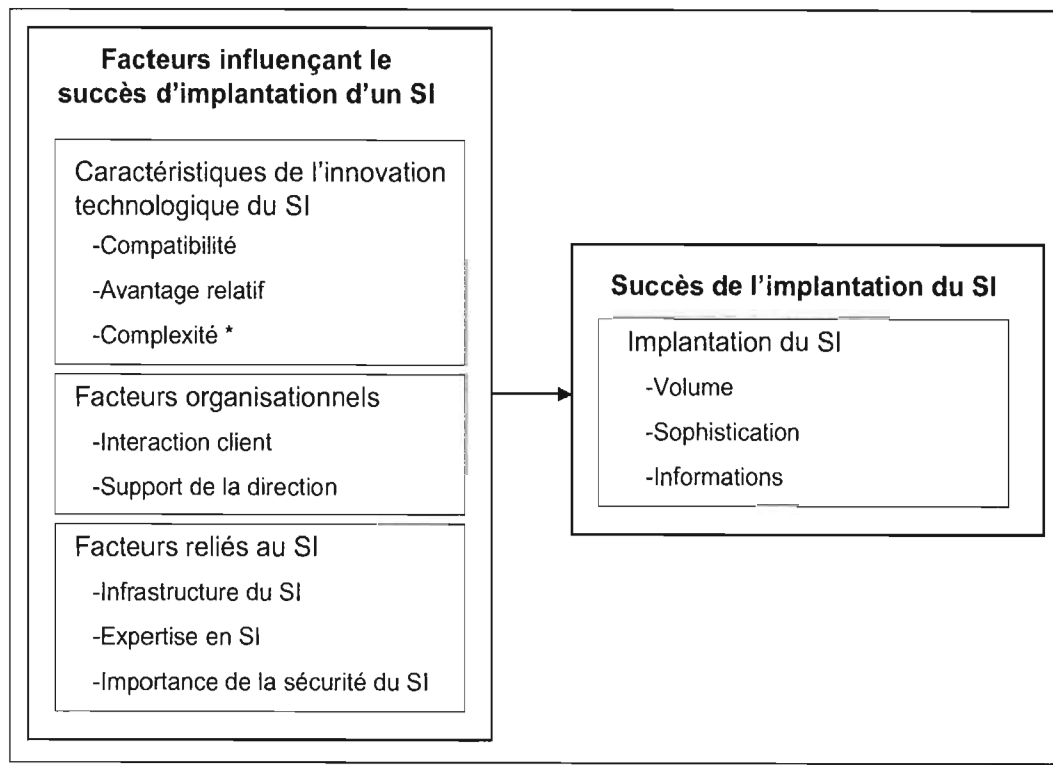


Figure 2.3 Modèle de recherche (* dimension reliée négativement au succès de l'implantation). (Tirée de Lee et Kim, 2007.)

La première catégorie de variables concerne les caractéristiques propres à la technologie implantée. La compatibilité représente le niveau de cohérence entre l'innovation que l'on désire planter et les valeurs de l'organisation, et les manières de faire. L'avantage comparatif constitue la perception du personnel que l'innovation est supérieure et meilleure que ce qui se fait déjà au sein de l'organisation. La complexité est en fait le niveau de difficulté, pour les employés, de l'apprentissage et de l'utilisation de l'innovation. À l'exception de la complexité, ces variables sont positivement reliées au succès de l'implantation.

La deuxième catégorie comprend les variables relatives à l'organisation. L'interaction avec les clients concerne l'intérêt porté par l'organisation à ses clients

et pour répondre à leurs besoins, alors que le support de la direction inclut toutes les formes de support données pendant l'implantation de l'innovation. Ces deux variables sont positivement reliées au succès de l'implantation de l'innovation.

Finalement, la troisième catégorie de variables inclut les variables portant sur le système d'information déjà présent dans l'organisation. L'existence préalable d'un ancien système, une expertise interne ainsi qu'un intérêt pour la sécurité des systèmes d'information sont positivement reliés au succès de l'implantation d'une innovation. Cependant, pour Lai (1997), il y a quatre facteurs et non trois pour expliquer la variation.

En effet, selon Lai (1997), qui a sondé 247 compagnies américaines pour tester son modèle, l'implantation d'un réseau numérique de services intégrés varie en fonction de quatre sphères. L'implication du personnel de vente devant utiliser ce service a un impact positif sur l'implantation du réseau numérique. Une autre sphère contient la compatibilité entre le système et les manières de faire de l'organisation, les avantages comparatifs d'un tel système par rapport à ce qui se fait déjà ainsi que le niveau de complexité du nouveau système. À l'exception de la complexité, ces variables sont positivement associées au succès de l'implantation du réseau. On notera au passage que cette sphère est identique à celle de Lee et Kim (2007), qui la nomment caractéristiques propres de la technologie et dont l'inspiration semble évidente. La troisième sphère du modèle de Lai s'apparente à la culture de l'organisation et contient l'ouverture de l'organisation, qui se traduit par le nombre de contacts établis avec l'extérieur, la centralisation des prises de décision et la formalisation du travail. Ces trois variables sont positivement reliées au succès de l'implantation. La dernière sphère inclut les champions, c'est-à-dire les promoteurs et utilisateurs de la technologie, ainsi que le support de la direction. Ces deux variables sont aussi positivement reliées au succès de l'implantation de l'innovation.

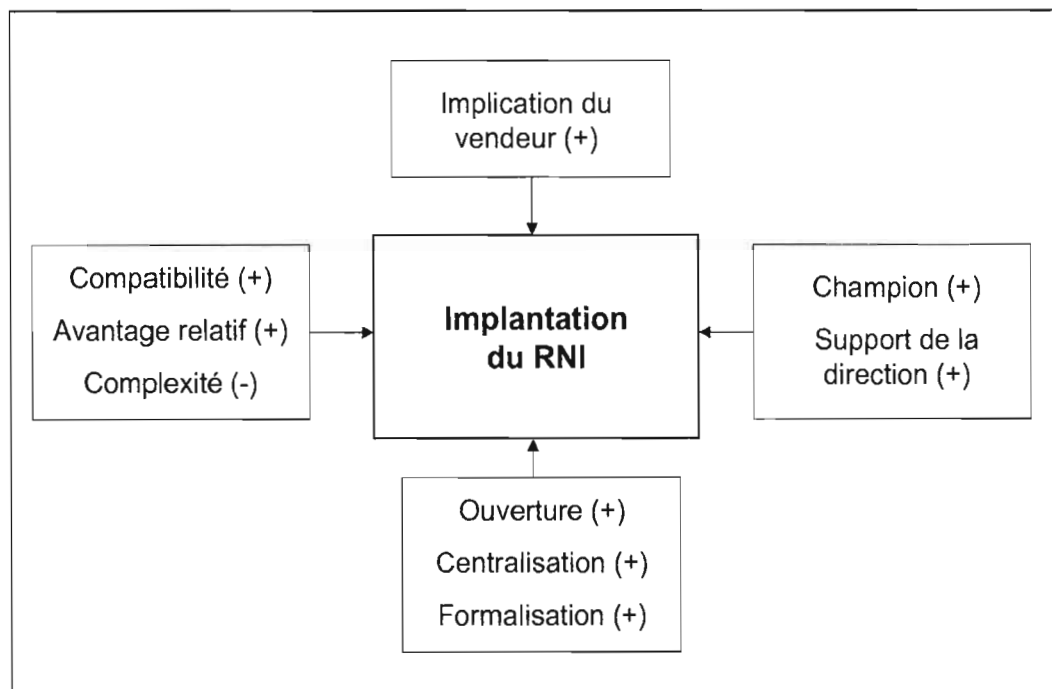


Figure 2.4 Modèle d'implantation. (Tirée de Lai, 1997.)

Bruque et Moyano (2007) ont étudié l'implantation d'un système de technologie d'information dans les petites et grandes entreprises. Pour y parvenir, ils ont choisi d'utiliser un processus qualitatif en sélectionnant 15 entreprises, dans une base de données publique andalouse, qui leur semblaient les plus appropriées pour leur étude. Ici, c'est la deuxième partie de leur modèle, qui concerne les déterminants du succès de l'implantation, qui nous intéresse. Tout d'abord, le succès ou l'échec est tributaire de l'influence qu'a le système sur les structures de pouvoir de l'organisation. Plus un employé ou un cadre perd de pouvoir, moins il est enclin à veiller à ce que l'implantation soit un succès et que l'innovation s'intègre à l'organisation. Le processus de socialisation du personnel vient influencer cette perception de perte ou de gain de pouvoir potentiel. Le taux de roulement, la rotation des postes, l'âge des employés et la formation dispensée sont eux-mêmes les déterminants des processus de socialisation, bien que l'âge n'ait qu'un impact dans

les cas extrêmes (très jeune et très âgé). Le taux de roulement permet de diminuer la résistance par le recrutement de nouveaux employés dociles et la rotation des postes permet de retourner les employés qui ne coopèrent pas à leur ancienne occupation. La formation permet d'informer et de renseigner les employés sur l'importance de l'innovation, et donc de favoriser leur soutien à l'implantation de l'innovation.

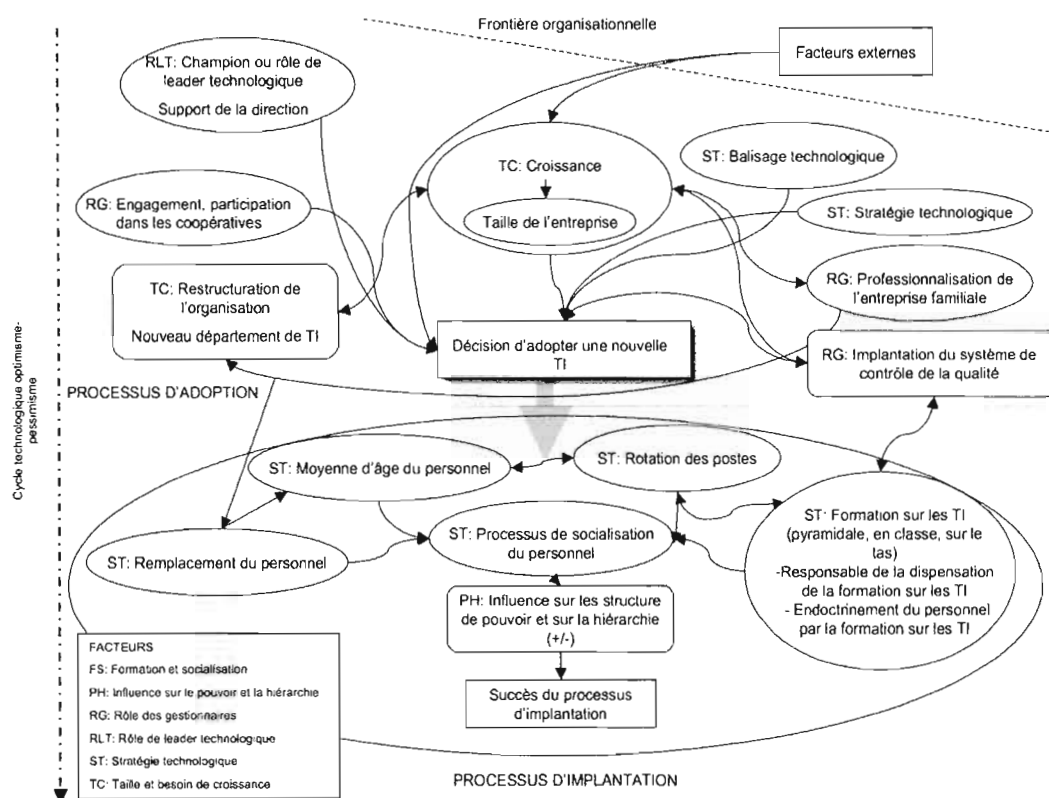


Figure 2.5 Modèle intégrateur. (Tirée de Bruque et Moyano, 2007.)

Bien que la première partie du modèle soit à proprement parler plus éloignée de nos préoccupations que ne l'est la deuxième, car elle s'intéresse aux facteurs initiaux qui concernent l'introduction ou non d'une innovation et non aux déterminants de la variation dans l'implantation d'une innovation, certains éléments

n'en demeurent pas moins pertinents pour notre étude étant donné les liens qui les unissent aux déterminants de la deuxième partie de ce modèle. Par exemple, les auteurs indiquent que la décision de départ d'aller de l'avant avec une innovation se prend en fonction de l'engagement de l'organisation, de l'existence de rôles modèles, de la taille de l'organisation, de la stratégie technologique, de la professionnalisation des emplois et de la gestion de la qualité. Certains de ces éléments font partie du modèle de Lai (1997) des déterminants du succès de l'implantation d'un programme, ce qui permet d'apprécier la complexité des liens unissant décision d'introduire une innovation et variation lors de l'implantation de cette innovation. Il aurait été pertinent pour les chercheurs de tenter de valider leur modèle à l'aide d'un plus grand échantillon afin d'en vérifier la puissance prédictive.

Tous ces modèles ont un élément en commun. En effet, ces modèles supposent tous qu'il existe de la variation d'une entreprise à une autre et par conséquent, que l'implantation d'une innovation, peu importe le type, ne se fait pas tout à fait de la même façon. Les auteurs issus de différents domaines de la gestion ne s'entendent pas tous sur les plus grandes sources de variation. Néanmoins, les caractéristiques de l'organisation (climat organisationnel, type de gestion des ressources humaines, intérêt pour la technologie, valeurs partagées, niveau de qualification des ouvriers, support de la direction, expériences passées et climat de confiance) jouent un rôle prépondérant. Cependant, le support de la direction est présent dans les modèles de Pullig et al. (2002), Lee et Kim (2007), Lai (1997) et Bruque et Moyano (2007). Nous devons donc en tenir compte pour la conception de notre modèle. Nous passons maintenant aux résultats d'études empiriques.

2.4.2 Résultats d'études analytiques

2.4.2.1 Caractéristiques des entreprises

Snyder et al. (2006) ont étudié l'implantation d'un programme de prescription de médicaments informatisé dans une trentaine de sites, allant de l'hôpital spécialisé à la clinique médicale de quartier. Les auteurs ont étudié les sources à l'origine de la variation de l'implantation et ont observé que le contexte jouait un rôle prépondérant trop souvent négligé. Leurs résultats indiquent tout d'abord que le contexte varie d'un établissement à l'autre, ce qui favorise la variation dans l'implantation. Ce contexte concerne principalement le temps alloué pour son implantation, la formation consentie aux usagers, l'introduction simultanée d'autres innovations, la culture de l'établissement différente, l'accès limité aux ressources et les politiques internes qui s'opposent ou entravent le processus d'implantation d'une innovation en particulier. Tous ces éléments contextuels qui dépendent de l'organisation seraient des déterminants de l'implantation. Malheureusement, les auteurs se limitent à identifier ces facteurs sans tenter d'en expliquer l'influence ou la contribution sur la variation.

Ridoutt et al. (2002) ont mené une vaste étude portant sur les facteurs qui influenceraient l'implantation de programmes de formation en milieu de travail. Cette étude porte en fait sur le secteur des services et celui de la production. Ce sont 446 entreprises australiennes qui ont participé à la collecte de données. Ceci en fait la plus vaste étude traitant de l'implantation de programmes de formation (Ridoutt et al., 2002). Cette étude leur a permis d'identifier plusieurs facteurs qui influencent l'implantation d'une innovation ainsi que d'autres qui semblent a priori importants, mais qui n'ont pas, dans le contexte australien du moins, d'effet sur l'implantation d'une innovation. Voici donc les résultats de cette étude.

Tout d'abord, la taille de l'établissement ne joue pas de rôle sur l'implantation du programme de formation. La taille est définie par le nombre d'effectifs. Donc, implanter un programme dans une petite ou une grande entreprise ne changerait rien au programme. Néanmoins, Ridoutt et al. (2002) ont observé que l'existence d'un département attiré à la formation favorise le respect de l'implantation. Toutefois, les grandes entreprises possèdent plus souvent un département de formation que les plus petites.

Le secteur d'activité n'est pas une source de variation potentielle lors de l'implantation d'un programme. Ceci nous semble encore être contre-intuitif, car les entreprises de service forment davantage leurs employés que les entreprises de fabrication (Riddout et al., 2002) et donc, elles sont plus expérimentées et plus averties en la matière. Cependant, dans la même logique, les auteurs n'observent pas de lien entre la force de la compétition à laquelle est soumise l'entreprise et le respect de l'implantation d'un programme de formation du personnel ni même entre la stratégie d'affaires et le respect de l'implantation d'un programme de formation, et ce, même lorsque les ressources humaines ou la formation sont inscrites dans la stratégie d'affaires de l'entreprise.

La certification de qualité régie par un organisme externe, ISO par exemple, n'a pas non plus été identifiée comme une source de variation de l'implantation des programmes de formation du personnel. Il n'existe donc aucun lien entre la certification de qualité d'un établissement et la variation de l'implantation d'un programme. Nous présumerions pourtant que l'obtention d'une certification de qualité ne pourrait se faire qu'en respectant soigneusement un processus impliquant une démarche prescrite et par conséquent, que les entreprises qui possèdent de telles expériences de certification seraient davantage portées à implanter correctement des programmes de formation pour leurs employés.

Une autre constatation de l'étude de Ridoutt et al. (2002) porte sur la professionnalisation des emplois. Ils ont remarqué des différences entre les cols blancs et les cols bleus. Les cols blancs suivent généralement jusqu'au bout le programme de formation alors que les cols bleus sont plus nombreux à abandonner en cours de route.

2.4.2.2 Intérêt de l'organisation

Intérêt de l'organisation

Dans son étude exploratoire portant sur l'implantation d'un programme devant aider les personnes et les préposés s'occupant de gens souffrant de démence, Meiland et al. (2004) ont observé qu'une organisation motivée accorde davantage d'énergie aux étapes d'implantation du programme afin de s'assurer de faire ce qu'il faut correctement. L'intérêt porté par l'organisation pour l'innovation concerne les niveaux micro (départements), méso (établissements) et macro (entre les établissements).

Support continu

Selon Berg et al. (2000), 58% des professionnels croient que le support des collègues et leur coopération sont nettement utiles. Le support donné par la direction est lui aussi utile dans l'implantation d'un programme (30% des répondants). Les enseignants (39%) estiment que ce support passe par des discussions concernant l'implantation et sur ce qui doit être fait par chacun. Les auteurs indiquent aussi que « good leadership appears necessary to drive teachers to the higher levels of concern and motivation needed to implement an innovation [...] » (p. 341). De plus,

lorsque du support est donné, le niveau de préoccupation des employés par rapport à leur capacité de mener à bien le projet baisserait d'au moins 10% et parfois, jusqu'à 25% (significatif) et ce même après que le support ait cessé d'être donné formellement.

Bitan-Friedlander et al. (2004), ont observé qu'il est possible de faire progresser le niveau de collaboration d'un professionnel responsable de l'implantation d'un programme lui attirant un mentor qui comprend l'innovation et ses enjeux. Les auteurs indiquent d'ailleurs que « the continuous assistance of the mentor in such a struggle is of central importance » (p. 618).

Promotion continue du programme

Meiland et al. (2004) ont remarqué qu'en maintenant visible un programme (communiqués, affiches, etc.), il est plus facile de s'assurer qu'il soit implanté correctement partout où il se doit de l'être. Cela permet de le garder présent à l'esprit du personnel.

Vision partagée par les autorités

Lors de leur analyse de cas, Paré et Trudel (2006) ont observé qu'une innovation dont la perception de l'utilité et de la nécessité est partagée par les autorités responsables semble avoir plus de chance d'être implantée correctement, car elle est davantage prise au sérieux par l'ensemble de l'organisation. La crédibilité du programme est donc améliorée par le support des membres de la direction.

2.4.2.3 Variation reliée à la conception du programme

Prise en considération des particularités individuelles

Afin de favoriser l'implantation d'une innovation, il est souhaitable d'éviter une rigidité absolue dans le processus (Berg et al., 2000; Bitan-Friedlander, Dreyfus et Milgrom, 2004). Selon Berg et al., 2000, la prise en compte des particularités individuelles répond aux préoccupations des professionnels et permet de les sensibiliser davantage à l'importance de l'implantation d'une innovation. En effet, 98% des 129 répondants de leur étude indiquent qu'il est utile de travailler avec des plans individuels pour s'aider à s'orienter et à suivre sa progression lors de l'implantation d'un programme, et ce, même si cela demande plus de temps de leur part. Selon Bitan-Friedlander et al. (2004), il existe cinq types de professionnels concernés par l'implantation d'une innovation en milieu scolaire. Ceux du type opposition combattent l'innovation, car ils sont convaincus que cette innovation est mauvaise pour l'ensemble de l'organisation. Néanmoins, selon leur étude empirique, Bitan-Friedlander et al. (2004) ont observé que ce type de professionnel est généralement convaincu de posséder un niveau de compétence au-dessus de la moyenne et d'être en mesure de réaliser son travail efficacement sans l'aide d'une innovation. Les auteurs recommandent dans ce cas d'augmenter le contenu en connaissances afin de les intéresser au projet. Le deuxième type est celui de l'angoissé. Comme son nom l'indique, les individus qui font partie de cette catégorie sont angoissés et doivent être calmés et rassurés. La solution consiste à augmenter le nombre de communications avec eux afin qu'ils ne se sentent pas laissés à eux-mêmes. Le troisième type, celui du docile, respecte l'autorité de ceux en charge de l'implantation de l'innovation et suit le programme à la lettre. Cependant, ils peuvent se sentir dépendants et il faut donc encourager leur esprit d'initiative en leur demandant leur opinion. Le quatrième type, le coopérant, favorise l'apprentissage en provenance de ces collègues plus que du responsable de l'implantation de

l'innovation. Il est donc pertinent d'encourager la mise sur pied d'un volet encourageant l'échange ou s'appuyant sur la formation par les pairs pour les rejoindre. Le dernier type, le réformant, comprend l'innovation et respecte ce qui est prescrit. Néanmoins, il possède suffisamment d'expérience et de compétences pour mener plus loin le projet. Dans la mesure où l'innovation est implantée en entier et que ces ajouts sont bénéfiques, ce type permet de concevoir des pistes d'amélioration pertinentes. Différents individus auront différents besoins qui doivent être comblés afin de s'assurer d'une implantation dans les règles de l'art d'une innovation. Cependant, il est important de souligner que l'échantillon de l'étude n'est constitué que de 19 enseignants et donc, les résultats pourraient difficilement être généralisés à l'ensemble des organisations.

Utilisation de modèles

Selon Berg et al. (2000), l'utilisation d'un canevas pour la rétroaction (feuilles de route, rencontres, ateliers) facilite l'implantation d'une innovation, car il guide les interventions des cadres, permet de faire des suggestions et de déterminer les corrections à apporter afin de respecter l'implantation du programme. Il est en effet plus facile de suivre l'évolution de l'implantation lorsqu'il existe un mécanisme de rétroaction à double sens, c'est-à-dire qui permet de transmettre et de recevoir de l'information.

2.4.2.4 Variation reliée à l'accès aux ressources

Disponibilité des ressources

La disponibilité des ressources, dont l'argent, le nombre d'effectifs alloués, la quantité de matériel disponible, favorise l'introduction d'une innovation. En effet, si les ressources qui sont prescrites pour dispenser le programme sont disponibles, cela évite de devoir adapter et d'improviser. C'est ce qu'ont remarqué Meiland et al. (2004), lorsqu'ils ont fait une étude exploratoire portant sur l'implantation d'un programme devant servir à venir en aide aux intervenants et aux parents de personnes démentes. Selon Paré et Trudel (2007) qui ont étudié l'implantation d'un système d'imagerie médicale informatisée dans deux grands hôpitaux, une innovation qui a été conçue en tenant compte des barrières financières (rentabilité du projet), humaines (réticence au changement du personnel), techniques (disponibilité de la technologie et du matériel didactique) et organisationnelles (opposition de l'équipe de direction) est plus encline à être implantée en entier. En effet, le centre hospitalier qui n'a pas tenu compte de ces facteurs a dû faire des ajustements beaucoup plus sérieux et improvisés, ce qui l'a forcé à ne pas respecter le programme initialement prévu (dépassement de coûts et des délais).

Les sources de variation sont nombreuses et il est difficilement possible d'en faire une analyse complète sans passer au travers de la littérature de tous les sujets de recherche. Néanmoins, en étudiant en profondeur la littérature portant sur l'implantation d'innovations dans le réseau de la santé et de formation chez les travailleurs professionnels, nous avons été en mesure de définir des sources de variation susceptibles d'influencer l'implantation du programme de formation PDSB. En effet, selon les études et les modèles étudiés, les caractéristiques des organisations occupent une place prépondérante dans le respect de l'implantation d'une innovation. Plus particulièrement, nous avons remarqué que le support (Berg

et al., 2000; Bruque et Moyano, 2007; Lai, 1997; Lee et Kim, 2007; Pullig, Maxham et Hair, 2001) revient à la fois dans les modèles empiriques et dans la littérature traitant du sujet. De plus, l'accessibilité aux ressources demeure un élément central du respect de l'implantation d'un programme (Cheung, 1997; Devilly et al., 2005; Fuchs et al., 1994; Meiland, 2004; Thompson, 1996; Trudel, 2007; Venning, 1988). Nous tentons d'en vérifier la contribution dans le prochain chapitre où nous mettons au point une méthode d'analyse afin de tester empiriquement les hypothèses que nous aurons formulées. D'autres facteurs jouent naturellement aussi un rôle, mais pour des raisons de faisabilité et d'accès aux ressources, nous nous limitons à ceux mentionnés.

2.5 Conclusion

La prévention des troubles musculo-squelettiques a nettement évolué dans le temps, passant du concept d'hygiénisme à celui de prévention active et de responsabilisation des autorités. Différentes approches permettent de soutenir cette prévention. Les interventions complètes se concentrent sur le lien entre le travailleur et son environnement, mais demandent plus de temps que les interventions écourtées ou clé en main. L'approche clé en main, comme le PDSB, lorsqu'elle repose sur la synthèse de plusieurs études solides, demeure un outil cohérent du point de vue méthodologique. Les programmes nationaux, l'exemple type des programmes clé en main, reposent d'ailleurs sur plusieurs éléments communs, soit l'acquisition de connaissances, la mise en pratique de techniques sécuritaires et le suivi de l'utilisation.

Malgré cela, une multitude de facteurs affectent l'implantation de ces différents programmes. Le contexte, qui inclut entre autre le support (Bruque et Moyano, 2007; Lai, 1997; Lee et Kim, 2007; Pullig, Maxham et Hair, 2001; Berg et

al., 2000) ainsi que l'accessibilité aux ressources (Cheung, 1997; Devilly et al., 2005; Fuchs et al., 1994; Meiland, 2004; Thompson, 1996; Trudel, 2007; Venning, 1988), représente une grande source de variation dans l'implantation des programmes. Cette variation affecte le niveau de pénétration de ces formations dans les différentes institutions. Le PDSB n'y fait pas exception. Il s'agit d'ailleurs d'un programme complexe qui repose sur un ensemble d'éléments prescrits qui peuvent pourtant être adaptés par le formateur. Cette souplesse complique d'autant son étude.

Nous tenons aussi à mentionner qu'aucune publication ne porte précisément sur l'analyse d'implantation de type I découlant de l'application d'un programme de prévention des maux de dos en milieu hospitalier. Pourtant, le contexte organisationnel joue un rôle important dans plusieurs études traitant de l'implantation d'innovations. Nous tentons de jeter la lumière sur ce sujet à l'aide de notre étude. Notre objectif est donc d'identifier les déterminants contextuels de la variation du processus d'implantation (accès aux ressources et support) qui influencent les éléments producteurs d'effets du PDSB (contenu, méthodes pédagogiques et profils de pratique). En d'autres mots, cette étude analyse les relations entre le contexte de l'organisation et les services dispensés par les formateurs. Ultiment, les résultats de cette recherche doivent permettre d'optimiser les programmes existants.

CHAPITRE III

CADRE CONCEPTUEL

Dans ce chapitre, nous définissons les concepts et les variables que nous utilisons pour notre étude et qui ont servi à la conception de notre modèle théorique. Nous expliquons tout d'abord ce que nous entendons par variation et intégrité dans l'implantation d'une innovation et nous poursuivons en développant les facteurs que nous avons retenus pour concevoir nos variables dépendantes de services prescrits et nos variables indépendantes d'accès aux ressources et de support. Les services prescrits comprennent trois catégories de facteurs qui sont : les contenus abordés, les méthodes pédagogiques utilisées et les profils de pratique des formateurs. Débutons en abordant les concepts de variation et d'intégrité qui sont à la base de cette étude.

3.1 Concept de variation

Il existe des modèles qui permettent d'expliquer les effets des programmes (Agha et Van Rossem, 2004 ; Cheung, 1997; Cooper et Cotton, 2000 ; Delarose, 1993 ; Devilly et al., 2005; Fanello et al., 2002 ; Fuchs et al., 1994 ; Harvey et al., 2001; LeBorgne et Geoffrion, 1991; Sinclair et al., 2003 ; Steiner, Dobbins et Trahan, 1991; Thompson, 1996; Triolo, 1988; Venning, 1988; Weisman et Lamberti, 2002 ; Williams et Geller, 2000). Cependant, le concept de variation dans l'implantation n'y

est que rarement abordé. À l'inverse, il existe également des modèles qui expliquent la variation lors de l'implantation (Bayo-Moriones et Lera-Lopez, 2007 ; Berg et al., 2000 ; Bosworth et al., 1999 ; Bruque et Moyano, 2007; Hair, 2001 ; Kalafat, Illback et Sanders, 2007 ; Lai, 2002 ; Lee et Kim, 2007; Linton, 2002 ; Meiland et al., 2004 ; Pullig, Maxham et Hair, 2002), mais pour lesquels la mesure de l'efficacité ne semble pas toujours un objectif implicite. Ces modèles comprennent une variable dépendante intitulée succès ou échec de l'implantation et cette notion de succès varie selon les chercheurs et les modèles, même s'ils tentent d'expliquer le même type de programme (particulièrement flagrant en système d'information [SI]). Dans notre étude, nous tentons d'identifier les facteurs à l'origine de la variation de l'implantation d'un programme de prévention des maux de dos en milieu hospitalier. Nous nous intéressons plus spécifiquement à vérifier comment la variation des caractéristiques contextuelles agit sur les déterminants de l'efficacité des programmes, tels les méthodes pédagogiques, les contenus abordés et les profils de pratique des formateurs.

Nous devons avouer d'emblée que, bien que tous les modules et toutes les activités fassent partie intégrale du programme de formation PDSB, dans la pratique, ces services ne sont que rarement complètement dispensés. Plusieurs raisons peuvent expliquer cette variation. Les études sur l'implantation d'innovation nous renseignent sur d'éventuelles sources de variation. Toutefois, elles concernent rarement les programmes de prévention des maux de dos dans le réseau de la santé. Ceci nous porte à croire que notre sujet d'étude permet d'explorer une voie encore ignorée jusqu'ici.

3.2 Concept d'intégrité en implantation d'innovation

Nous devons auparavant approfondir le concept d'intégrité dans l'implantation afin d'expliquer la différence entre l'intervention idéale conceptualisée par les individus qui ont conçu le programme et l'intervention dispensée sur le terrain. Ce concept ne fait pas l'unanimité; les définitions de chercheurs ne convergent pas toujours, au mieux se complètent-elles.

En effet, dans une étude portant sur l'implantation de programmes de santé dans le réseau scolaire, Bosworth et al. (1999) ont défini le succès de l'implantation comme suit : 65% de fidélité par rapport à l'original, utilisé par 80% des responsables et par 80% de la clientèle ciblée. Les auteurs indiquent qu'il s'agit de nombres arbitraires, mais qu'ils ont le mérite d'établir des lignes de conduite et des objectifs à atteindre. Bayo-Moriones et Lera-Lopez (2007), indiquent aussi que le succès de l'implantation peut être mesuré par le taux d'utilisateurs de l'innovation. Selon Bosworth et al. (1999), les éléments à mesurer peuvent être différents d'un programme à un autre. Inopportunément, le calcul pour l'obtention de 65% de fidélité par rapport à l'original n'est pas expliqué, même s'il inclut entre autres la durée d'implantation, les volets et les thèmes abordés et le nombre d'activités réalisées. Cette définition gagnerait à être explicitée pour une utilisation future. Nous avons cependant observé d'autres manières de définir l'intégrité.

Dans un contexte d'implantation de technologie dans les entreprises, Linton (2002) définit plusieurs éléments qui permettent de mesurer le succès de l'implantation d'une innovation. Cependant, aucun moyen ni critère n'est donné pour appliquer concrètement ces recommandations. Malgré cela, Linton (2002) mentionne qu'une intervention qui devient routinière, qui s'incorpore aux processus déjà existants et qui respecte le temps alloué pour l'implantation peut être un indicateur général du succès de l'implantation. Il ajoute que l'atteinte des buts, les gains

encourus et la satisfaction ressentie par les intéressés peuvent être des indicateurs plus précis. Kalafat, Illback et Sanders (2007) indiquent également que l'atteinte des objectifs est une manière efficace de vérifier le succès de l'implantation d'une innovation. Cependant, Linton (2002) croit qu'il faut être prudent avec ces trois derniers indicateurs, car il est facile de dévier de la mesure du succès, dans le cadre de l'implantation, pour mesurer toute autre chose. Bien que cette façon de mesurer l'implantation ne soit pas des plus précise, elle a le mérite de soulever un point important : une implantation réussie doit se traduire par une incorporation du processus aux activités courantes.

Nous conserverons néanmoins la définition de Champagne et Denis (1992) qui la définissent ainsi : « l'intégrité se rapporte à la validité de contenu de l'intervention, à l'intensité avec laquelle les activités sont réalisées et à leur adéquation par rapport aux normes existantes » (p.153) car celle-ci semble la plus près de la réalité que nous pouvons observer dans l'étude d'un programme de prévention en milieu hospitalier. Ces chercheurs expliquent que l'exhaustivité des composantes correspond à la validité de contenu alors que l'intensité définit la suffisance des activités (nombre) réalisées pour chacune des composantes d'une intervention. Dans notre étude, l'exhaustivité des composantes se traduit par le nombre d'activités prescrites qui sont réalisées alors que l'intensité correspond à la durée des modules par rapport à ce qui est prescrit. Les profils de pratique de Berthelette, Leduc et al. (2006) qui se découpent en catégories selon les activités dispensées, correspondent à ces deux facteurs. Dans le cas du PDSB, cette intégrité correspond donc à l'utilisation des méthodes pédagogiques prescrites, à la dispensation du contenu prescrit et au respect de la durée des activités prescrites. Toute variation est susceptible de nous éloigner de la production des effets et par conséquent, doit être limitée. Nous tenterons donc de savoir ce qui peut occasionner la variation de ces éléments à l'aide de facteurs issus de modèles et d'études empiriques.

Dans les prochains paragraphes, nous définissons nos variables dépendantes et indépendantes en fonction de notre bilan de connaissance et de l'arrimage de ce bilan aux questions et données issues de la recherche de Berthelette, Leduc et al. (2006) et qui nous ont permis de créer notre modèle théorique (Figures 3.1).

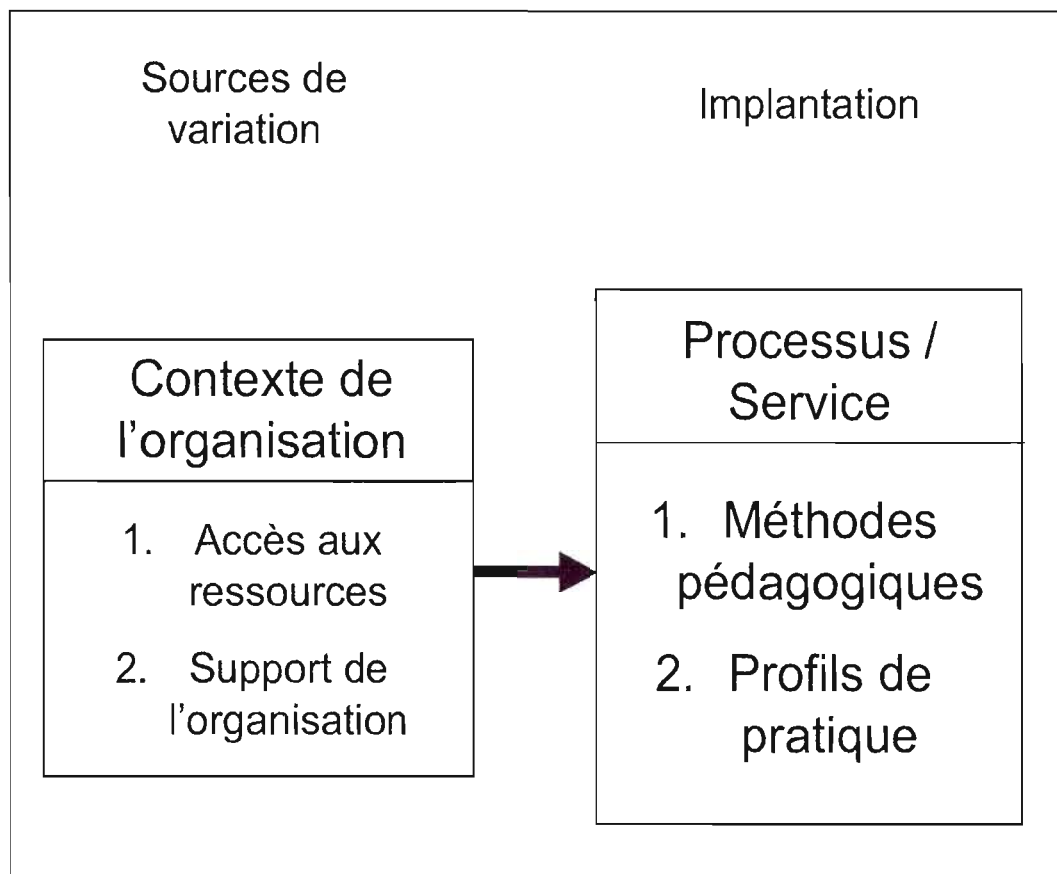


Figure 3.1 Modèle simplifié des sources de variation potentielles liées au contexte

3.3 Caractéristiques des services prescrits

Le PDSB est un programme complexe englobant une multitude de volets et d'activités. Il est normal qu'un minimum de variation puisse exister lorsqu'un tel programme est implanté dans plusieurs endroits. Cependant, notre bilan des connaissances portant sur les caractéristiques des programmes efficaces indique clairement que tous les contenus doivent être abordés pour qu'un tel programme soit efficace (Agha et Van Rossem, 2004; Cooper et Cotton, 2000; Delarose, 1993; Sinclair et al., 2003). De plus, le choix des méthodes pédagogiques lors d'un programme de prévention des blessures musculo-squelettiques dans une organisation doit être axé sur des méthodes pédagogiques expérientielles interactives afin de prétendre aussi à une quelconque efficacité (Agha et Van Rossem, 2004; Delarose, 1993; Fanello et al, 2002; Sinclair et al., 2003; Venning, 1988). Il est donc naturel que nous ayons en définitive retenu les profils de pratiques des formateurs qui varient en fonction du nombre d'activités qu'ils ont dispensées, car habituellement, toutes les activités prescrites doivent être prodiguées.

3.3.1. Choix des méthodes pédagogiques

Plusieurs moyens de favoriser le transfert des apprentissages existent. Cependant, une approche interactive et expérientielle est généralement souhaitée. Cette méthode doit permettre dans un premier temps aux employés formés d'interagir avec leur formateur et dans un deuxième temps, d'interagir entre eux afin d'apprendre les uns des autres. De plus, il est essentiel que du temps soit réservé afin de les laisser pratiquer les notions apprises. Cette façon de faire est considérée comme la méthode optimale par plusieurs chercheurs (Agha et Van Rossem, 2004; Delarose, 1993; Fanello et al, 2002; Sinclair et al., 2003; Venning, 1988).

3.3.2. Profils de pratique

Les profils de pratique sont la somme des activités du PDSB réalisées par les formateurs. En plus de dispenser des séances de formations PDSB, les formateurs sont responsables de mener des activités de prévention, des activités de suivi et de former des agents de suivi. Nous calculons le nombre d'activités supplémentaires, trois étant le maximum, que les formateurs ont réalisées.

3.4 Caractéristiques du contexte

Les caractéristiques contextuelles sont multiples. Cependant, pour les besoins de notre étude, nous nous limitons à celles accessibles pour analyse provenant de l'étude de Berthelette, Leduc et al. (2006) et qui correspondent aussi à des facteurs contextuels de variation importants selon les études que nous avons analysées et qui font l'unanimité en tant que source de variation. Nous retenons premièrement l'accessibilité aux ressources et deuxièmement, le support provenant de l'organisation.

3.4.1 Accès aux ressources

L'accès aux ressources (Lee et Kim, 2007; Meiland, 2004; Paré et Trudel, 2007; Riddout, 2002; Snyder et al., 2005) doit favoriser l'implantation du programme. Dans le cas du PDSB, nous mesurons la situation de la rémunération des formateurs par rapport à la formation PDSB qu'ils dispensent ainsi que leur facilité de libération pour la prodiguer. Ces ressources sont sans aucun doute essentielles pour que le programme puisse être implanté. En effet, si le formateur ne reçoit pas de rémunération ni de libération, il est peu probable que la formation

prenne place. L'étude de Berthelette, Leduc et al. (2006) nous permet de mesurer deux types de rémunération et quatre types de libération dont deux sont pertinents pour la formation, soit : la rémunération lors de la préparation de la formation et la rémunération lors de la dispensation de la formation, ainsi que la facilité de libération des formateurs pour donner la formation PDSB et la facilité de libération des agents de prévention pour suivre la formation. La situation de la rémunération varie d'aucune heure rémunérée à toutes les heures rémunérées, le tout reporté sur un entier par incrément d'un quart de point, de 0 à 1. Les types de libération correspondent à chacune des activités prévues au programme PDSB. La facilité est mesurée par une échelle de Likert en 10 points, 0 représentant la non-libération et 10, une libération très facile. Nous postulons que la situation de la rémunération sera positivement associé au respect de l'implantation tout comme la facilité de libération sera elle aussi positivement associée au respect de l'implantation. Plus spécifiquement, nous croyons qu'une plus grande proportion d'heures rémunérées ainsi qu'une plus grande facilité de libération seront associées à un nombre plus faible de contenus notionnels négligés, à une plus grande utilisation de méthodes pédagogiques expérientielles interactives et à un profil de pratique (nombre d'activités plus grand) plus complet.

3.4.2 Support

Le support de l'organisation (Berg, 2000; Bitan-Friedlander et al., 2004; Bruque et Moyano, 2007; Lay, 2002; Lee et Kim, 2007; Linton, 2002; Pullig, Maxham et Hair, 2001; Trudel et Paré, 2007) est un élément central dans les modèles qui étudient les sources de variation dans l'implantation de programme ainsi que dans les études empiriques. Dans la recherche de Berthelette, Leduc et al. (2006), le support peut se mesurer par le niveau de collaboration reçu pour mener les activités de formation. La collaboration pour mener les activités de formation PDSB provient

du supérieur immédiat du formateur, des supérieurs des personnes à former ainsi que du responsable de la formation du personnel au sein de l'établissement. Le niveau de collaboration est mesuré à l'aide d'une échelle de Likert, 0 représentant un niveau de collaboration nul et 10, un niveau très élevé. Nous postulons d'ailleurs que le niveau de collaboration sera associé positivement à l'intégrité de l'implantation. Plus précisément, nous croyons que la collaboration pour réaliser les activités de formation se traduira par un nombre de contenus notionnels négligés plus faible, une plus grande utilisation de méthodes pédagogiques interactives expérientielles ainsi que par un profil de pratique plus complet.

3.5 Variables de contrôle

3.5.1 Taille de l'établissement et compétition

Nous avons décidé d'ajouter une variable de contrôle portant sur la taille de l'établissement ainsi qu'une autre sur le niveau de compétition auquel fait face l'établissement. En effet, nous croyons que la taille de l'établissement peut jouer un rôle sur la quantité de ressources disponibles, car un établissement de grande taille aura, en termes absolus, plus de personnel consacré à chacune des activités nécessaires pour mener à bien la mission de l'organisation. La libération du personnel dans ce contexte risque de ne pas être la même que dans un établissement de petite taille. Dans l'un, une unité au complet pourrait recevoir la formation alors que dans l'autre, le personnel pourrait être libéré un à la fois. Cela ferait en même temps varier les types d'activités dispensées par le formateur et les contenus abordés, car il ne s'agirait pas de la même dynamique de formation. Ridoutt et al. (2002) mentionnent aussi qu'un département attiré à la formation a plus de chance d'exister dans un établissement de plus grande taille, ce qui influencerait assurément la facilité de libération ainsi que les services prescrits

dispensés. De plus, nous croyons qu'un établissement privé et un établissement public, ce qui peut se mesurer par le statut de l'établissement ou par son mode de financement, bien qu'assujettis aux mêmes normes de soins, n'auront pas nécessairement un accès identique aux ressources et par conséquent, que cela risquerait d'affecter la dispensation des services prescrits. En effet, le secteur d'activité économique et l'existence de concurrents (Ridoutt et al., 2002) peuvent influencer la motivation ou le support prodigués par l'organisation, car les pressions ne sont pas les mêmes d'un secteur à l'autre, ni même dans une entreprise publique ou privée.

3.5.2 Variation culturelle

Nous devons ajouter une autre variable de contrôle afin d'éviter la présence de biais susceptibles d'affecter la validité interne de nos inférences. La variation culturelle (Pullig, Maxham et Hair, 2001, Snyder et al., 2006), que nous mesurons par la région sociosanitaire de l'établissement, risque d'influencer le type de support qui est donné dans un établissement et d'influencer en même temps les méthodes pédagogiques utilisées par les formateurs. Dans un établissement situé en région éloignée, le personnel a de fortes chances de bien se connaître (faible densité démographique) ce qui risque de pousser vers les extrêmes le support (on collabore si on apprécie le formateur et on ne collabore pas si on ne l'apprécie pas). Cela risque aussi d'influencer le choix des méthodes pédagogiques des formateurs. De plus, la variation culturelle (Snyder et al., 2006) peut facilement être associée à la motivation de l'organisation ou encore au support de l'organisation, car des valeurs communes ou locales sont plus susceptibles d'être partagées par des organisations d'une même région géographique. Ces valeurs partagées peuvent aussi influencer le choix des méthodes pédagogiques à utiliser selon les préférences régionales.

3.6 Conclusion

Nous avons présenté dans ce chapitre notre modèle théorique et les différentes variables qui le composent. Les connaissances que nous avons exposées nous permettent de concevoir une méthode de recherche pour traiter des facteurs organisationnels. Il s'agit en fait de mettre en relation l'accès aux ressources et le support avec les services prescrits dispensés par les formateurs. Les détails de cette méthode de recherche constituent notre prochain chapitre. Cette méthode vise à vérifier nos hypothèses que voici :

Hypothèse 1 : L'accès aux ressources sera positivement associé à l'intégrité de l'implantation, c'est-à-dire qu'une plus grande facilité de libération sera associée à une plus grande probabilité que des méthodes pédagogiques expérientielles et interactives soient utilisées et que le profil de pratique des formateurs soit complet.

Hypothèse 2 : Le support sera positivement associé à l'intégrité de l'implantation, c'est-à-dire que la collaboration pour réaliser les activités de formation et de prévention se traduira par une plus grande probabilité que des méthodes pédagogiques expérientielles et interactives soient utilisées et que le profil de pratique des formateurs soit complet.

CHAPITRE IV

MÉTHODES DE RECHERCHE

Dans ce chapitre, nous détaillons le choix des méthodes scientifiques que nous avons utilisées pour mener à bien notre recherche. Cette étude non expérimentale repose sur un devis d'études corrélatives ex-post facto visant à mettre à l'épreuve notre modèle théorique (Fortin, 1996). Nous rappelons d'abord notre objectif de recherche avant d'aborder la population, les instruments de mesure, les variables de cette étude et les méthodes d'analyse retenues.

4.1 Objectif

L'objectif de la présente étude est d'identifier les déterminants contextuels de la variation de l'implantation des pratiques des formateurs du PDSB. En d'autres mots, cette étude analyse les relations entre les caractéristiques du contexte des organisations dans lesquelles le PDSB est implanté et celles des ressources impliquées dans le programme d'une part, et les services dispensés par les formateurs d'autre part. Nous proposons un modèle théorique qui repose sur un bilan des connaissances scientifiques traitant des déterminants de la variation de l'implantation d'innovations ainsi que des facteurs à l'origine des effets des programmes efficaces. Ce modèle est présenté à la dernière page du précédent chapitre.

4.2 Population à l'étude et échantillon

La population à l'étude est constituée des formateurs PDSB actifs dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés et les centres hospitaliers de soins de longue durée et qui ont dispensé des activités de formation au cours des douze mois ayant précédé la collecte de données. Selon Berthelette, Leduc et al. (2006), le Ministère définit les CHSGS comme des entités qui « offrent des services de diagnostique ainsi que des soins médicaux généraux et spécialisés en matière de santé physique » alors que les CHSLD doivent fournir « de façon permanente ou temporaire, un milieu de vie substitut, des services de réadaptation, psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques et médicaux aux adultes qui, en raison de leur perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le support de leur entourage » (p.23). Ce sont les formateurs des CHSGS et des CHSLD de toute la province qui ont participé à notre étude. Les formateurs PDSB régulier actifs, selon l'ASSTSAS, inclus dans notre étude, oeuvraient dans ces établissements de santé au début de l'enquête et avaient été accrédités depuis au moins un an (avant le 28 février 2004), ou réaccrédités avant le 28 février 2005.

Une liste de 858 formateurs PDSB régulier actifs (formés ou réaccrédités au cours des deux dernières années) fut dressée par l'ASSTSAS et transmise à l'équipe de recherche. La date d'accréditation était inscrite sur cette liste. Le répertoire des installations sociosanitaires du Québec, publié par le ministère de la Santé et des Services sociaux, leur a permis de vérifier le type d'installation (CHSGS ou CHSLD) auquel les formateurs appartenaient. Ce répertoire permet d'établir le lien entre les formateurs et leur établissement d'attache. Ces critères d'exclusion ont ramené à 444 le nombre de formateurs, dont 433 ont pu être joints aux fins de l'étude, les 11 autres n'étant plus à l'emploi d'un établissement de santé. Cent quatre-vingt-sept

formateurs actifs ont répondu au questionnaire. Parmi eux, 115 ont dispensé de la formation et 106 ont complété l'ensemble du questionnaire.

4.3 Élaboration de l'instrument de mesure

Berthelette, Leduc et al. (2006) ont créé un questionnaire auto-administré (appendice A) pour amasser les données permettant de décrire le degré d'implantation du PDSB. Pour s'assurer de la validité de leur instrument, la description de la théorie sous-jacente du PDSB a été parachevée. Par la suite, une première version du questionnaire a été soumise à trois des membres de leur comité consultatif composé du directeur général de l'ASSTSAS et de deux professionnelles de cette organisation pour qu'ils en valident le contenu. Des modifications en ce qui a trait à la formulation des questions, de même qu'à la précision et à l'exhaustivité des informations à recueillir ont été apportées. Ils ont aussi fait parvenir ce questionnaire aux 14 maîtres formateurs de l'ASSTSAS (11 du bureau de Montréal et 3 du bureau de Québec). Ils leur ont demandé de le compléter et de leur faire part de tout commentaire qui leur semblerait utile à son sujet, soit lors d'une rencontre sur leur lieu de travail avec un membre de l'équipe, soit par téléphone ou encore, par écrit. Leur objectif était d'évaluer le questionnaire selon les critères suivants : a) sa clarté, b) sa convivialité, c) son exhaustivité et d) le temps requis pour le compléter. Huit maîtres formateurs ont répondu à cette demande. Leurs suggestions ont permis de clarifier la formulation des questions, de faciliter sa complétion et d'optimiser l'exhaustivité des informations recueillies.

Le logiciel TELEform fut utilisé pour mettre en forme la version définitive du questionnaire. Ce logiciel a aussi permis de préparer la saisie automatique des questionnaires et la transformation des données saisies en format SPSS pour leur traitement.

4.4 Collecte des données

Avant d'amorcer leur collecte de données, Berthelette, Leduc et al. (2006) firent publier un encart dans la revue de l'ASSTSAS « Objectif Prévention ». Les lecteurs étaient informés qu'une enquête était amorcée, de l'objet de cette enquête et de l'importance que lui accordaient les différents acteurs impliqués. Les responsables de l'ASSTSAS invitaient entre autres les formateurs PDSB régulier à y participer .

La collecte de données s'est déroulée du 31 mars au 23 mai 2005 en respectant les étapes suivantes :

1) Envoi postal à chacun des formateurs PDSB régulier de la population à l'étude d'une enveloppe qui comprenait :

a) une lettre de transmission signée par les deux professeurs responsables de l'étude (appendice B);

b) une lettre d'information qui précisait la nature, les objectifs, le déroulement, les méthodes et l'utilisation des résultats de l'étude ainsi que la confidentialité qui l'entoure, les avantages et les inconvénients qui y sont rattachés et les coordonnées complètes des responsables à aviser en cas de besoin ou en cas de plainte (appendice C);

c) deux exemplaires d'un formulaire visant à recueillir et à concrétiser le consentement ou le refus du formateur PDSB régulier sollicité qui accepte ou non de participer à l'étude (les deux exemplaires doivent être signés avant que le formateur ne retourne l'un d'eux) (appendice D);

d) les instructions afin de remplir le questionnaire (appendice E);

e) un questionnaire vierge (appendice A);

f) une enveloppe préaffranchie pour le retour du questionnaire ou du formulaire de refus.

2) Envoi d'une carte de rappel par la poste trois semaines plus tard à tous les formateurs PDSB régulier qui n'avaient pas retourné le questionnaire rempli ou le formulaire de refus;

3) Envoi d'une lettre de rappel par la poste six semaines après le premier envoi, accompagnée d'une copie du questionnaire vierge et d'une nouvelle enveloppe préaffranchie.

La collecte de données se termina huit semaines après le premier envoi du questionnaire. Onze des 444 formateurs PDSB régulier n'étaient plus à l'emploi de l'établissement où ils avaient été formateurs PDSB, ce qui réduisait la taille de l'échantillon à 433 formateurs PDSB régulier.

Une vérification du contenu de chacun des questionnaires reçus fut effectuée. Pour s'assurer que la saisie automatisée des données se ferait sans problème, les chercheurs se sont assurés que les participants avaient répondu à chacune des questions. Ils ont de plus contacté les répondants qui avaient omis de répondre à certaines questions afin de leur donner l'opportunité de compléter le questionnaire par téléphone.

4.5 Description des variables :

Le questionnaire validé (appendice A) contient nos variables indépendantes portant sur l'accès aux ressources et sur la collaboration de l'organisation ainsi que nos variables dépendantes traitant des services prescrits et portant sur les contenus notionnels, aux méthodes pédagogiques ainsi qu'aux profils de pratique des formateurs.

4.5.1 Variables indépendantes :

4.5.1.1 Contexte organisationnel

Les variables indépendantes sont divisées en deux familles :

- a) L'accès aux ressources;
- b) Le support de l'organisation

a) L'accès aux ressources

L'accès aux ressources comprend deux dimensions. La première porte sur l'état de la rémunération pour préparer les séances de formation et pour dispenser la formation PDSB. La deuxième traite de la facilité de libération des formateurs pour donner la formation PDSB ainsi que de la facilité de libération pour les agents de suivi pour suivre cette formation.

I) État de la rémunération

Dans notre étude, nous mesurons l'état de la rémunération des formateurs par la proportion des heures de travail rémunérées selon une échelle en quatre points qui varie de 0 à 1, par incrément de 0,25. Zéro représente aucune heure rémunérée et 1 représente toutes les heures rémunérées. La situation de la rémunération concerne les deux dimensions que voici :

1. État de la rémunération pour la préparation des séances de formation PDSB : il s'agit de la proportion des heures qui sont rémunérées pour préparer la formation PDSB. Elle correspond à la question 33 du questionnaire de l'appendice A.

2. État de la rémunération pour la dispensation de la formation PDSB : il s'agit de la proportion des heures qui sont rémunérées pour donner la formation PDSB. Elle correspond à la question 38 du questionnaire de l'appendice A.

II) Facilité de libération

Dans notre étude, nous mesurons l'accès aux ressources par la facilité de libération pour mener à bien les activités du PDSB en utilisant une échelle de facilité de libération en 10 points. Il s'agit d'une échelle de Likert qui s'échelonne de 0, pour aucune libération octroyée, à 10, pour une très grande facilité pour obtenir des libérations. La facilité de libération concerne les deux dimensions que voici :

1. Facilité de libération pour donner la formation PDSB : il s'agit de la facilité avec laquelle les formateurs sont libérés pour donner une formation. Elle correspond à la question 62 du questionnaire de l'appendice A.

2. Facilité de libération des agents de suivi pour suivre la formation : il s'agit de la facilité avec laquelle le personnel soignant qui agit comme agent de suivi est libéré pour suivre les activités de la formation. Elle correspond à la question 65 de l'appendice A.

Tableau 4.1

Accès aux ressources (état de la rémunération)

Nom de la variable	Définition	Source d'information	Valeurs et unités de mesure
État de la rémunération pour la préparation des séances de formation PDSB	Proportion des heures qui sont rémunérées pour préparer la formation	Formateur	0 (pas rémunérées) à 1 (toutes rémunérées)
État de la rémunération pour la dispensation de la formation PDSB	Proportion des heures qui sont rémunérées pour donner la formation	Formateur	0 (pas rémunérées) à 1 (toutes rémunérées)

Tableau 4.2

Accès aux ressources (facilité de libération)

Nom de la variable	Définition	Source d'information	Valeurs et unités de mesure
Facilité de libération pour donner la formation PDSB	Facilité avec laquelle les formateurs sont libérés pour donner une formation	Formateur	0 (pas été libéré) à 10 (très facile)
Facilité de libération des agents pour suivre la formation	Facilité avec laquelle le personnel soignant est libéré pour suivre des activités de la formation	Formateur	0 (pas été libéré) à 10 (très facile)

b) Support de l'organisation

Dans notre étude, nous mesurons le support de l'organisation par le niveau de collaboration obtenu, en utilisant une échelle du niveau de collaboration en 10 points. Il s'agit d'une échelle de Likert qui s'échelonne de 0, pour un niveau de collaboration nul, à 10, pour un niveau de collaboration très élevé. Le support de l'organisation provient de la collaboration de ces trois groupes :

1. Niveau de collaboration reçu du supérieur immédiat du formateur : il s'agit du niveau de collaboration reçu de la part du supérieur immédiat du formateur PDSB pour la réalisation des activités de formation. Il correspond à la question 66 a) du questionnaire de l'appendice A.
2. Niveau de collaboration reçu de la part des supérieurs des personnes à former : il s'agit du niveau de collaboration reçu de la part des supérieurs immédiats des personnes à former pour la réalisation des activités de formation. Il correspond à la question 66 b) du questionnaire de l'appendice A.
3. Niveau de collaboration reçu de la part des personnes responsables de la formation du personnel au sein de l'organisation : il s'agit du niveau de collaboration reçu de la part des personnes responsables de la formation du personnel au sein des organisations pour la réalisation des activités de formation. Il correspond à la question 66 c) du questionnaire de l'appendice A.

Tableau 4.3
Support (activités de formation)

Nom de la variable	Définition	Source d'information	Valeurs et unités de mesure
Niveau de collaboration reçu du supérieur immédiat du formateur	Niveau de collaboration reçu de la part du supérieur immédiat du formateur PDSB pour la réalisation des activités de formation	Formateur	0 (nul) à 10 (très élevé)
Niveau de collaboration reçu de la part des supérieurs des personnes à former	Niveau de collaboration reçu de la part des supérieurs immédiats des personnes à former pour la réalisation des activités de formation	Formateur	0 (nul) à 10 (très élevé)
Niveau de collaboration reçu de la part des personnes responsables de la formation du personnel au sein de l'organisation	Niveau de collaboration reçu de la part des personnes responsables de la formation du personnel au sein des organisations pour la réalisation des activités de formation	Formateur	0 (nul) à 10 (très élevé)

4.5.2 Variables dépendantes :

4.5.2.1 Dispensation des services prescrits :

Les variables dépendantes sont divisées en deux familles :

- a) Les méthodes pédagogiques utilisées
- b) Les profils de pratique des formateurs

a) Les méthodes pédagogiques utilisées

Dans notre étude, nous mesurons le nombre de contenus ayant fait l'objet de méthodes pédagogiques expérientielles interactives. Les 12 contenus envisageables sont les suivants : principes de préparation, besoins et niveaux d'assistance, niveau d'assistance : supervision, communication avec le patient (ou comment superviser le patient), assistance partielle, principes de positionnement, principes de prise, principe de mouvement, assistance totale, principes de l'utilisation de l'équipement, obstacles à l'application des principes et solutions et processus de résolution de problème. Cependant, les contenus « obstacles à l'application des principes » et « solutions et processus de résolution de problème » ont été retirés à cause d'un trop grand nombre de réponses manquantes (15 et 16 respectivement). Le nombre de contenus peut donc varier de 0 à 10. Il correspond aux questions 36 i), j), k), l), m), n), o), p), q), r) du questionnaire de l'appendice A.

b) Les profils de pratique des formateurs

Dans notre étude, nous mesurons le profil de pratique optimal à l'aide des trois activités supplémentaires dispensées en sus de la formation PDSB. Ces trois activités sont les suivantes : activités de prévention, activités de suivi et formation d'agents de suivi. Le nombre d'activités dispensées peut varier de 0 à 3. Il correspond aux questions 39, 45 et 51 du questionnaire de l'appendice A.

Tableau 4.4
Dispensation des services prescrits

Nom de la variable	Définition	Source d'information	Valeurs et unités de mesure
Méthodes pédagogiques utilisées en fonction du contenu de la formation	Nombre de contenus ayant fait l'objet de méthodes pédagogiques expérientielles interactives, c'est-à-dire : Principes de préparation Besoins et niveaux d'assistance Niveau d'assistance : supervision Communication avec le patient (ou comment superviser le patient) Assistance partielle Principes de positionnement Principes de prise Principe de mouvement Assistance totale Principes de l'utilisation de l'équipement	Formateur	0 à 10 utilisations de méthodes expérientielles interactives
Profil de pratique optimal	Nombre d'activités dispensées en sus de la formation PDSB par les formateurs, c'est-à-dire : Activités de prévention Activités de suivi Formation d'agents de suivi	Formateur	0 à 3 activités supplémentaires

Nous avons aussi ajouté une troisième variable, soit le pendant dichotomique du profil de pratique des formateurs. À cette fin, nous avons utilisé le concept d'intégrité que nous avons élaboré précédemment et qui stipulait qu'une majorité d'éléments devaient être présents pour prétendre à l'intégrité. Malheureusement,

comme nous l'avons expliqué, le ratio d'éléments présents par rapport à l'ensemble des éléments possibles varie d'une étude à l'autre. Nous avons donc opté pour une version conservatrice en ne considérant intègre que les profils comportant une seule activité manquante au maximum. Ceci nous a permis de créer une variable dichotomique pour le profil de pratique. Lorsque les profils étaient complets ou qu'il ne manquait qu'une seule activité, nous leur attribuons une valeur de 1, alors que les autres valeurs se voyaient attribuer une valeur de 0.

4.5.3 Variables de contrôle :

Les variables de contrôle sont divisées en trois familles :

- a) La variation culturelle
- b) La taille de l'établissement
- c) La compétition

Il est important de noter que pour augmenter la fiabilité des données de ces variables de contrôle, nous avons croisé le nom complet de l'établissement fourni par les répondants à la liste officielle du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Ceci permet d'éliminer les erreurs occasionnées par l'entrée d'informations approximatives de la part des formateurs.

Le choix de ces variables de contrôle a été défini dans notre cadre conceptuel et repose sur notre bilan des connaissances. Ces variables ont été retenues car elles possèdent une influence qui pourrait affecter nos analyses (Pullig, Maxham et Hair, 2001; Ridoutt et al., 2002; Snyder et al., 2006).

Tout d'abord, la variation culturelle reliée à l'emplacement géographique des établissements de santé pourrait amener une distorsion dans nos analyses. En effet, au lieu de mesurer l'effet de nos variables indépendantes, nous aurions pu être conduit à mesurer l'effet des pratiques locales et des habitudes régionales en matière de prévention. Il nous fallait donc diminuer les effets potentiels de ces pratiques.

Deuxièmement, la taille des établissements joue un rôle sur la quantité de ressources présentes dans l'organisation et sur la gestion des établissements. En effet, un établissement de petite taille n'aura pas la même organisation de ses tâches administratives qu'un très grand centre. De sérieuses différences sont à prévoir. Afin d'éviter de cerner des relations qui proviendraient de la taille et non de nos variables indépendantes de notre modèle, nous devons en contrôler les effets à incluant cette variable comme variable de contrôle.

Troisièmement, le type d'établissement et le financement auraient aussi pu influencer notre étude. En effet, l'existence d'établissements privés et publics pourrait être à l'origine de plusieurs différences dans les pratiques internes. Comme notre étude visait à étudier les relations des variables indépendantes de notre modèle sur les variables dépendantes identifiées dans la littérature, il nous apparaissait normal de limiter les effets des différences provenant du type d'établissement et du financement de ceux-ci.

En intégrant ces variables de contrôle, nous pouvons donc diminuer les effets indésirables potentiels sur nos analyses statistiques.

a) La variation culturelle

Dans notre étude, nous mesurons la variation culturelle en identifiant la région sociosanitaire dans laquelle est implanté l'établissement d'attache du formateur. Ces endroits correspondent aux régions administratives officielles définies par le Gouvernement du Québec. Elles varient de 1 à 18. Elles correspondent à la question 12 du questionnaire de l'appendice A.

Tableau 4.5
Variation culturelle

Nom de la variable	Définition	Source d'information	Valeurs et unités de mesure
Région sociosanitaire dans laquelle est implanté l'établissement	Région sociosanitaire d'attache dans laquelle est implanté l'établissement d'attache du formateur, soit : Bas St-Laurent Saguenay - Lac St-Jean Capitale Nationale Mauricie - Bois-Franc Estrie Montréal-Centre Outaouais Abitibi-Témiscamingue Côte-Nord Gaspésie – Iles de la Madeleine Chaudière-Appalaches Laval Lanaudière Laurentides Montérégie	Formateur	Code administratif de 01 à 18

Pour nous permettre de réaliser nos analyses statistiques, nous avons dû transformer cette variable en une pseudo-variable. Pour y parvenir, nous avons attribué une valeur de 1 aux régions qui sont considérées périphériques et une valeur de 0 pour les autres régions, c'est-à-dire celles qui comprennent des zones urbaines densément et modérément peuplées. Les régions périphériques sont celles qui « se situent à plus d'une heure et demie de route d'une métropole (150 km). » (Développement économique Canada, 2003, p.50).

b) La taille de l'établissement

Dans notre étude, nous mesurons la taille de l'établissement en fonction du nombre de lits au permis de l'établissement d'attache du formateur. Ce nombre de lits varie de 31 à 1 238. Il correspond à la question 12 du questionnaire de l'appendice A.

Tableau 4.6

Taille de l'établissement

Nom de la variable	Définition	Source d'information	Valeurs et unités de mesure
Capacités (nombre de lits ou de places inscrit au permis)	Nombre de lits au permis de l'établissement d'attache du formateur.	Formateur	31 à 1 238 lits

c) La compétition

Dans notre étude, nous mesurons la compétition à laquelle fait face l'établissement d'attache du formateur en définissant le statut de l'établissement ainsi que son mode de financement.

1. Statut de l'établissement : il s'agit du statut de l'établissement d'attache du formateur. Il est public ou privé. Il correspond à la question 12 du questionnaire de l'appendice A. Nous avons créé une pseudo-variable en attribuant une valeur de 1 aux établissements publics et de 0 aux établissements privés.

2. Mode de financement de l'établissement : il s'agit du mode de financement de l'établissement d'attache du formateur. Il varie selon qu'il s'agisse d'un financement de type budget, à taux forfaitaire, conventionné à 100%, conventionné à 80% ou non conventionné. Il correspond à la question 12 du questionnaire de l'appendice A. Compte tenu du nombre de valeurs que peut prendre le mode de financement, nous avons créé quatre pseudo-variables. La première attribuait une valeur de 1 au financement à budget et 0 à tous les autres. La deuxième attribuait une valeur de 1 au financement à taux forfaitaire et de 0 aux autres. La troisième attribuait une valeur de 1 au financement conventionné à 100% et 0 aux autres. Finalement, la quatrième attribuait une valeur de 1 au financement non conventionné et une valeur de 0 aux autres.

Tableau 4.7

Compétition

Nom de la variable	Définition	Source d'information	Valeurs et unités de mesure
Statut de l'établissement	Statut de l'établissement d'attache du formateur	Formateur	Public ou privé
Mode de financement de l'établissement	Mode de financement de l'établissement d'attache du formateur	Formateur	Budget, taux forfaitaire, conventionné à 100%, conventionné à 80% ou non conventionné

4.6 Opérationnalisation

Ces variables nous permettent d'explicitier davantage le modèle d'analyse de notre étude. Voici donc, à la page suivante, le modèle détaillé qui sert de base à notre recherche.

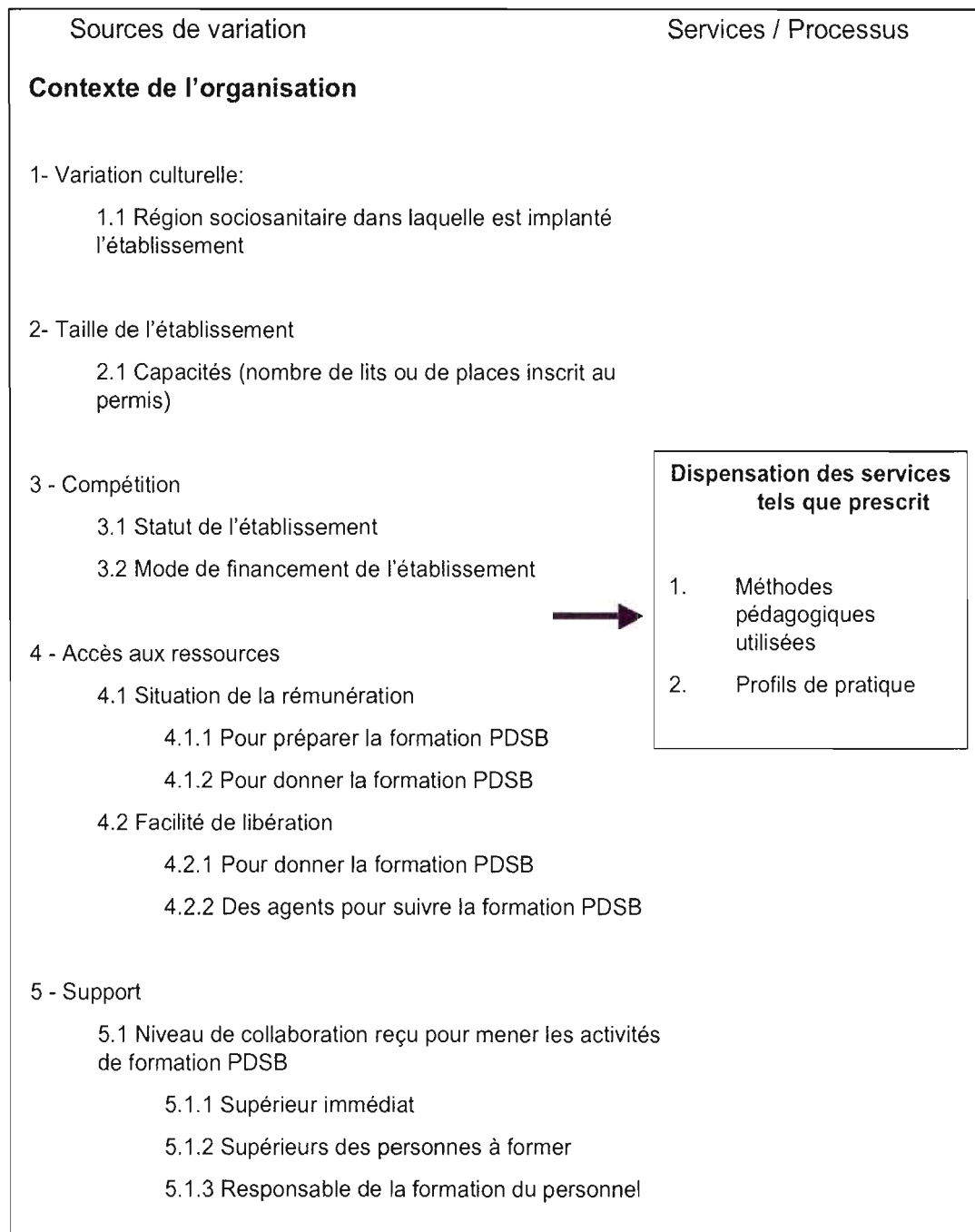


Figure 4.1 Modèle détaillé des sources de variation potentielle reliées au contexte

4.7 Fiabilité de l'instrument de mesure :

Pour évaluer la fiabilité du questionnaire, un test-retest fut réalisé par Berthelette, Leduc et al. (2006) auprès des 60 premiers formateurs qui leur avaient retourné le questionnaire complété. Un mois après le retour du premier questionnaire, un deuxième questionnaire fut expédié aux formateurs sollicités. 33 leur ont retourné le deuxième questionnaire. La fiabilité de l'instrument de mesure a été estimée à l'aide d'analyses de corrélation choisies en fonction de la nature des échelles de mesure de chacune des variables. Le coefficient de corrélation de Pearson fut utilisé pour les variables continues, alors que le coefficient Kappa de Cohen (k) fut utilisé pour les variables nominales à plusieurs catégories. Les résultats sont présentés dans deux tableaux dans les appendices F et G.

Les coefficients de Kappa calculés pour la mesure des méthodes pédagogiques sont supérieurs à 0,8 dans 8,7% des cas, compris entre 0,6 et 0,8 dans 47,6% des cas et situés entre 0,4 et 0,6 pour 30,2% des cas. Les coefficients de Kappa concernant les questions portant sur les activités du programme PDSB dispensées par les formateurs varient de 0,624 à 1 et sont tous significatifs alors que ceux qui sont rattachés à la proportion des heures rémunérées oscillent entre 0,515 et 0,753 et sont eux aussi tous significatifs.

Les Kappa des mesures contextuelles sont statistiquement significatifs et varient de 0,570 à 0,958. Des problèmes de fiabilité sont présents dans deux questions. Elles concernent la perception des formateurs des niveaux de collaboration obtenus des supérieurs immédiats des individus qu'ils ont formés (0,533) et leur perception des niveaux de collaboration obtenus de leur propre supérieur (0,395). Cependant, il est fort probable que cette variation soit due en partie à une modification de la collaboration entre les travailleurs dans le mois suivant la complétion du premier questionnaire et non pas uniquement à une faible reproductibilité. Nous conservons donc ces variables pour notre étude.

Les mesures en lien avec les activités des formateurs et le contexte de leurs interventions sont donc généralement fiables.

4.8 Traitement des données

L'équipe des professeurs Berthelette et Leduc a encodé manuellement les réponses de certaines questions avant leur saisie automatique. Cette codification a été effectuée pour les réponses de la catégorie « autres » des questions 36B ainsi que pour les réponses données aux questions ouvertes traitant des variables suivantes : nom de l'établissement et du département, du service ou de l'unité dans lequel le formateur PDSB travaillait. Les données provenant du MSSS furent aussi codifiées et concernaient les caractéristiques suivantes : région, mission, capacité, statut et mode de financement. Ils ont aussi procédé à la standardisation des noms de départements, des services et des unités à l'aide des informations du MSSS.

La saisie automatisée des données a été effectuée par un lecteur optique. L'opératrice pouvait procéder aux vérifications de manière simultanée à leur traitement par le logiciel. Les données furent par la suite converties en un fichier SPSS dont la cohérence des données fut analysée.

4.9 Méthodes d'analyse

Nous avons choisi de procéder à une analyse d'implantation de type I car nous souhaitons expliquer la variation dans l'intégrité de l'intervention (Champagne et Denis, 1992, Denis et Champagne, 1990), c'est-à-dire d'identifier les sources de variation de l'implantation du programme PDSB. Nous avons préconisé une

approche dite structurelle (Denis et Champagne, 1990) car nous supposons que les attributs du contexte organisationnel de l'entreprise peuvent expliquer la variation du processus d'implantation de l'innovation. Nous avons analysé les relations entre les attributs (déterminants de la variation, variables indépendantes) et les services (dépendantes).

Pour débiter, nous avons réalisé un test de t pour vérifier si notre échantillon de répondants correspondait à notre population. Afin de tracer un portrait de la situation, nous avons calculé la moyenne et l'écart-type de nos variables et nous avons indiqué les proportions, le cas échéant. Nos variables furent scrutées pour en vérifier la normalité et la symétrie. Des analyses bivariées (Pearson) furent aussi réalisées sur nos variables afin de déceler de la multicollinéarité. Par la suite, après avoir vérifié que nos variables répondaient aux postulats adéquats (relation linéaire entre la variable indépendante et la variable dépendante, erreurs distribuées normalement et variation des résiduels constante) nous avons effectué des analyses de régression multiple linéaire entre l'accès aux ressources et le support (indépendantes) et les méthodes pédagogiques utilisées et les profils de pratique (dépendantes) en contrôlant pour la variation culturelle, la taille de l'établissement et la compétition. Nous avons subséquemment fait des analyses de régression logistique binomiale entre l'accès aux ressources (indépendantes) et le support et le pendant dichotomique de nos variables dépendantes en respectant le concept d'intégrité. Les postulats obligatoires aux analyses (variables dépendantes exprimées sous forme dichotomique, variables indépendantes et dépendantes mutuellement exclusives, chacun des cas représenté qu'une seule fois et ne faire partie que d'un seul groupe et nombre de répondants suffisant) ont été vérifiés préalablement.

Notre méthode d'analyse repose donc sur des statistiques inférentielles associatives, plus précisément sur des régressions linéaires multiples ainsi que des

analyses de régression logistique. Nous présentons nos résultats dans le prochain chapitre.

CHAPITRE V

PRÉSENTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, nous commentons les résultats descriptifs issus de nos analyses, ainsi que les résultats de nos analyses de régression multiple linéaire et de nos analyses de régression logistique binomiale. Nous commençons par expliquer nos résultats descriptifs.

5.1 Résultats descriptifs

Nous présentons ici les résultats des analyses descriptives concernant notre échantillon de formateurs accrédités ($n=106$) et qui offrent de la formation PDSB dans le réseau de la santé québécois. Ce nombre correspond à l'ensemble des formateurs actifs qui ont donné de la formation et qui ont répondu à l'ensemble des questions traitant des variables essentielles à la mise à l'épreuve de notre modèle théorique. La question 36 du questionnaire, qui s'étalait sur plusieurs pages, a été celle où nous avons retrouvé le plus de réponses manquantes. La taille de l'établissement était accompagnée elle aussi de quelques réponses manquantes, mais la base de données du ministère de la Santé nous a permis d'y suppléer en identifiant les valeurs manquantes.

Tout d'abord, nous avons vérifié la représentativité de notre échantillon à l'aide de l'ensemble de nos variables. Dans ce dessein, nous avons comparé les

réponses de nos 106 répondants à celles de nos 115 formateurs qui ont dispensé de la formation à l'aide d'un test de t. Aucune différence significative n'a pu être observée pour aucune de nos variables. La différence la plus grande fut observée sur la variable de contrôle « nombre de lits total au permis » et représentait 1,9%. Cela s'explique par le fait qu'un formateur travaillant au sein d'un grand centre hospitalier a omis de répondre à quelques questions et n'a donc pas été intégré dans notre groupe de 106 répondants. Les différences sont donc négligeables et nous pouvons conclure que notre échantillon est représentatif.

5.1.1 Caractéristiques sociodémographiques des formateurs

Nous allons maintenant dresser le profil sociodémographique des formateurs qui constituent notre échantillon à l'aide du tableau de la page suivante. Nous pouvons tout de même mentionner que le formateur type est une femme dans la quarantaine, préposée aux bénéficiaires, titulaire d'un diplôme d'études collégiales, née au Canada et qui travaille depuis près de 20 ans dans le réseau de la santé. L'ensemble des détails se retrouvent dans le prochain tableau.

Tableau 5.1

Caractéristiques sociodémographiques des formateurs (n=106)

Caractéristiques		Moyenne ou pourcentage	Unité de mesure	Écart-type (lorsque applicable)
Âge		43,94	années	7,13
Genre	Femme	72,6	%	NA
	Homme	27,4	%	NA
Pays de naissance	Canada	93,4	%	NA
	Autres	6,6	%	NA
Ancienneté dans le réseau de la santé		20,18	années	8,03
Ancienneté dans l'établissement d'attache		17,43	années	8,45
Ancienneté dans la catégorie professionnelle		16,28	années	10,70
Ancienneté de leur première formation PDSB reçue		13,82	années	5,94
Niveau de scolarité	5 ^e secondaire ou professionnel	25,5	%	NA
	Collégial	35,8	%	NA
	Certificat universitaire	14,2	%	NA
	Baccalauréat	16,0	%	NA
	Maîtrise	0,9	%	NA
	Autres	7,6	%	NA
Catégorie d'emploi	Préposé aux bénéficiaires	26,4	%	NA
	Infirmière	18,9	%	NA
	Infirmière auxiliaire	14,2	%	NA
	Thérapeute en réadaptation physique	22,6	%	NA
	Ergothérapeute	6,6	%	NA
	Physiothérapeute	6,6	%	NA
	Autres	4,7	%	NA

5.1.2 Caractéristiques du contexte

Accès aux ressources

En général, les formateurs de notre échantillon n'éprouvent pas beaucoup de difficulté pour obtenir des libérations afin de donner de la formation PDSB ($\bar{x}=7,59$, $s=3,25$). Près de la moitié (43,4%) indiquent même avoir une très grande facilité (10) pour obtenir des libérations pour cette raison. La situation n'est pas aussi rose lorsqu'il s'agit de la facilité de libération des agents de suivi pour suivre la formation PDSB ($\bar{x}=5,51$, $s=3,50$). On ne dénombre que 20,8% des formateurs qui mentionnent que les agents sont libérés très facilement pour cette raison.

Lorsque nous analysons les données concernant la rémunération, nous observons que pour l'ensemble des formateurs de notre échantillon ($n=106$), seulement 51% ($s=0,39$) des heures nécessaires à la préparation de leur formation ont été rémunérées. En regardant plus attentivement la distribution de la rémunération, on s'aperçoit que près du quart des formateurs (22,6%) ont vu la préparation de la formation entièrement rémunérée, alors qu'une proportion semblable (28,3%) n'a rien reçu du tout. La situation est plus positive dans le cas de la rémunération pour donner la formation, car 96% des formateurs ont été entièrement rémunérés pour cette activité, sept formateurs n'ayant reçu aucune rémunération pour donner leur formation.

Support

Le niveau de collaboration qu'obtiennent les formateurs pour accomplir les activités de formation est généralement élevé. La moyenne se situe à 7,87 ($s=2,95$) pour le niveau de collaboration de leur supérieur immédiat, alors que 44,3% ont

indiqué un niveau de collaboration de 10. Pour le niveau de collaboration des supérieurs immédiats des travailleurs formés, la moyenne s'établit à 7,16 ($s=3,15$), alors que 29,2% ont indiqué un niveau de 10. Troisièmement, une moyenne de 7,13 ($s=3,32$) correspond au niveau de collaboration provenant du responsable de la formation de leur établissement, alors que 35,8% ont mentionné un niveau de 10.

5.1.3 Caractéristiques des services prescrits

Choix des méthodes pédagogiques

Le nombre de fois où les formateurs ont eu recours à des méthodes expérientielles interactives est de 8,93 en moyenne ($s=0,99$). Près du quart (27,9%) utilisent toujours ces méthodes pour l'ensemble des 10 volets.

Profils de pratique

Dans le cas du nombre d'activités complémentaires à la formation PDSB offertes par les formateurs, la moyenne est de 1,34 activité ($s=0,80$). Une faible proportion de formateurs prodiguent toutes les activités requises (6,6%), alors que 14,2% n'en prodiguent aucune et se limitent à dispenser la formation de base. Il faut aussi mentionner que 41,5% des profils de pratique étaient intègres, c'est-à-dire qu'on y avait omis tout au plus une seule activité. La figure suivante montre la diversité des profils de pratique des formateur ayant participé à l'étude.

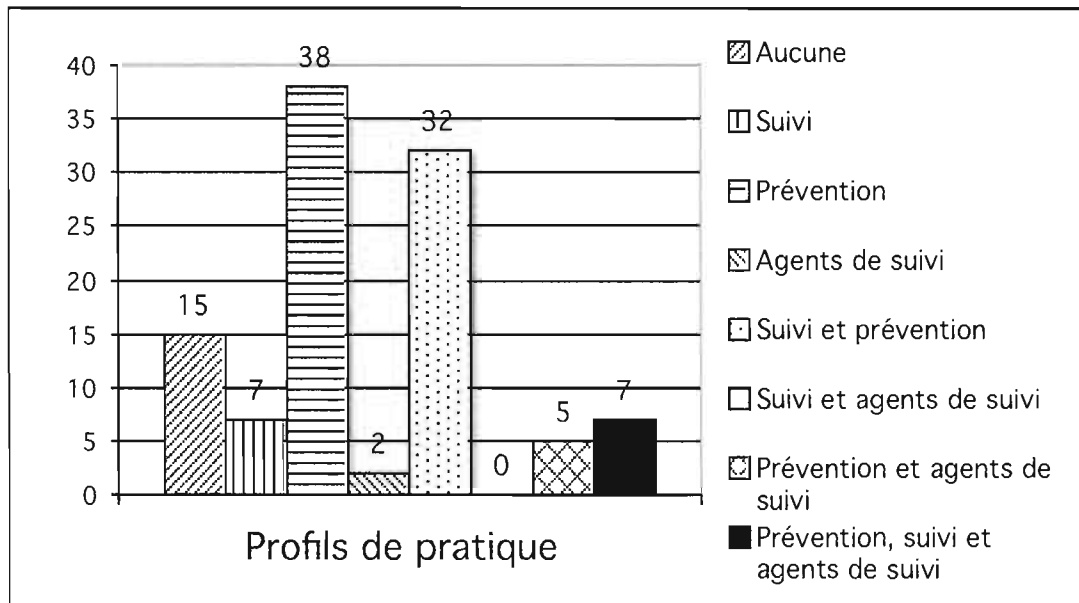


Figure 5.1 Distribution des activités des profils de pratique des formateurs.

5.1.4 Variables de contrôle

Taille de l'établissement (capacité)

Tout d'abord, le nombre de lits au permis des centres hospitaliers dans lesquels les formateurs actifs travaillent varie de 31 à 1 238 avec une moyenne de 214 lits ($s=197,0$).

Compétition (statut de l'établissement et financement)

Les centres hospitaliers sont des entités publiques dans 89% des cas ($s=0,32$). La majorité des établissements, soit 86% ($s=0,35$), fonctionnent sous un

mode de financement appelé « budget » alors que 8% ($s=0,27$) fonctionnent avec un financement « conventionné ». Les autres types de financement sont négligeables.

Variation culturelle (région sociosanitaire)

À peine 16% des répondants ($s=0,37$) proviennent d'établissements situés dans ce que le gouvernement du Québec appelle les régions périphériques. Ceci s'explique entre autres par la faible densité démographique dans ces régions qui possèdent naturellement moins d'établissements, et de plus petits lorsqu'il en existe.

5.1.5 Corrélation entre les variables

Avant de poursuivre nos analyses, il est important de faire le point sur la corrélation qui existe entre nos variables et qui nous a amené à ne retenir que les plus importantes pour notre étude. Quelques-unes de nos variables affichent en effet une corrélation supérieure à 0,750. Nous avons privilégié les variables qui se rattachaient davantage au contexte organisationnel afin de respecter notre modèle théorique et l'objectif de cette étude. La matrice de corrélation se retrouve dans l'appendice H à la fin de cet ouvrage.

Nous avons dû retirer les variables « financement par budget » ainsi que « financement conventionné » car elles étaient corrélées à 0,880 et 0,800 avec la variable « établissement public ». À notre avis, il était préférable de conserver la variable « établissement public », car cette dernière se rattache à un concept plus accessible et plus clair. En effet, lorsque nous traitons du contexte organisationnel et que nous invoquons le type d'établissement, le risque de confusion est plus faible que si nous invoquons ces types de financement. Aucune autre paire de variables

n'étaient corrélées et nous avons donc été en mesure de toutes les utiliser pour nos analyses statistiques.

5.2 Modèles de régression multiple linéaire

Nos variables se conformaient aux conditions nécessaires à l'utilisation de régressions multiples, c'est-à-dire qu'il y avait une relation linéaire entre la variable indépendante et la variable dépendante, que les écarts types étaient distribués normalement pour l'ensemble des variables et que la variation des résidus était relativement constante (Morgan et al., 2004). Nous n'avons cependant obtenu aucun résultat statistiquement significatif pour nos analyses de régression multiple linéaire.

5.3 Analyses de régression logistique

Cette section est consacrée aux résultats de nos analyses de régression logistique du profil de pratique des formateurs. Tout d'abord, il faut noter que nos variables se conformaient aux conditions nécessaires à l'utilisation de régressions logistiques, c'est-à-dire que nos variables dépendantes étaient exprimées sous forme de variables dichotomiques, que les variables indépendantes et dépendantes étaient mutuellement exclusives et que chacun des cas ne pouvait être représenté qu'une seule fois et qu'il ne pouvait faire partie que d'un seul groupe. De plus, nous avons 105 répondants, ce qui était beaucoup plus que le nombre de cas minimum nécessaires à l'utilisation de ces analyses (Leech, Barrett et Morgan; 2005).

L'analyse logistique binomiale du profil de pratique a permis d'identifier quelques relations statistiquement significatives. Pour les besoins de cette analyse,

comme nous le justifions précédemment, le profil de pratique a été dichotomisé. La valeur de 1 fut attribuée au profil de pratique complet (intègre) ou duquel une seule activité avait été négligée, alors que la valeur 0 fut attribuée aux profils incomplets desquels 2 activités ou plus n'étaient pas réalisées.

Nos résultats indiquent tout d'abord que les formateurs qui sont rémunérés pour leurs heures consacrées à la préparation de la formation ont 4,82 fois plus de chance ($p=0,007$) d'utiliser un profil de pratique complet, dans lequel toutes les activités sont dispensées ou qu'une seule activité a été négligée, que ceux qui ne sont pas rémunérés. Il va sans dire que la rémunération des heures pour préparer les formations peut être un indicateur de l'importance que prend la prévention dans les établissements.

Deuxièmement, nos résultats démontrent que les formateurs qui ont une grande facilité de libération pour donner la formation PDSB ont 0,827 fois moins de chance ($p=0,021$) d'utiliser un profil de pratique complet que ceux qui sont difficilement libérés. Cela peut sembler à prime abord contre-intuitif. Cependant, en y réfléchissant, cela est finalement logique. Plus les formateurs sont libérés facilement pour dispenser leur formation auprès des travailleurs, plus ils donnent de la formation, ce qui affecte la réalisation des activités prévention, de formation d'agents de suivi et de prévention du PDSB.

Troisièmement, nos analyses montrent que le niveau de collaboration du responsable de la formation de l'établissement joue un rôle positif sur le profil de pratique des formateurs. En effet, un niveau de collaboration élevé des responsables de la formation augmenterait de 1,247 fois ($p=0,008$) la probabilité qu'un profil de pratique complet soit prodigué par les formateurs.

Tableau 5.2

Résultats des analyses de régression logistique (n=106)

Variables dépendantes	Variables retenues	B	Erreur	P	Ratio de cotes
Profil de pratique	Proportion des heures rémunérées pour la préparation de la formation	1,573	0,580	0,007	4,820
	Facilité de libération pour donner la formation PDSB	-0,191	0,083	0,021	0,827
	Niveau de collaboration du responsable de la formation	0,221	0,083	0,008	1,247
Valeurs observées / valeur prédites		67,9%			
Rapport de vraisemblance		128,891			

5.4 Conclusion

Dans cette partie, nous avons tout d'abord présenté les caractéristiques sociodémographiques des formateurs qui ont participé à l'étude. Il s'avère qu'il s'agit principalement de femmes préposées aux bénéficiaires dans la quarantaine possédant un diplôme d'études collégiales et qui travaillent depuis une vingtaine d'années dans le réseau de la santé et des services sociaux. Nous avons aussi présenté les caractéristiques du contexte en élaborant sur l'accès aux ressources ainsi que sur le support. Il s'avère que la facilité de libération est généralement bonne, tout comme les libérations, mais que la rémunération des heures pour la préparation des formations n'est pas une pratique aussi généralisée que nous pourrions le souhaiter. Nous avons aussi présenté les caractéristiques des services prescrits. L'ensemble des méthodes expérientielles interactives est normalement utilisée; néanmoins, huit profils de pratique ont été identifiés.

Cependant, nous devons aussi noter qu'aucun modèle de régression multiple linéaire n'a indiqué la présence de relations statistiquement significatives entre nos variables dépendantes et nos variables indépendantes. Cependant, lors de notre analyse initiale englobant l'ensemble de nos variables de contrôle et de nos variables indépendantes avec la variable dépendante « méthodes expérientielles interactives », nous avons obtenu une relation significative. Il s'agit du support du supérieur immédiat du formateur. Néanmoins, lorsque nous avons refait les analyses en ne conservant que celle-ci, nous n'avons pas plus été en mesure d'obtenir des relations statistiquement significatives. Ceci peut s'expliquer par plusieurs limites de notre étude que nous exposerons dans le chapitre consacré à la discussion.

Nos analyses de régression logistique binomiale ont permis d'observer plusieurs relations statistiquement significatives pour les profils de pratique. En effet, la rémunération des heures pour la préparation des formations augmente de 4,82 fois les chances qu'un profil de pratique complet soit utilisé. La facilité de libération pour donner de la formation réduit de 0,827 fois la probabilité que soit utilisé un profil de pratique complet, alors que la collaboration du responsable de la formation augmente cette probabilité de 1,247 fois. Nous discutons de nos résultats dans le prochain chapitre.

CHAPITRE VI

DISCUSSION ET CONCLUSION

Dans ce chapitre nous discutons de nos résultats et nous concluons notre recherche qui traite du contexte de l'organisation. Nous débutons tout d'abord en discutant des contrôles apportés à notre étude, de sa validité, des relations identifiées dans la section précédente et nous concluons en soulevant les contributions de cette recherche et les pistes futures pertinentes à explorer.

Afin d'éliminer au maximum les influences extérieures sur notre étude, nous avons utilisé un questionnaire conçu dans le but d'étudier l'implantation du PDSB dans le réseau de la santé québécois et réalisé par Berthelette, Leduc et al. (2006). Ce questionnaire unique comprenant l'ensemble des questions afin de favoriser la validité de contenu, ce qui aurait été plus difficile à atteindre si nous avions procédé à l'aide de plusieurs petits questionnaires. Aussi, les répondants étaient situés dans plusieurs lieux différents, soit l'ensemble du territoire du Québec, ce qui limitait les interactions potentielles pendant l'étude. Il ne faudrait pas non plus négliger le fait que le traitement des questionnaires était en grande partie automatisé et les chercheurs n'intervenaient pas directement auprès des répondants, ce qui évitait d'interagir inutilement avec le contenu de leurs réponses. L'échantillon de répondants était représentatif de l'ensemble de nos répondants, avec une variation maximale de 1,9% pour l'une des variables. Nous devons aussi mentionner que notre modèle théorique permettait de limiter les biais en intégrant les variables confondantes les plus susceptibles d'affecter nos résultats. Cependant, nos

analyses n'ont démontré aucun effet provenant de ces variables. Nous pouvons donc affirmer que des mesures adéquates ont été prises afin de maximiser la validité interne de notre étude.

En ce qui a trait à la validité interne de notre étude, nous croyons que nos résultats sont le fruit de notre modèle d'analyse et non du hasard. Nous avons été en mesure de limiter les interférences extérieures afin de mettre à l'épreuve notre modèle théorique auprès de notre échantillon de participants. Ceci nous a permis de tester nos hypothèses de départ qui reposaient sur une vaste quantité de connaissances scientifiques. De plus, notre modèle théorique nous a permis de mettre à l'épreuve la relation qui était susceptible d'exister entre nos variables indépendantes et dépendantes, c'est-à-dire l'accès aux ressources et l'intégrité de l'implantation ainsi qu'entre le support et cette même intégrité. Notre devis nous permettait aussi de considérer un maximum de variables de manière simultanée afin de tenir compte de l'ensemble des relations possibles selon les connaissances disponibles à ce jour. Notre devis non expérimental corrélationnel ex post-facto était tout à fait approprié à cette situation, car la formation dispensée par les formateurs avait déjà été donnée et nous ne pouvions donc pas intervenir directement sur les sujets. Ceci nous porte à croire que les relations statistiquement significatives identifiées lors de nos analyses sont donc le résultat des variables de notre modèle et qu'elles proviennent donc de notre échantillon et non de facteurs externes aléatoires.

En ce qui concerne la validité externe de notre étude, nous devons mentionner plusieurs limites importantes. Premièrement, nous avons exclu les formateurs actifs de l'ASSTSAS qui n'avaient donné que des activités de prévention ou de formation d'agents de suivi sans donner la formation PDSB à la base de notre étude. De plus, notre étude s'est déroulée dans plusieurs organisations publiques syndiquées qui offrent des services de santé à la grandeur du territoire québécois.

Donc, bien que ces données puissent être potentiellement extrapolées à d'autres secteurs d'activités et à d'autres types d'organisations, nous croyons qu'elles pourraient davantage servir aux organisations qui offrent des services de santé directement à des bénéficiaires, tels les maisons de retraite, les centres d'hébergement pour les personnes en perte d'autonomie ou à mobilité réduite. Ces organisations ressemblent en plusieurs points aux organisations que nous avons étudiées sur le plan de la structure de travail pour les préposés ainsi que sur l'aménagement des lieux. De plus, lorsque les déplacements de bénéficiaires sont fréquents, les risques que le personnel se blesse sont plus élevés. Dans ce contexte, il est important que les programmes de formation et de prévention qui seront implantés le soient correctement, ce que notre étude tente de favoriser. Nous allons maintenant poursuivre en discutant des relations que nous avons obtenues entre nos variables indépendantes et dépendantes

Nous discutons en premier lieu des relations entre nos variables indépendantes d'accès aux ressources et l'utilisation des méthodes pédagogiques. L'accès aux ressources se compose de la situation de la rémunération pour la préparation et la dispensation de la formation, de la facilité de libération du formateur pour qu'il puisse dispenser la formation ainsi que de la facilité de libération des agents de suivi pour que ces derniers suivent la formation PDSB. Les méthodes pédagogiques utilisées étaient composées du nombre de fois où des méthodes expérientielles interactives avaient été utilisées. Ces méthodes pédagogiques avaient été retenues, car elles sont les plus efficaces pour favoriser le transfert des apprentissages dans un contexte de formation professionnelle (Agha et Van Rossem, 2004; Delarose, 1993; Fanello et al, 2002; Sinclair et al., 2003; Venning, 1988).

Malheureusement, nous n'avons pas été en mesure d'identifier de relations statistiquement significatives pour l'ensemble de ces variables à l'aide de nos

analyses de régressions multiples linéaires. Nous croyons que plusieurs raisons expliquent l'absence de relations.

Tout d'abord, la taille de notre échantillon ($n=106$), bien qu'adéquate, pourrait avoir joué un rôle en ce sens en limitant la puissance statistique de nos analyses. Notre modèle gagnerait à être testé de nouveau sur un plus grand échantillon.

Deuxièmement, le concept d'intégrité n'est pas un concept étanche, c'est-à-dire que d'un auteur à l'autre, il existe une certaine variation (Bayo-Moriones et Lera-Lopez, 2007; Bosworth et al., 1999; Champagne et Denis, 1992; Kalafat, Illback et Sanders, 2007; Linton, 2002). Par conséquent, selon les seuils établis par les auteurs pour définir ce que représente une activité intègre (par exemple, 60% ou bien 80% des activités), le traitement de notre variable dépendante, lors de la dichotomisation, aurait pu être différent et nous apporter des résultats distincts. En effet, le point de rupture pour définir que l'utilisation des méthodes était faite de manière intègre aurait pu être de six, sept, huit, neuf ou même de dix méthodes expérientielles interactives sur une possibilité de dix. La dichotomisation n'aurait donc pas été réalisée de la même manière et aurait amené des résultats différents.

À cela s'ajoute aussi un taux de non-réponse élevé pour deux des questions traitant de l'utilisation des méthodes expérientielles interactives, qui nous ont obligé à les retirer pour ne pas trop réduire la taille de notre échantillon. Étrangement, pour les autres questions traitant des méthodes expérientielles interactives, lorsqu'elles n'étaient pas utilisées, les répondants inscrivaient le code approprié. Cependant, pour les deux dernières questions de cette section, et uniquement celles-ci, les formateurs ont préféré ne pas y répondre. Nous pourrions croire que ceci s'explique par le fait que les répondants ne dispensaient pas ces modules de formation. Néanmoins, après vérification, il s'avère que tous les formateurs qui ont omis de répondre à la partie traitant des méthodes expérientielles abordaient ces contenus.

Cependant, ces questions portaient sur les obstacles à l'application des principes et des solutions ainsi que sur le processus de résolution de problèmes. La fatigue explique certainement une partie de ce phénomène, car après tout, les questions correspondaient aux 19^e et 20^e questions traitant des méthodes pédagogiques. De plus, il est possible que la pertinence de ces deux questions n'ait pas été perçue clairement. En effet, ces deux dernières questions traitaient de deux éléments importants de la formation, mais qui ne sont pas reliés à des contenus aussi concrets que les questions portant sur les volets techniques de la formation. Il est donc possible que les formateurs n'aient pas été en mesure de saisir la portée de ces deux questions. Cela a donc pu encourager les répondants à les laisser sans réponse.

De plus, la fiabilité de notre instrument de mesure pourrait éventuellement être améliorée. En effet, bien que les coefficients de Kappa calculés pour la mesure des méthodes pédagogiques soient supérieurs à 0,8 dans 8,7% des cas et compris entre 0,6 et 0,8 dans 47,6% des cas, ils sont tout de même situés entre 0,4 et 0,6 dans 30,2% des cas alors que ceux qui sont rattachés à la proportion des heures rémunérées oscillent entre 0,515 et 0,753, mais sont eux aussi significatifs.

À cela pourrait aussi s'ajouter une part de multicollinéarité qui viendrait aussi diminuer notre puissance statistique. La multicollinéarité entre nos variables était cependant faible car nous n'avons obtenu aucune corrélation, entre nos paires de variables, supérieure à 0,900, ni même supérieure à 0,800. Une seule paire de variables obtient une corrélation au-dessus de 0,700 et il s'agit du niveau de collaboration des responsables de la formation et du niveau de collaboration des supérieurs immédiats des formés (0,744).

Un dernier point à mentionner serait la variation de nos variables dépendantes et indépendantes. En effet, lors de nos analyses descriptives des

résultats, nous avons mentionné les moyennes et les écart-types. Nous pouvons y observer que pour les variables indépendantes reposant sur une échelle de Likert, la variation y était pratiquement la même pour chacune d'elles (écart-type variant de 2,95 à 3,50). Les coefficients de variation qui en résultent varient entre 0,400 et 0,600. La variation est donc élevée, mais elle élevée pareillement pour l'ensemble. Dans le domaine des sciences sociales, il est possible de repérer l'existence de plusieurs sous-groupes de répondants si la variation fluctue fortement d'une question à une autre. Dans notre étude, la constance des coefficients nous porte à croire qu'il s'agit d'un seul groupe de répondants. La variation pour la rémunération de la préparation et la dispensation des formations varie davantage pour la rémunération de la préparation avec un coefficient très élevé de 0,763 alors que la rémunération pour dispenser la formation est plus faible avec 0,183. Nous noterons au passage que le coefficient de variation des méthodes expérientielles est relativement faible (0,110). Dans l'ensemble, la variation est homogène bien que sensiblement élevée pour l'ensemble de nos variables. Nous poursuivons maintenant en discutant des relations entre l'accès aux ressources et les profils de pratique.

Lors de nos analyses, des relations statistiquement significatives ont été obtenues entre l'accès aux ressources et les profils de pratique des formateurs. Nous n'avons pu utiliser des régressions multiples linéaires pour ces variables à cause de l'impossibilité d'établir la normalité de la distribution des profils de pratique. En effet, ces variables comportaient au maximum quatre valeurs et il aurait été trop risqué d'assumer une distribution normale pour un si petit nombre de valeurs possibles. Cependant, la dichotomisation, en respectant le concept d'intégrité énoncé précédemment, nous a permis d'utiliser des analyses de régression logistique et d'étudier les relations possibles entre les profils et les variables d'accès aux ressources.

Tout d'abord, la rémunération des heures nécessaires pour préparer la formation PDSB est reliée de manière significative ($p=0,007$) aux profils de pratique intègres. En effet, la rémunération des heures nécessaires à la préparation de la formation accroît de 4,82 fois la probabilité qu'un profil de pratique intègre soit utilisé, ce qui confirme d'ailleurs les conclusions de Devilly et al. (2005) sur la nécessité d'accorder du temps de préparation aux formateurs. Ces profils de pratique intègres incluent des activités de prévention et de suivi en sus de la formation de base. Les activités de ces profils de pratique sont de meilleurs prédicteurs de la réduction des maux de dos (Cornish et Jones, 2006; Fanello et al., 2002; Gagnon, Lortie et St-Vincent, 1989; Hignett, 1996; Lägerström et al., 1998; Lynch et Freund, 2000) que la simple formation. De plus, lorsque l'on sait que 28,3% des formateurs ne reçoivent aucune rémunération alors que seulement 22,6% sont entièrement rémunérés pour la préparation de leur formation, la pertinence d'agir à ce niveau semble évidente.

Nous avons aussi été en mesure d'établir une autre relation entre les variables d'accès aux ressources et les profils de pratique. Cette deuxième relation concerne plus particulièrement la facilité de libération des formateurs pour donner la formation PDSB et l'intégrité des profils de pratique utilisés. Cette relation statistiquement significative ($p=0,021$) vient cependant diminuer de 0,827 fois la probabilité qu'un profil de pratique intègre soit utilisé. Cela semble a priori contre-intuitif; cependant, en y réfléchissant bien, cela est tout à fait logique. En effet, en facilitant la libération pour dispenser la formation, les formateurs pourraient avoir plus de temps pour donner leur formation, et incidemment, avoir moins de temps pour faire de la prévention et le suivi. La formation demeure le pilier central du PDSB, mais nous discuterons dans le prochain paragraphe des relations entre le support et les méthodes pédagogiques.

Les variables du support concernent le niveau de collaboration reçu du supérieur immédiat, du supérieur des personnes à former et du responsable de la

formation du personnel dans l'organisation. Nous n'avons pas été en mesure d'identifier de relations statistiquement significatives pour l'ensemble de ces variables à l'aide de nos analyses de régressions multiples linéaires. Nous croyons que les raisons énoncées dans la partie précédente s'appliquent aussi pour ces variables. Nous devons cependant indiquer qu'en ce qui a trait à l'instrument de mesure, des problèmes de fiabilité étaient présents dans deux questions. Elles concernent la perception des formateurs des niveaux de collaboration obtenus des supérieurs immédiats des individus qu'ils ont formés (0,533) et leur perception des niveaux de collaboration obtenus de leur propre supérieur (0,395). Il est possible que ces éléments du questionnaire puissent être améliorés pour une utilisation future. Pour l'instant, nous allons discuter des relations entre le support et les profils de pratique des formateurs.

Une relation statistiquement significative a cependant été obtenue entre une variable de support et l'utilisation d'un profil de pratique intègre dichotomisé. Cette relation ($p=0,008$) indique que le support du responsable de la formation du personnel de l'organisation accroît de 1,247 fois la probabilité qu'un profil de pratique intègre soit utilisé. Ces résultats s'inscrivent dans la lignée de Bruque et Moyano (2007), Lee et Kim (2007), Linton (2002) et Pullig, Maxham et Hair (2001). En effet, ces chercheurs ont identifié le support organisationnel comme une variable importante de l'implantation d'une innovation dans une organisation.

Nous ne répèterons pas ici les raisons qui font que l'utilisation d'un profil de pratique intègre est souhaitable. Cependant, nous mentionnerons qu'à peine 35,8% des formateurs indiquent avoir un support très élevé (10) pour mener leurs activités de formation PDSB. Les responsables de la formation dans les organisations ont donc intérêt à travailler de concert avec les formateurs PDSB afin d'accroître l'utilisation de profils de pratique intègres.

6.2 Conclusion

Notre recherche nous a permis d'observer la relation entre le contexte organisationnel et la dispensation des services prescrits. Bien que notre modèle puisse gagner en raffinement, il nous a tout de même permis de cerner l'influence que le contexte organisationnel peut avoir sur l'implantation d'un programme et plus spécifiquement, sur l'intégrité des différents services prescrits par le programme.

Cette étude ne révolutionnera pas la formation ni la gestion des organisations. Cependant, les trois relations statistiquement significatives entre le contexte et la dispensation des services permettent d'identifier très clairement l'apport du contexte sur l'intégrité de ces services.

À notre connaissance, aucune recherche scientifique n'a été en mesure d'établir de telles relations entre le contexte organisationnel et la dispensation des services prescrits par le PDSB. Nos connaissances contribuent modestement à combler ce vide.

Pour approfondir davantage notre étude, nous croyons qu'un modèle reposant sur l'étude des ressources humaines, plus particulièrement sur les caractéristiques des formateurs et des individus formés, devrait être élaboré afin de cibler l'impact de ces éléments sur la dispensation des services tels que prescrits. Une recherche évaluative portant sur l'ensemble des individus formés en PDSB, et pas uniquement les formateurs, demanderait une grande quantité de ressources, mais serait certainement réalisable. Elle nous permettrait de vérifier le niveau d'utilisation des différentes composantes du PDSB dans leur pratique et d'identifier d'autres variables contextuelles qui expliqueraient cette variation. Après tout, une

implantation réussie devrait être associée à une utilisation de l'ensemble des composantes par les individus formés.

Nos découvertes pourraient être utilisées à plusieurs fins. Cependant, nous pensons important de recommander aux responsables de la formation des établissements ainsi qu'aux membres de l'ASSTSAS de rappeler l'importance des autres volets aux formateurs pour éviter que leurs efforts ne soient concentrés sur une seule activité au détriment des autres. En outre, l'importance que semble prendre la rémunération des heures nécessaires à la préparation des formations nous porte à croire qu'elle pourrait servir aux formateurs ou à leur syndicat pour revendiquer la rémunération de ces heures de préparation. De plus, nos résultats pourraient aussi encourager les responsables de la formation dans les établissements à collaborer davantage avec les formateurs PDSB de leur établissement.

Nos résultats indiquent qu'il est impératif que les heures nécessaires à la préparation de la formation soient rémunérées pour que l'utilisation de profils de pratique complets soit encouragée autant que possible, et que la prévention et les suivis fassent à leur tour partie intégrante de la pratique des formateurs. Puisque la prévention primaire et la réalisation d'activités de suivi est associée à la production des effets de tels programmes (Cheung, 1997; Hignett, 1996; LeBorgne et Geoffrion, 1991; Thompson, 1996; Weisman et Lamberti, 2002; Williams et Geller, 2000,) les responsables qui encouragent la prévention des lésions et la réalisation d'activités de suivi maximiseraient l'efficacité des programmes.

Afin de partager ces connaissances, il est à prévoir que des communications scientifiques, mais aussi professionnelles, soient réalisées.

APPENDICE A

QUESTIONNAIRE

Les activités PDSB dans les établissements de santé du Québec

Caractéristiques des formateurs

Les questions qui suivent portent sur votre formation professionnelle et votre expérience à titre de formateur PDSB.

1. En quelle année avez-vous reçu votre première accreditation de formateur pour le programme "Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires" (PDSB) dispensée par l'ASSTSAS?

Année (décade) Année (unité)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 (00) (01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09)

Exemples : pour (19)72

Année (décade) Année (unité)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 (19) (02) (72) (00) (01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09)

pour (20)03

Année (décade) Année (unité)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 (20) (03) (00) (01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09)

2. Avez-vous reçu déjà une formation de base sur le PDSB avant de recevoir votre première accreditation à titre de formateur PDSB?

Oui Non

▼
 Passez à la question 3

2a. Si oui, à quel(s) titre(s) aviez-vous reçu cette formation de base sur le PDSB?
 Cochez toutes les réponses qui s'appliquent

Personne soignant ou de réadaptation dans le cadre de votre travail

Agent de suivi dans le cadre de votre travail

Étudiant inscrit dans un établissement d'enseignement

Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici
 Q02a_x1, x2
 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 (00) (01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09)

2b. Quelle était la durée de la première formation de base PDSB que vous avez reçue?

Une 1/2 journée

1 journée

2 journées

Plus de 2 journées

Je ne me souviens plus

2c. En quelle année avez-vous reçu cette formation?
 (si vous en avez reçu plusieurs, inscrivez la date de la première formation reçue)

Année (décade) Année (unité)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 (00) (01) (02) (03) (04) (05) (06) (07) (08) (09)



3. Avez-vous obtenu une réaccréditation depuis votre formation à titre de formateur PDSB?

Oui

Non ► **Passez à la question 6**

4. Combien de fois votre accréditation a-t-elle été renouvelée depuis que vous êtes formateur PDSB?

1 fois 2 fois 3 fois 4 fois 5 fois 6 fois 7 fois 8 fois 9 fois 10 fois 11 fois

5. En quelle année a eu lieu votre dernière réaccréditation?

Année (dizaine) Année (unité)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

6. Quelle est votre date de naissance?

Jour: Mois: Année (dizaine):
 1 7 13 19 25 Jan Ma Sept 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 2 8 14 20 26 Fév Juin Oct 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 3 9 15 21 27 Mars Juil Nov 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 4 10 16 22 28 Avr Août Dec
 5 11 17 23 29
 6 12 18 24 30 31

7. Vous êtes: Une femme
 Un homme

Ne rien inscrire ici
 Q08a_X1, X2

Code pays (dizaine) Code pays (unité)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

8a) Êtes-vous né au Canada?

Oui ► **Veillez passer à la question 8b)**

Non

Dans quel pays êtes-vous né? _____

8b) Vos deux parents sont-ils nés au Canada?

Oui ► **Veillez passer à la question 9.**

Non

Dans quel pays est né(e) ...

a) Votre mère: _____

b) Votre père: _____

Ne rien inscrire ici
 Q08b_X1, X2
 Q08b2_X1, X2

Code pays (dizaine) Code pays (unité)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

M

P



9. Quel est votre dernier niveau de scolarité complété? (Noircir une seule réponse)

- Diplôme d'études secondaires
 Diplôme d'études collégiales
 Certificat universitaire
 Baccalauréat
 Diplôme d'études supérieures spécialisées
 (certificat d'études de 2^{ème} cycle universitaire)
 Maîtrise
 Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici

Q09_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

10. Quelle est votre formation professionnelle? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- Préposé aux bénéficiaires
 Infirmière
 Infirmière auxiliaire
 Ergothérapeute
 Physiothérapeute
 Thérapeute en réadaptation physique
 Éducateur spécialisé
 Auxiliaire familial
 Je n'ai aucune formation professionnelle
 Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici

Q10_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

11. Êtes-vous toujours formateur PDSB au sein de votre établissement?

Oui ► Veuillez passer à la question 12

Non

Si non, pour quelle raison? Veuillez indiquer LA PRINCIPALE RAISON parmi les suivantes.

- Mon employeur ne souhaite plus que des activités PDSB soient offertes dans mon établissement
 Mon employeur est intéressé par le PDSB mais ne veut pas me libérer
 Mon employeur est intéressé par le PDSB, il voudrait me libérer mais nous manquons de personnel
 Je suis à la retraite
 Je n'ai plus de mandat PDSB car j'ai démissionné de mon emploi ou j'ai changé d'emploi
 ou j'ai changé d'établissement
 On m'a retiré le mandat PDSB dans mon établissement
 Je ne suis plus intéressé
 Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici

Q11a_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

Arrêtez ici et merci d'avoir complété ce questionnaire!



12. Quel est le nom de l'établissement dans lequel vous êtes formateur PDSB?

Ne rien inscrire ici

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

13. En quelle année avez-vous été embauché dans cet établissement?

Année (décade)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

14. Dans l'établissement où vous êtes formateur PDSB, dans quel département, service ou unité travaillez-vous?

Ne rien inscrire ici

--	--	--

15. Présentement dans cet établissement, à laquelle des catégories de salariés suivantes appartenez-vous?

Noircir une seule réponse

- Employé syndiqué non syndiqué
 Employé syndiqué
 Cadre intermédiaire
 Cadre supérieur
 Autre, précisez: _____

Ne rien inscrire ici

Q15_X1_X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

16. Depuis quelle année appartenez-vous à cette catégorie?

Année (décade)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

17. Appartenez-vous à cette catégorie de salariés lorsque vous avez reçu votre première accréditation comme formateur PDSB?

- Oui ► Veuillez passer à la question 18
 Non ► Si non, à quelle catégorie de salariés appartenez-vous?
 Noircir une seule réponse

- Employé syndiqué non syndiqué
 Employé syndiqué
 Cadre intermédiaire
 Cadre supérieur
 Autre, précisez: _____

Ne rien inscrire ici

Q17a_X1_X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



18. Au cours des 12 derniers mois, combien d'heures en moyenne par semaine avez-vous travaillé? (inclure le temps supplémentaire)

Heures/semaine (dizaine)	Heures/semaine (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Par exemple, pour indiquer 35 heures :

Heures/semaine (dizaine)	Heures/semaine (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

19. Au cours des 12 derniers mois, environ quelle proportion de vos heures de travail avez-vous effectuée durant les quarts de travail suivants?

Quart de jour % de mes heures de travail _____

0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100%	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quart de soir % de mes heures de travail _____

0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100%	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quart de nuit % de mes heures de travail _____

0	5	10	15	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100%	
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20. En quelle année avez-vous commencé à travailler dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec?

Année (dizaine)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

21. Y a-t-il d'autres formateurs PDSB dans votre établissement?

Oui

Non

Si oui, en moyenne, combien de fois par année rencontrez-vous ces autres formateurs pour parler du PDSB?

Nbre de fois/année (dizaine)	Nbre de fois/année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Êtes-vous regroupés en comité?

Oui

Si oui, en quelle année ce comité de formateurs PDSB a-t-il été créé?

Année (dizaine)	Année (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Non

➔ Veuillez passer à la question 22



22. Mis à part le comité de formateurs PDSB, êtes-vous membre actuellement d'un comité qui s'occupe, entre autres, de santé et de sécurité au travail au sein de votre établissement?

Oui

22a) Si oui, quelle proportion des membres sont des employés syndiqués?

Non

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 %

Passez
à la
question
23

22b) Quelle fonction assumez-vous au sein de ce comité?

Noter une seule réponse.

- Membre régulier seulement
 Représentant à la prévention
 Président ou coprésident

22c) En quelle année avez-vous commencé à être impliqué dans ce comité?

Année (décennie)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Année (unité)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

COCHER TOUTES

22d) Combien d'heures de travail rémunérées consacrez-vous aux activités de ce comité en moyenne par mois?

Heures/mois (décennie)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Heures/mois (unité)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Veuillez passer à la question 23

23. Si vous n'êtes pas membre actuellement d'un comité qui s'occupe, entre autres, de santé et de sécurité au travail, l'avez-vous déjà été?

Oui

Non

► Veuillez passer à la question 26

24. Pendant combien de mois avez-vous été membre de ce comité?

Nbr de mois (décennie)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

Nbr de mois (unité)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

25. Quelle(s) fonction(s) avez-vous assumée(s) au sein de ce comité? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Membre régulier seulement
 Représentant à la prévention
 Président ou coprésident



Caractéristiques des services de formation dispensés

Les questions qui suivent visent à décrire les sessions de formation et les activités de prévention que vous avez dispensées au cours des 12 DERNIERS MOIS.

26. Avez-vous formé des groupes de travailleurs au PDSB ?

Oui

Non

Si vous n'avez formé aucun groupe de travailleurs au cours des 12 derniers mois, veuillez nous indiquer la ou les raisons parmi les suivantes. Cocher toutes les raisons qui s'appliquent à votre situation.

Raisons d'ordre personnel (maladies, problèmes familiaux, etc.)

Ressources insuffisantes mises à votre disposition par l'établissement pour la formation PDSB

Trop faible nombre de personnes à former

Mon établissement me demande de me consacrer uniquement au suivi

Autre, précisez _____

▶ Passez maintenant à la question 44

Ne rien inscrire ici

Q26_X1_X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

0000000000000000

0000000000000000

27. A laquelle des catégories professionnelles suivantes les travailleurs que vous avez formés appartiennent-ils ? Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

Infirmière

Plein(e) auxiliaire

Infirmière auxiliaire

Ergothérapeute

Psychothérapeute

Thérapeute en réadaptation physique

Éducateur spécialisé

Auxiliaire familial

Autre, précisez _____

Ne rien inscrire ici

Q27_X1_X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

0000000000000000

0000000000000000

28. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous formé des travailleurs dispensant des soins ou services à domicile ?

- Oui
- Non

29. La question qui suit vise à connaître le degré d'homogénéité des groupes de travailleurs, formés lors d'une même session. Veuillez noter l'énoncé qui représente le mieux votre expérience, en moyenne.

Les groupes auxquels j'ai dispensé la formation PDSB ...

étaient toujours

étaient le plus souvent

étaient souvent

étaient rarement

n'étaient jamais ... composés de travailleurs appartenant à la même catégorie professionnelle.



30. La question qui suit vise à connaître la provenance des groupes de travailleurs formés lors d'une même session. Veuillez noircir l'énoncé qui représente le mieux votre expérience, en moyenne.

Les groupes auxquels j'ai dispensé la formation PDSB ...

- étaient toujours
 étaient le plus souvent
 étaient souvent
 étaient rarement
 n'étaient jamais composés de travailleurs provenant d'un même département ou unité.

31. Dans l'ensemble, environ quelle proportion des travailleurs que vous avez formés travaillaient dans les quarts de travail suivants?

Quart de jour % travailleurs formés _____
 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 %

Quart de soir % travailleurs formés _____
 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 %

Quart de nuit % travailleurs formés _____
 0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 %

32. Combien d'heures en moyenne avez-vous consacré à la préparation de chaque session?

Nombre d'heures (zone)	Nombre d'heures (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

33. En ce qui concerne les heures consacrées à la préparation de vos cours, laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre situation, en moyenne?

- J'ai préparé toutes mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré.
 J'ai préparé les 75 % de mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré.
 J'ai préparé la moitié de mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré.
 J'ai préparé le 25 % de mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré.
 J'ai préparé aucune de mes sessions de formation durant mes heures de travail rémunéré.



34. Pour chacune des sessions de formation que vous avez données au cours des 12 derniers mois, veuillez fournir les informations suivantes :

Session de formation (de la plus récente à la plus ancienne)	Nombre de participants	Nombre total d'heures dispensées en classe	Nombre de rencontres avec le groupe de participants	Nombre de demi-journée(s) écoulée(s) entre chaque période de formation (incluant le samedi et le dimanche)	Nombre d'heures de suivi	Nombre de jours écoulés entre la fin de la session et le suivi (incluant le samedi et le dimanche)
Session 1						
Session 2						
Session 3						
Session 4						
Session 5						
Session 6						
Session 7						
Session 8						
Session 9						
Session 10						
Session 11						
Session 12						

35. En général lorsque vous enseignez, avez-vous accès à l'équipement suivant?

Équipement	Oui	Non	Équipement non requis
01) Tableau et craies ou crayons	100	0	0
02) Chevalet de feuilles volantes (flip chart)	97	0	3
03) Projecteur à acétates ou ordinateur et canon	92	0	8
04) Lit ajustable	0	0	0
05) Lit entièrement	0	0	0
06) Accessoires supplémentaires	97	0	3
07) Piquet	94	0	6
08) Tube de glissement	97	0	3
09) Rouleau ou planche de transfert	97	0	3
10) Fauteuil roulant en bonne condition	0	0	0
11) Fauteuil ergonomique	0	0	0
12) Fauteuil de positionnement	0	0	0
13) Serviettes	0	0	0
14) Bloc de poussée ou petit banc de lit	97	0	3
15) Lève-personne avec accessoires	97	0	3
16) Civière	97	0	3
17) Civière-couche	0	0	0
18) Chaise d'aisance	94	0	6
19) Chaise de douche	94	0	6
20) Ceintures de transfert	0	0	0
21) Biancard ou lit pivotant	0	0	0
22) Somno	0	0	0
23) Marchette	0	0	0
24) Magnétoscope et vidéo	97	0	3
25) Cahier du participant	94	0	6
26) Local correspondant aux besoins de la formation	0	0	0



36. Pour chacun des contenus de formation suivants, veuillez préciser la nature des méthodes et du matériel pédagogiques que vous utilisez. Cochez toutes les cases correspondant aux méthodes et au matériel que vous utilisez pour chaque contenu.

Veuillez noter que l'ordre dans lequel nous avons placé le contenu de formation ne correspond pas nécessairement à celui dans lequel vous procédez ni à celui recommandé par l'ASSTSAS. Si vous n'abordez pas un contenu, veuillez cocher la case "Contenu non abordé".

Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
A) Statistiques relatives aux lésions professionnelles <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS adaptées aux caractéristiques de l'établissement <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____
B) Identification des sources de danger qui nuisent à l'autonomie du patient et à la sécurité des soignants <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (si charté) <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____
C) Eléments de la situation de travail <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (si charté) <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____
D) Interrelations entre les éléments de la situation de travail <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants 3. Démonstration / illustration du contenu présenté <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (si charté) <input type="checkbox"/> Affiche <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36a_X1, X2	Q36b_X1, X2	Q36c_X1, X2	Q36c_X1, X2
1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0
0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0	0 0 0 0 0 0 0 0 0



Contenu de formation	A. Methodes pedagogiques	B. Materiel pedagogique
E) Prevention (solutions par aléement d'une situation de travail) <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants 3. Démonstration / illustration du contenu présenté <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Chevalet de feuillets volants (flip chart) <input type="checkbox"/> Grille d'évaluation de la situation de travail <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____
F) Anatomie et fonctionnement de la colonne vertébrale <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Squelette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____
G) Conséquences des lésions professionnelles <input type="checkbox"/> Conten. non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____
H) Capacités d'agir en prévention <input type="checkbox"/> Conten. non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Chevalet de feuillets volants (flip chart) <input type="checkbox"/> Grille d'évaluation de la situation de travail <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36a_X1, X2	Q36f_X1, X2	Q36g_X1, X2	Q36h_X1, X2
1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
00 00 00 00 00 00	00 00 00 00 00 00	00 00 00 00 00 00	00 00 00 00 00 00
0000000000000000	0000000000000000	0000000000000000	0000000000000000



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
1) Principes de préparation <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en équipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants 3. Démonstration / illustration du contenu présenté <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants 4. Pratique en classe Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous : <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous : <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous : <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe Lors des pratiques vous : <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36i_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Methodes pedagogiques	B. Materiel pedagogique
<p>1) Les besoins et les niveaux d'assistance</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non aborde</p>	<p>1. Exposé</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en equipe</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Demonstration / illustration du contenu presente</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (Flip chart) <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Litre compète <input type="checkbox"/> Pique ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteur roulant <input type="checkbox"/> Fauteur gelatique <input type="checkbox"/> Fauteur de positionnement <input type="checkbox"/> Lévier/pompe avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière couchée <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Biancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (préciser) : _____

Q36_K1_X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

SERVICES

1000000000000000



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
K) Niveau d'assistance : supervision <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	<p>1. Exposé</p> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Démonstration / illustration du contenu présente</p> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Literie complète <input type="checkbox"/> Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil géométrique <input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement <input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière douche <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Manchette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36k_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○



Contenu de formation	A. Methodes pedagogiques	B. Materiel pedagogique
L) Communication avec le patient (ou comment superviser le patient) <input type="checkbox"/> Contenu non aborde	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en equipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants 3. Demonstration / illustration du contenu presente <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants. 4. Pratique en classe Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous : <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous : <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous : <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe Lors des pratiques vous : <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Litène complète <input type="checkbox"/> Pique ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de glissement <input type="checkbox"/> Fauteur roulant <input type="checkbox"/> Fauteur géométrique <input type="checkbox"/> Fauteur de positionnement <input type="checkbox"/> Lever personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Cuvier <input type="checkbox"/> Cuvier poche <input type="checkbox"/> Chaise d'urgence <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (préciser) : _____

Q36_X1_K2
 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 0 0 0 0 0 0 0 0 0
 0 0 0 0 0 0 0 0 0



Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
M) Assistance partielle Contenu non abordé	<p>1. Exposé</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tout en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en écoutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalets de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Sacs d'épicerie pleins <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Lierre complet <input type="checkbox"/> Picoté ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteur roulant <input type="checkbox"/> Fauteur géométrique <input type="checkbox"/> Fauteur de positionnement <input type="checkbox"/> Lever personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière douce <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Blancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précitez) : _____

Q36m_X1_X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

000000000000

Contenu de formation	A. Methodes pedagogiques	B. Matériel pedagogique
<p>N) Principes de positionnement</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non abordé</p>	<p>1. Exposé</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Demonstration / illustration du contenu présente</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle 	<p>Acétates de l'ASSTSAS</p> <p>Affiches de l'ASSTSAS</p> <p>Chevalet de feuilles volantes (Fichait)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Sacs d'épicerie pleins <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Litère complète <input type="checkbox"/> Picou ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de pistou <input type="checkbox"/> Fauteur roulant <input type="checkbox"/> Fauteur gélatrice <input type="checkbox"/> Fauteur de positionnement <input type="checkbox"/> Lever-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière couchée <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Marionette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36n_K1_K2
 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 0 0 0 0 0 0 0 0 0
 0 0 0 0 0 0 0 0 0



Contenu de formation	A. Methodes pedagogiques	B. Materiel pedagogique
0) Principes de prise <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	1. Exposé <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en equipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants 3. Demonstration / illustration du contenu presente <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants 4. Pratique en classe Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous : <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous : <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous : <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe Lors des pratiques vous : <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle	<input type="checkbox"/> Acetates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chévalet de feuilles volantes (planchet) <input type="checkbox"/> Sacs d'épice pleins <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Litière complète <input type="checkbox"/> Pique ou alaise de pissement ou tube de pissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteur culant <input type="checkbox"/> Fauteur gélatique <input type="checkbox"/> Fauteur de positionnement <input type="checkbox"/> Léve-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Cuviers <input type="checkbox"/> Cuviers couche <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Biancadi ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Manchette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précitez) : _____

Q366_x1_x2
 1 2 3 4 5 6 7 8 9
 00 00 00 00 00
 Liv. n. 10-Q366-



Contenu de formation	A. Methodes pedagogiques	B. Materiel pedagogique
<p>P) Principes de mouvement</p> <p><input type="checkbox"/> Contenu non abordé</p>	<p>1. Exposé</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Demonstration / illustration du contenu presente</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tout en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Achetats de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (Flip chart) <input type="checkbox"/> Sacs de sacs en pleins <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Litte complete <input type="checkbox"/> Pneu bulairise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil géométrique <input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement <input type="checkbox"/> Levier-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Cuviere <input type="checkbox"/> Cuviere douche <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Blancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Manchette <input type="checkbox"/> Canne du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précitez) : _____

Q36p_X1_X2
1 2 3 4 5 6 7 8 9
010 0101 01010
110111 110110



Contenu de formation	A. Methodes pedagogiques	B. Materiel pedagogique
Q) Assistance totale <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	<p>1. Exposé</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tout en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font; <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez à un participant de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font; <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez à un participant de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Acetates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acetates <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (Flip chart) <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Table complète <input type="checkbox"/> Roue ou alaire de glissement ou tube de glissement ou sac de pratique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil gestricque <input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement <input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière couchée <input type="checkbox"/> Chaise d'axance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Manchette <input type="checkbox"/> Câble du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36c_X1_X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

0 0 0 0 0 0 0 0 0

10000000000000



Contenu de formation	A. Methodes pedagogiques	B. Materiel pedagogique
R) Principes de l'utilisation de l'equipement <input type="checkbox"/> Contenu non aborde	1. Expose <input type="checkbox"/> Presentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants 2. Discussion en equipe <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants 3. Demonstration / illustration du contenu presente <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants 4. Pratique en classe Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous : <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous : <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous : <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe Lors des pratiques vous : <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle	<input type="checkbox"/> Armoires de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS : <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (Flip chart) <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Litère complète <input type="checkbox"/> Pique ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteur roulant <input type="checkbox"/> Fauteur géométrique <input type="checkbox"/> Fauteur de positionnement <input type="checkbox"/> Lever-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Cuvier <input type="checkbox"/> Cuvier douche <input type="checkbox"/> Chaise d'assistance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Mainchette <input type="checkbox"/> Carte du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (préciser) : _____

Q36_v1_X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

 1 2 3 4 5 6 7 8 9

 10 11 12 13 14 15


Contenu de formation	A. Méthodes pédagogiques	B. Matériel pédagogique
S) Obstacles à l'application des principes et solutions <input type="checkbox"/> Contenu non abordé	<p>1. Exposé</p> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Démonstration / illustration du contenu présenté</p> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle, ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle	<input type="checkbox"/> Acétates de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Vos acétates <input type="checkbox"/> Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (flip chart) <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Literie complète <input type="checkbox"/> Piqué ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteuil roulant <input type="checkbox"/> Fauteuil géométrique <input type="checkbox"/> Fauteuil de positionnement <input type="checkbox"/> Lève-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière douche <input type="checkbox"/> Chaise d'aisance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Marchette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (précisez) : _____

Q36s_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

○○○○○○○○○○

○○○○○○○○○○



Contenu de formation	A. Methodes pedagogiques	B. Materiel pedagogique
T) Processus de resolution de probleme <input type="checkbox"/> Contenu non aborde	<p>1. Exposé</p> <input type="checkbox"/> Présentation du contenu par vous-même <input type="checkbox"/> Questions que vous posez au groupe de participants <p>2. Discussion en équipe</p> <input type="checkbox"/> Discussion libre entre les participants <input type="checkbox"/> Retour de votre part sur les discussions des participants <p>3. Demonstration / illustration du contenu présenté</p> <input type="checkbox"/> par vous-même seulement <input type="checkbox"/> par des participants seulement <input type="checkbox"/> par vous-même avec des participants <p>4. Pratique en classe</p> <p>Vous demandez à tous les participants de pratiquer tous en même temps ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <p>Vous demandez aux participants de pratiquer individuellement et à tour de rôle ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> leur donnez des commentaires sur ce qu'ils font <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de celui qui vient d'appliquer les principes <p>Vous demandez aux participants de pratiquer en équipes ce que vous avez enseigné, vous les observez et vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> donnez des commentaires sur ce qu'ils font à chaque équipe <input type="checkbox"/> demandez aux autres participants de formuler des commentaires à l'endroit de ceux qui viennent d'appliquer les principes <input type="checkbox"/> en discutez avec l'ensemble du groupe <input type="checkbox"/> demandez à un participant d'animer une discussion sur le sujet avec l'ensemble du groupe <p>Lors des pratiques vous :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> jouez un rôle <input type="checkbox"/> demandez à des participants de jouer un rôle 	Acetates de l'ASSTSAS Vos acetates Affiches de l'ASSTSAS <input type="checkbox"/> Chevalet de feuilles volantes (Flip chart) <input type="checkbox"/> Lit ajustable <input type="checkbox"/> Lierre complete <input type="checkbox"/> Pique ou alaise de glissement ou tube de glissement ou sac de plastique <input type="checkbox"/> Fauteur roulant <input type="checkbox"/> Fauteur géométrique <input type="checkbox"/> Fauteur de positionnement <input type="checkbox"/> Lévier-personne avec accessoires <input type="checkbox"/> Civière <input type="checkbox"/> Civière couchée <input type="checkbox"/> Chaise d'assistance <input type="checkbox"/> Chaise de douche <input type="checkbox"/> Rouleau ou planche de transfert <input type="checkbox"/> Brancard ou lit pivotant <input type="checkbox"/> Marionette <input type="checkbox"/> Cahier du participant <input type="checkbox"/> Autre matériel (préciser) : _____

Q361_K1_K2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

0 0 0 0 0 0 0 0 0 0

FACULTÉ DE MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

FACULTÉ DE MÉDECINE

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

37. Dans l'ensemble de la session de formation, en moyenne quel pourcentage du temps les participants passent-ils à pratiquer en classe?

0 5 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55 60 65 70 75 80 85 90 95 100 %

38. En ce qui concerne les heures que vous avez passées à donner des sessions de formation, laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre situation, en moyenne?

- J'ai donné **toutes** mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré.
- J'ai donné **les ¾** de mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré.
- J'ai donné **la moitié** de mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré.
- J'ai donné **le ¼** de mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré.
- Je n'ai donné **aucune** de mes heures de formation durant mes heures de travail rémunéré.

39. En général, effectuez-vous des activités de suivi à la suite des sessions de formation que vous donnez?

Oui

Non ► **Passez à la question 44**

40. Combien d'heures en moyenne avez-vous consacré à la préparation de vos activités de suivi de chaque session?

Nombre d'heures (dizaine) Nombre d'heures (unité)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

41. En ce qui concerne les heures consacrées à la préparation du suivi de chaque session, laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre situation, en moyenne?

- J'ai préparé **tous** mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré.
- J'ai préparé **les ¾** de mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré.
- J'ai préparé **la moitié** de mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré.
- J'ai préparé **le ¼** de mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré.
- Je n'ai préparé **aucun** de mes suivis de formation durant mes heures de travail rémunéré.

42. En ce qui concerne les heures que vous avez consacrées au suivi de chacune des sessions de formation, laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre situation, en moyenne?

- J'ai effectué **toutes** mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré.
- J'ai effectué **les ¾** de mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré.
- J'ai effectué **la moitié** de mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré.
- J'ai effectué **le ¼** de mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré.
- Je n'ai effectué **aucune** de mes heures de suivi durant mes heures de travail rémunéré.



46. Veuillez cocher les activités de prévention, en rapport avec le PDSB, que vous avez menées au cours des 12 derniers mois en précisant, pour chacune des activités réalisées, si elle l'a été de votre propre initiative ou suite à une demande.

	À votre initiative	Demandes que vous avez reçues	Ne s'applique pas
a) Conseil auprès du personnel sur la résolution de problèmes ou de situations difficiles			
b) Conseil auprès du personnel sur l'utilisation des capacités d'un bénéficiaire			
c) Recommandation à l'unité ou à l'établissement concernant l'achat de nouveaux équipements ou la modification des équipements			
d) Formation auprès du personnel sur l'utilisation d'équipement (suite à un nouvel achat ou pour le personnel non familier avec l'utilisation d'un appareil)			
e) Recommandation à l'unité ou à l'établissement sur le réaménagement de chambres ou autres lieux de travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

f) Autre, précisez :

47. Indiquez la proportion des demandes provenant de chacune des catégories de demandeurs suivantes :

Travailleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Chefs d'unité ou de service	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Représentant de la direction de l'établissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Comité chargé de la santé et de la sécurité du travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%
TOTAL :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	%

Ne rien inscrire ici

Q47e_X1_X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

0 0 0 0 0 0 0 0 0

0 0 0 0 0 0 0 0 0



48. Combien d'heures en moyenne par mois avez-vous consacré à des activités de prévention en rapport avec le PDSB?

Nbre d'heures moyen (dizaine):	Nbre d'heures moyen (unité):
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
01000000000000000000	00000000000000000000

49. Combien de demandes en moyenne par mois avez-vous reçu pour mener des activités de prévention en rapport avec le PDSB?

Nbre de demandes/mois (dizaine):	Nbre de demandes/mois (unité):
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
01000000000000000000	00000000000000000000

50. Indiquez à quelle fréquence vous avez réalisé ces activités au cours des 12 DERNIERS MOIS.

	Jamais	Rarement	Assez souvent	Souvent	Très souvent
a) Conseil auprès du personne sur l'exécution des mouvements ou sur la sécurité des manoeuvres					
b) Conseil auprès du personne sur la résolution de problèmes ou de situations difficiles					
c) Conseil auprès du personne sur l'utilisation des capacités du bénéficiaire					
d) Recommandation à l'unité ou à l'établissement concernant l'achat de nouveaux équipements ou la modification des équipements					
e) Formation auprès du personnel sur l'utilisation d'équipement (suite à un nouvel achat ou pour personne non familière avec l'utilisation d'un appareil)					
f) Recommandation à l'unité ou à l'établissement sur le réaménagement de chambres ou autres lieux de travail					
g) Autre, précisez :					



Formation d'agents de suivi PDSB

Les questions qui suivent visent à décrire les activités de formation d'agents de suivi PDSB que vous avez effectuées au cours des 12 DERNIERS MOIS.

51. Combien d'agents de suivi PDSB avez-vous formé?

► Si vous n'avez pas formé d'agents de suivi PDSB au cours des 12 derniers mois, passez à la question 62

Nbre d'agents (dizaine) Nbre d'agents (unité)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

52. Combien de sessions de formation d'agents de suivi avez-vous donné?

Nbre de sessions (dizaine) Nbre de sessions (unité)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

53. Lorsque vous choisissez des personnes pour devenir des agents de suivi, quelle importance accordez-vous aux caractéristiques suivantes?

	Pas du tout d'importance					Enormément d'importance				
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
a) Qu'elles aient participé à la formation de base PDSB	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Qu'elles maîtrisent l'application du programme PDSB dans le cadre de leurs tâches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Qu'elles soient capables de communiquer harmonieusement avec leurs collègues	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54. Combien d'heures en moyenne avez-vous consacré à la préparation de chacune des sessions de formation d'agents de suivi?

Nbre d'heures (dizaine) Nbre d'heures (unité)
 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9

55. En ce qui concerne les heures que vous avez consacrées à la préparation de chacune des sessions de formation d'agents de suivi, laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre situation, en moyenne?

- J'ai effectué toutes mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunérées
- J'ai effectué les 75 % de mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunérées
- J'ai effectué la moitié de mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunérées
- J'ai effectué le 25 % de mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunérées
- Je n'ai effectué aucune de mes heures de préparation durant mes heures de travail rémunérées



56. En moyenne, combien d'heures dispensées en classe comportait chacune des sessions de formation d'agents de suivi PDSB?

Nbre d'heures (dizaine)	Nbre d'heures (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

57. En moyenne, en combien de rencontres ces heures étaient-elles réparties?

Nbre de rencontres (dizaine)	Nbre de rencontres (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

58. Avez-vous utilisé du matériel pédagogique pour donner ces sessions?

Oui Non

Qui a conçu ce matériel pédagogique?
Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

Vous-même

D'autres formateurs PDSB

Votre établissement

L'ASSTAS

Autre, précisez : _____

Ne rien inscrire ici

Q58a_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

59. Veuillez cocher les thèmes que vous avez abordés durant ces sessions?
Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.

- Principales difficultés de performance physique
- Moyens pour corriger les difficultés de performance physique
- Observations de tâches
- Résolution de problèmes
- Communication interpersonnelle
- Renforcement positif
- Définition d'objectifs d'implantation du programme PDSB
- Autre, précisez : _____

Ne rien inscrire ici

Q59a_X1, X2

1 2 3 4 5 6 7 8 9

60. En ce qui concerne les heures que vous avez consacrées à la formation d'agents de suivi PDSB, laquelle des affirmations suivantes correspond le mieux à votre situation, en moyenne?

- J'ai effectué **toutes** mes heures de formation d'agents de suivi durant mes heures de travail rémunéré
- J'ai effectué **les 7/8** de mes heures de formation d'agents de suivi durant mes heures de travail rémunéré
- J'ai effectué **la moitié** de mes heures de formation d'agents de suivi durant mes heures de travail rémunéré
- J'ai effectué **le 1/4** de mes heures de formation d'agents de suivi durant mes heures de travail rémunéré
- Je n'ai effectué **aucune** de mes heures de formation d'agents de suivi durant mes heures de travail rémunéré

61. Combien de sessions de formation d'agents de suivi PDSB prévoyez-vous donner au cours de l'année prochaine?

Nbre de sessions (dizaine)	Nbre de sessions (unité)
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>



Éléments contextuels

Les questions qui suivent concernent les 12 DERNIERS MOIS et portent sur les conditions dans lesquelles vous avez mené vos activités PDSB.

	Niveau de difficulté										
	N'a pas été libéré	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Très facile
62. Comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle vous avez été libéré pour donner la formation PDSB?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63. Comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle vous avez été libéré pour réaliser les activités de suivi de la formation?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64. Comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle vous avez été libéré pour vous consacrer aux activités à titre d'agent de prévention PDSB?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65. Comment qualifiez-vous la facilité avec laquelle le personnel soignant est libéré afin de pouvoir suivre la formation PDSB?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

66. Comment qualifiez-vous le niveau de collaboration que vous avez reçu de la part des différentes personnes suivantes concernant la réalisation de vos activités de formation. Veuillez noircir une seule réponse par énoncé.

	Niveau de collaboration										
	Nul	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Très élevé
a) Votre supérieur immédiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Les supérieurs immédiats des personnes que vous devez former	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Les personnes responsables de la formation du personnel au sein de votre établissement	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

67. Comment qualifiez-vous le niveau de collaboration reçu de la part des différentes personnes suivantes concernant la réalisation de vos activités de prévention en rapport avec le PDSB? Veuillez noircir une seule réponse par énoncé.

	Niveau de collaboration										
	Nul	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Très élevé
a) Votre supérieur immédiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Les supérieurs immédiats des personnes que vous devez former	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Les membres du comité santé et sécurité au travail représentant les travailleurs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Les membres du comité santé et sécurité au travail représentant l'employeur	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e) Les chefs des unités dans lesquelles vous intervenez	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f) Les chefs des unités dans lesquelles vous souhaitez intervenir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



68. En moyenne, à quelle fréquence vérifiez-vous le degré de satisfaction des personnes suivantes à l'égard de la formation que vous dispensez?

Jamais Rarement Souvent Après chaque session de formation

a) Le personnel soignant que vous avez formé

b) La personne qui vous a demandé de dispenser la formation au personnel soignant dans votre établissement

69. Dans l'ensemble, comment qualifiez-vous l'impact que vos activités de formation ont eu sur les individus?

Pas du tout important Très important

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

70. Dans l'ensemble, comment qualifiez-vous l'impact que vos activités de prévention ont eu sur les situations de travail?

Pas du tout important Très important

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

71. Dans quelle mesure estimez-vous que la formation reçue de l'ASSTSAS vous a outillé adéquatement pour votre rôle de formateur?

Pas du tout adéquatement Très adéquatement

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

72. Dans quelle mesure estimez-vous que la formation reçue de l'ASSTSAS vous a outillé adéquatement pour mener vos activités de prévention?

Pas du tout adéquatement Très adéquatement

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Merci de votre collaboration!



APPENDICE B

LETTRE DE TRANSMISSION



Le 31 mars 2005

*Formateurs, formatrices PDSB
Établissements de santé du Québec*

Objet : Les activités PDSB dans les établissements de santé du Québec

Madame, Monsieur,

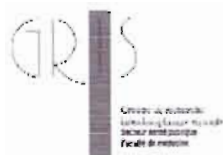
Nous effectuons un projet de recherche en collaboration avec l'Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS). Ce projet porte sur le programme Principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). L'un des objectifs est de documenter les activités PDSB dispensées dans les établissements de santé du Québec. C'est pourquoi nous vous faisons parvenir le questionnaire ci-joint qui vise à recueillir des informations sur les cours de formation PDSB que vous avez dispensés au cours de la dernière année, les activités de prévention liées au PDSB que vous avez réalisées et les ressources dont vous avez disposé. Cette étude permettra de compléter les données de l'ASSTSAS sur votre implication dans le milieu.

Votre collaboration est essentielle pour obtenir un portrait fidèle des activités PDSB dans les établissements de santé du Québec. Après avoir complété le questionnaire, nous vous prions de le poster accompagné de l'un des formulaires de consentement signé, dans l'enveloppe pré-adressée et pré-affranchie ci-incluse. Veuillez conserver l'autre formulaire de consentement signé.

Vous remerciant de votre collaboration, nous vous prions de recevoir l'expression de nos meilleurs sentiments.

*Diane Berthelette, Ph.D.
Professeure titulaire*

*Nicole Leduc, Ph.D.
Professeure agrégée*



Université 
de Montréal

APPENDICE C

LETTRE D'INFORMATION



LETTRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT À L'INTENTION DES FORMATRICES ET FORMATEURS

Titre de l'étude : Les activités PDSB dans les établissements de santé du Québec

Financement de l'étude : Institut de recherche en santé et en sécurité du travail

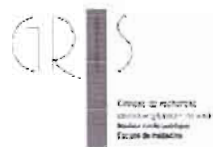
1. Nature et objectifs de l'étude

Nous effectuons un projet de recherche en collaboration avec l'Association pour la santé et la sécurité du travail du secteur des affaires sociales (ASSTSAS). Ce projet porte sur le programme Principes de déplacement secondaire des bénéficiaires (PDSB). Il comporte cinq objectifs distincts, soit :

1. Décrire les objectifs que les maîtres formateurs poursuivent lorsqu'ils enseignent le PDSB et les méthodes pédagogiques qu'ils utilisent.
2. Décrire les services que les formateurs de PDSB offrent dans leur milieu de travail ainsi que les ressources dont ils disposent pour ce faire, de même que le nombre de personnes qu'ils forment.
3. Identifier les autres mesures que le PDSB, mises en place par les établissements de santé, pour tenter de prévenir l'incidence des lésions musculo-squelettiques chez leur personnel soignant.
4. Identifier les coûts et les avantages que le PDSB et les autres mesures peuvent entraîner.
5. Vérifier s'il existe des informations sur ces coûts et ces avantages permettant de leur attribuer une valeur monétaire.

Vous êtes invité à participer à l'objectif 2 de l'étude. L'ASSTSAS nous a donné les coordonnées de tous les formateurs formés ou réaccrédités en date du 31 décembre 2004. Nous sollicitons toutes ces personnes pour participer à notre étude.

Vous êtes entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Si vous acceptez de participer, vous pourrez vous en retirer en tout temps, et ce sans préjudice.



Université 
de Montréal

2. Déroulement de l'étude et méthodes utilisées

Nous joignons à la présente lettre un questionnaire. Son contenu porte sur les cours de formation PDSB que vous avez dispensés, les services conseil liés au PDSB que vous avez offerts au personnel soignant de votre établissement de santé, les ressources dont vous disposez et le nombre et la taille des groupes que vous avez formés. Nous estimons qu'il vous faudra au peu moins d'une heure pour répondre au questionnaire.

Vous recevrez ci-joint deux formulaires de consentement. Si vous acceptez de participer à l'étude, veuillez l'indiquer sur les formulaires ci-joints, puis répondre au questionnaire au meilleur de votre connaissance. Veuillez ensuite nous poster un formulaire et le questionnaire rempli dans l'enveloppe pré adressée et affranchie ci-jointe. Veuillez conserver le formulaire restant pour vous-même.

Si vous ne souhaitez pas participer à l'étude, veuillez l'indiquer sur les formulaires ci-joints. Veuillez ensuite nous poster l'un des deux formulaires et le questionnaire non rempli dans l'enveloppe pré adressée ci-jointe, ce qui nous permettra d'éviter de vous envoyer une seconde lettre vous invitant à participer à l'étude.

3. Caractère anonyme des informations

Nous avons indiqué un numéro de code sur les formulaires et le questionnaire. Ce numéro nous permet de connaître votre identité puisque nous possédons une liste de concordance entre les numéros de code et les noms des formateurs PDSB. Cette liste est gardée sous clé à l'Université du Québec à Montréal et seuls les membres de notre équipe y auront accès.

L'existence d'un code sur le formulaire et le questionnaire permet d'éviter que le nom des répondants apparaisse sur un questionnaire, ce qui vise à assurer leur anonymat. La liste de concordance entre les codes et les noms nous permet de connaître le nom des personnes qui pourraient avoir oublié de remplir le premier questionnaire et à qui nous en enverrons un autre exemplaire.

La liste sera détruite, de manière sécuritaire dès que nous aurons terminé la collecte de données. Notre équipe de recherche ne divulguera jamais les noms des personnes qui auront accepté ou refusé de participer à notre étude.

4. Avantages et inconvénients liés à la participation à l'étude

Il est possible que le fait de remplir le questionnaire vous amène à vous rendre compte, pour la première fois, de l'ensemble du travail que vous avez effectué à l'égard du PDSB. Cette prise de conscience, peut selon les cas, entraîner chez vous un sentiment de satisfaction ou d'insatisfaction de même qu'un questionnement sur votre travail de formateur. Il s'agit du seul risque susceptible d'être lié à votre participation. Nous avons informé les maîtres formateurs de l'ASSTSAS de cette possibilité. Vous pourrez communiquer avec eux, si vous souhaitez en discuter. Vous pourrez également en discuter avec nous et vos collègues formateurs lorsque nous vous présenterons nos résultats de recherche.

5. Utilisation des résultats de l'étude

Les informations contenues dans les questionnaires remplis nous sont essentielles car nous voulons dresser le portrait le plus représentatif possible du travail accompli par les formateurs dans leurs établissements de santé. Il s'agira du premier portrait de ce type. Nous souhaitons également comparer globalement, et non pour chacun des formateurs, le travail effectué dans les établissements de santé à l'égard du PDSB à ce que les mêmes formateurs enseignent aux formateurs. Nos résultats pourront être utiles aux maîtres formateurs qui s'interrogent sur les retombées de leurs activités d'enseignement, de même qu'aux formateurs qui ont peu l'occasion d'échanger avec leurs collègues et qui souhaitent connaître ce qu'ils font.

Nous publierons nos résultats et présenterons des conférences scientifiques qui permettront, nous l'espérons, de mieux faire connaître le PDSB tel qu'il est dispensé réellement dans les établissements de santé du Québec.

6. Questions au sujet de l'étude – Personnes ressources

Si vous avez des questions ou des commentaires au sujet de cette étude, vous pouvez contacter la coordonnatrice du projet ou les chercheuses responsables suivantes :

Coordonnateur du projet

Monsieur Cheikh Faye, D.E.S.S.
 Institut Santé et société
 Université du Québec à Montréal
 C.P. 6192, succursale Centre-ville
 Montréal (Québec) H3C 4R2

Tel. (514) 987-4377 poste 4995

Chercheuses responsables

Madame Diane Berthelette, Ph.D.
 Institut Santé et société
 Université du Québec à Montréal
 C.P. 6192, succursale Centre-ville
 Montréal (Québec) H3C 4R2

Tel. (514) 987-4377 poste 2250

Madame Nicole Leduc, Ph.D.
 Groupe de recherche interdisciplinaire en santé
 Université de Montréal
 C.P. 6128, succursale Centre-ville
 Montréal (Québec) H3C 3J7

Tel. (514) 343-5635

Toute plainte doit être adressée à Diane Berthelette (514-987-4377 poste 2250) ou à Nicole Leduc (514-343-5635). Si votre plainte ne peut être réglée directement avec les chercheuses principales, vous pouvez faire valoir vos droits auprès du Comité institutionnel d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'UQAM (secrétariat : 514-987-4377 poste 7753).

APPENDICE D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT OU DE REFUS


 Numéro de code :

LES ACTIVITÉS PDSB DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC

DECLARATION DE LA FORMATRICE OU DU FORMATEUR¹

Je confirme par la présente avoir pris connaissance de la lettre d'information et de consentement destinée aux formateurs. J'ai été informé(e) de l'objectif de cette recherche, des conditions de ma participation, de la nature du risque que j'encoure et des précautions prises par les chercheurs afin de le minimiser, du caractère anonyme des informations qui seront recueillies au cours de l'étude et de l'utilisation de ses résultats.

Je reconnais avoir reçu un exemplaire de cette lettre d'information et de consentement éclairé portant mon acceptation.

Veillez cocher la case correspondant à votre décision :

- J'accepte de participer à l'étude. Dans ce cas, je poste le questionnaire ci-joint complet au meilleur de mes connaissances.
- Je refuse de participer à l'étude. Dans ce cas aucune lettre de rappel ne me sera envoyée.

 Signature du participant

 Date

 Madame Diane Berthelette, Ph.D.

 Date

 Madame Nicole Leduc, Ph.D.

 Date

 Signatures des chercheurs responsables

¹ Deux originaux de la déclaration. Un au / à la participante / à l'autre ou membre de l'équipe ayant procédé au recrutement.



Université 
de Montréal

APPENDICE E

INSTRUCTIONS



LES ACTIVITÉS PDSB DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ DU QUÉBEC

Madame, Monsieur,

Nous vous remercions d'avoir accepté de remplir ce questionnaire. Celui-ci est divisé en cinq sections : vos caractéristiques, les caractéristiques des services de formation que vous avez dispensés au cours des 12 derniers mois, vos activités de prévention en rapport avec le PDSB, la formation d'agents de suivi PDSB et des éléments du contexte dans lequel vous avez effectué vos activités.

Veuillez noter que nous avons adopté le genre masculin afin de ne pas alourdir le texte.

SVP veuillez utiliser un stylo à encre noire ou bleue.

Ce questionnaire est composé de choix de réponses
sous forme de bulles ou de cases à cocher.

Lorsqu'il s'agit d'une bulle, noircissez le point de cette façon --- ●

S'il s'agit d'une case à cocher, vous pouvez indiquer votre choix
à l'aide d'un ou d'un



Université 
de Montréal

APPENDICE F

COEFFICIENTS KAPPA DE COHEN

Coefficients Kappa de Cohen

Variables	Kappa pondéré	p
Principes de préparation	0,816	0,000
Les besoins et les niveaux d'assistance	0,816	0,000
Niveau d'assistance : supervision	0,816	0,000
Communication avec le patient (ou comment superviser le patient)	0,752	0,000
Assistance partielle	0,752	0,000
Principes de positionnement	0,816	0,000
Principes de prise	0,816	0,000
Principes de mouvement	0,816	0,000
Assistance totale	0,752	0,000
Principes de l'utilisation de l'équipement	0,816	0,000
Proportion des sessions de formation préparées durant les heures rémunérées	0,576	0,000
Proportion des sessions de formation dispensées durant les heures rémunérées	0,707	0,000

APPENDICE G

COEFFICIENTS DE CORRÉLATION TEST RE-TEST DES AUTRES VARIABLES
INDÉPENDANTES

Coefficients de corrélation du test re-test des autres variables indépendantes

Variables	Coefficient de corrélation	p
Facilité de libération pour donner la formation PDSB	0,836	0,001
Facilité de libération des agents pour suivre la formation PDSB	0,677	0,05
Niveau de collaboration reçu de votre supérieur immédiat	0,799	0,01
Niveau de collaboration reçu des supérieurs immédiats des formés	0,533	Non significatif
Niveau de collaboration reçu des responsables de la formation	0,758	0,01

APPENDICE H

MATRICE DE CORRÉLATION DES ANALYSES BIVARIÉES

MATRICE DE CORRÉLATION DES ANALYSES BIVARIÉES

		Régions périphériques	Établissement public	Financement par budget	Financement conventionné	Financement à taux forfaitaire	Financement conventionné 80%	Proportion de la rémunération pour la préparation des formations	Proportion de la rémunération pour donner la formation	Facilité de libération pour donner la formation PDSB	Facilité de libération des agents pour suivre la formation PDSB	Niveau de collaboration de votre supérieur immédiat	Niveau de collaboration des supérieurs immédiats des formés	Niveau de collaboration des responsables de la formation	Méthodes expérimentales utilisées	Nombre d'activités du profil de pratique des formateurs
Régions périphériques	Corrélation de Pearson	1	,156	,177	-,125	-,075	-,043	,060	,027	,047	-,160	,072	-,121	-,002	,030	,057
	p		,110	,069	,202	,447	,664	,538	,787	,633	,102	,462	,217	,985	,760	,562
	N	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106
Établissement public	Corrélation de Pearson	,156	1	,880(**)	,800(**)	,061	,273(**)	,087	,088	-,026	,035	,065	-,058	-,085	,117	,072
	p	,110		,000	,000	,535	,005	,373	,370	,788	,721	,508	,556	,387	,239	,465
	N	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106
Financement par budget	Corrélation de Pearson	,177	,880(**)	1	,704(**)	,420(**)	-,240(*)	,113	,061	,041	,028	,083	-,066	-,090	,139	,098
	p	,069	,000		,000	,000	,013	,251	,531	,676	,773	,397	,504	,358	,158	,316
	N	106	106	106	106	108	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106
Financement conventionné	Corrélation de Pearson	-,125	,800(**)	,704(**)	1	-,049	-,028	,039	,065	-,008	-,052	-,024	-,003	,010	,056	,057
	p	,202	,000	,000		,620	,777	,690	,506	,932	,596	,810	,974	,917	,569	,560
	N	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106
Financement à taux forfaitaire	Corrélation de Pearson	-,075	,061	,420(**)	-,049	1	-,017	,069	,039	-,137	,008	-,050	,028	,028	,070	,070
	p	,447	,535	,000	,620		,865	,480	,692	,162	,938	,608	,779	,779	,479	,477
	N	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106
Financement conventionné 80%	Corrélation de Pearson	,043	,273(**)	-,240(*)	-,028	-,017	1	,065	,022	,012	-,042	,038	,057	,085	,007	,041
	p	,664	,005	,013	,777	,865		,505	,821	,901	,667	,702	,559	,388	,946	,673
	N	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106
Proportion de la rémunération pour la préparation des formations	Corrélation de Pearson	,060	-,087	-,113	,039	,069	-,065	1	,179	,169	,054	,153	,112	,010	,162	,188
	p	,538	,373	,251	,690	,480	,505		,066	,084	,581	,118	,254	,918	,100	,054
	N	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106
Proportion de la rémunération pour donner la formation	Corrélation de Pearson	,027	,088	,061	,065	,039	,022	,179	1	-,103	,064	,072	-,018	-,101	,133	,071
	p	,787	,370	,531	,506	,692	,821	,066		,292	,513	,463	,852	,305	,179	,469
	N	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106
Facilité de libération pour donner la formation PDSB	Corrélation de Pearson	,047	-,026	,041	-,008	-,137	,012	,169	,103	1	,531(**)	,548(**)	,433(**)	,507(**)	,012	,038

	p	,633	,788	,676	,932	,162	,901	,084	,292		,000	,000	,000	,000	,901	,700
	N	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106
Facilité de libération des agents pour suivre la formation PDSB	Corrélation de Pearson	-	,035	,028	-,052	,008	-,042	,054	,064	,531(**)	1	,385(**)	,410(**)	,522(**)	-	-
	p	,102	,721	,773	,596	,938	,667	,581	,513	,000		,000	,000	,000	,530	,854
	N	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106
Niveau de collaboration de votre supérieur immédiat	Corrélation de Pearson	,072	,065	,083	-,024	-,050	,038	,153	,072	,548(**)	,385(**)	1	,657(**)	,599(**)	-	-
	p	,462	,508	,397	,810	,608	,702	,118	,463	,000	,000		,000	,000	,788	,927
	N	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106
Niveau de collaboration des supérieurs immédiats des formés	Corrélation de Pearson	-	-,058	-,066	-,003	,028	,057	,112	,018	,433(**)	,410(**)	,657(**)	1	,744(**)	,125	,174
	p	,217	,556	,504	,974	,779	,559	,254	,852	,000	,000	,000		,000	,207	,074
	N	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106
Niveau de collaboration des responsables de la formation	Corrélation de Pearson	-	-,085	-,090	,010	,028	,085	,010	,101	,507(**)	,522(**)	,599(**)	,744(**)	1	,143	,137
	p	,985	,387	,358	,917	,779	,388	,918	,305	,000	,000	,000	,000		,147	,163
	N	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106
Méthodes expérientielles interactives utilisées	Corrélation de Pearson	,030	-,117	-,139	,056	,070	,007	-	-	-,012	-,062	-,027	,125	,143	1	,029
	p	,760	,239	,158	,569	,479	,946	,100	,179	,901	,530	,788	,207	,147		,773
	N	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104	104
Nombre d'activités du profil de pratique des formateurs	Corrélation de Pearson	-	-,072	-,098	,057	,070	-,041	,188	-	-,038	-,018	-,009	,174	,137	,029	1
	p	,562	,465	,316	,560	,477	,673	,054	,469	,700	,854	,927	,074	,163	,773	
	N	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	106	104	106

** Significatives à 0.01

* Significatives à 0.05

RÉFÉRENCES

- Agha, S.I, et R. van Rossem. 2004. «Impact of a school-based peer sexual health intervention on normative beliefs, risk perceptions, and sexual behavior of Zambian adolescents». *Journal of Adolescent Health*. vol. 34, no 5, p. 441-452.
- AIIC. 2006. Points saillants des statistiques infirmières, Association des infirmières et infirmiers du Canada. AIIC: 5 p.
- Aptel, M. 2005. *1er congrès francophone sur les TMS* (Nancy, France). 3 p.
- Askenazy, P. 2005. *1er congrès francophone sur les TMS* (Nancy, France). 3 p.
- Bar-Eli, N., M. Bar-Eli, G. Tenenbaum et C. Forlin. 1998. «The tutoring process and its manifestation in the classroom behaviour of tutors and tutees». *British Educational Research Journal*. vol. 24, no 3, p. 283-300.
- Bayo-Moriones, A., et F. Lera-Lopez. 2007. «A firm-level analysis of determinants of ICT adoption in Spain». *Technovation*, 15 p.
- Berg, R., P. Sleegers, F. Geijsel et R. Vandenberghe. 2000. «Implementation of an innovation: Meeting the concerns of teachers». *Studies in Educational Evaluation*. vol. 26, no 4, p. 331-350.
- Berthelette, D. 2005. *1er congrès francophone sur les TMS* (Nancy, France). 7 p.
- Berthelette, D., et N. Leduc. 2006. «Les activités PDSB dans les établissements de santé : résultats de l'étude». *Objectif prévention*. vol. 29, no 3, p. 20-21.
- Berthelette, D., N. Leduc, H. Bilodeau, M.-J. Durand, C. Faye, C. Loignon et M.-C. Lagacé. 2006. Analyse d'un programme de formation visant la prévention primaire des maux de dos chez le personnel soignant des centres hospitaliers du Québec. *Études et recherches*. IRSST. Montréal, IRSST: 259 p.
- Best, M. 1997. «An evaluation of manutention training in preventing back strain and resultant injuries in nurses». *Safety Science*. vol. 25, no 1, p. 207-222.
- Bitan-Friedlander, N., A. Dreyfus et Z. Milgrom. 2004. «Types of "teachers in training": The reactions of primary school science teachers when confronted with the task of implementing an innovation». *Teaching and Teacher Education*. vol. 20, no 6, p. 607-619.

- Bosworth, K., P. M. Gingiss, S. Potthoff et C. Roberts-Gray. 1999. «A bayesian model to predict the success of implementation of health and education innovation in school-centered programs». *Evaluation and Program Planning*. vol. 22, no 1, p. 1-11.
- Boucher, G. 2005. «L'ASSTSAS: 25 ans et l'avenir devant soi!». *Objectif prévention*. vol. 28, no 4, p. 32-34.
- Bourgeois, F. , et F. Hubault. 2005. «De la biomécanique à la revalorisation du travail, l'analyse du geste dans toutes ses dimensions». *Activités*. vol. 2, no 1, p. 20-36.
- Brun, J.-P. «L'évolution du monde du travail et les enjeux pour la SST». Chaire en gestion de la santé et de la sécurité au travail. Université Laval.
- Bruque, S., et J. Moyano. 2007. «Organisational determinants of information technology adoption and implementation in SMEs: The case of family and cooperative firms». *Technovation*. vol. 15, no 1, p. 13.
- Bryant, S. E. 2005. «The impact of peer mentoring on organizational knowledge creation and sharing». *Group and Organization Management*. vol. 30, no 3, p. 319-338.
- Buerhaus, P. I., K. Donelan, B. T. Ulrich, L. Norman, C. DesRoches et R. Dittus. 2007. «Impact of the nurse shortage on hospital patient care: Comparative perspectives». *Health Affairs*. vol. 29, no 3, p. 853-862.
- Campbell, C., et C. MacPhail. 2002. «Peer education, gender and the development of critical consciousness: Participatory HIV prevention by South African youth». *Social Science & Medicine*. vol. 55, no 2, p. 331-345.
- Carpenter, D. 1996. «Alcohol on the agenda». *Health Education*. vol. 96, no 5, p. 21-24.
- Champagne, F., et J. L. Denis. 1992. «Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions: l'analyse de l'implantation». *Service social*. vol. 41, no 1, p. 143-163.
- Charles, A., F. Guérard et Y. Rousseau. 2003. «L'Église, les assureurs et l'accès aux soins hospitaliers au Québec (1939-1960)». *Études d'histoire religieuse*. vol. 69, p. 29-49.
- Cheung, K. 1997. «Low-back injuries in Alberta home care nurses». Mémoire de maîtrise, Edmonton, University of Alberta, 176 p.

- Cohen, J. D. 2006. «The aging nursing workforce: How to retain experienced nurses». *Journal of Healthcare Management*. vol. 51, no 4, p. 233-245.
- Contandriopoulos, A. P., F. Champagne, J. L. Denis et M. C. Avargues. 2000. «L'évaluation dans le domaine de la santé: concepts et méthodes». *Revue d'épidémiologie*. vol. 48, no 6, p. 517-539.
- Cooper, M., et D. Cotton. 2000. «Safety training - a special case?». *Journal of European Industrial Training*. vol. 24, no 9, p. 481-490.
- Cornish, J., et A. Jones. 2006. «Evaluation of moving and handling training for pre-registration nurses and its application to practice». *Nurse Education in Practice*, 7 p.
- Cotis, J.-P. 2003. Population ageing: Facing the challenge. The OECD Observer, OECD: 19-20 p.
- Cropanzano, R. 2000. *15th annual conference of the Society for Industrial and Organizational Psychology* (New Orleans, LA). 24 p.
- Delarose, T. A. 1993. «A comparison of registered nurse and nursing student knowledge of back prevention». Thèse de doctorat, Seattle, Seattle University, 82 p.
- Denis, D., M. St-Vincent, C. Jeffé, L. Nastasia et D. Imbeau. 2005. Les pratiques d'intervention portant sur la prévention des troubles musculo-squelettiques: un bilan critique de la littérature. IRSST: 81 p.
- Denis, J. L., et F. Champagne. 1990. «L'analyse de l'implantation: modèles et méthodes». *La revue canadienne d'évaluation de programme*. vol. 5, no 2, p. 47-67.
- Développement économique Canada, Direction générale planification et orientations stratégiques. 2003. *L'économie du Québec et de ses régions: analyse des tendances*. Ottawa : Direction générale des communications, Développement économique Canada, 77 p.
- Deville, G. J., L. Sorbello, L. Eccleston et T. Ward. 2005. «Prison-based peer-education schemes». *Aggression and Violent Behavior*. vol. 10, no 2, p. 219-240.
- Fanello, S., N. Jousset, Y. Roquelaure, V. Chotard-Frampas et V. Delbos. 2002. «Evaluation of a training program for the prevention of lower back pain among hospital employees». *Nursing and Health Sciences*. vol. 4, no 1-2, p. 51-54.

- Fanello, S., N. Jousset, Y. Roquelaure, V. Chotard-Frampas et V. Delbos. 2002. «Evaluation of a training program for the prevention of lower back pain among hospital employees». *Nursing and Health Sciences*. vol. 4, no 1-2, p. 51-54.
- Fortin, M.-F. 1996. «Le processus de la recherche : de la conception à la recherche». Décarie Éditeur : Montréal , 380 p.
- Fuchs, L. S., D. Fuchs, J. Bentz, N. B. Phillips et C. L. Hamlett. 1994. «The nature of student interactions during peer tutoring with and without prior training and experience». *American Educational Research Journal*. vol. 31, no 1, p. 75-103.
- Gagnon, M., M. Lortie et M. St-Vincent. 1989. Résumé de trois études sur les préposés aux malades, hommes et femmes, dans un hôpital pour soins prolongés. Bilan de connaissances. Montréal, IRSST: 54 p.
- Gray, J., J. Cass, D. W. Harper et P. A. O'Hara. 1996. «A controlled evaluation of a lifts and transfer educational program for nurses». *Geriatric nursing*. vol. 17, no 2, p. 81-85.
- Guérin, G., T. Wills et L. Lemire. 1996. « Le malaise professionnel : nature et mesure du concept ». *Relations industrielles*, vol. 50, no 1, p. 59-93.
- Guest, R. 2006. «Population ageing, fiscal pressure and tax smoothing: A CGE application to Australia». *Fiscal Studies*. vol. 27, no 2, p. 183-203.
- Haccoun, R. R., C. Jeanrie, A. Bernard, D. Desjardins et N. Murtada. 1993. *Apprendre à se servir de ce que l'on apprend*. Coll. «Cahiers du département de psychologie». Montréal: Groupe de recherche appliquée sur la formation au travail, 23 p.
- Harrin, E. 1997. «Peer education in practice». *Health Education*. vol. 97, no 4, p. 132-135.
- Harvey, J., H. Bolam, D. Gregory et G. Erdos. 2001. «The effectiveness of training to change safety culture and attitudes within a highly regulated environment». *Personnel Review*. vol. 30, no 5-6, p. 615-636.
- Hassmiller, S. B., et M. Cozine. 2006. «Addressing the nurse shortage to improve the quality of patient care». *Health Affairs*. vol. 25, no 1, p. 268-274.
- Hemingway, M. A., et C. S. Smith. 1999. «Organisational climate and occupational stressors as predictors of withdrawal behaviors and injuries in nurses». *Journal of Occupational and Organizational Psychology*. vol. 72, no 3, p. 285-299.

- Hignett, S. 1996. «Work-related back pain in nurses». *Journal of Advanced Nursing*. vol. 23, no 6, p. 1238-1246.
- Hignett, S., et E. Crumpton. 2007. «Competency-based training for patient handling». *Applied Ergonomics*. vol. 38, no 1, p. 7-17.
- Holbeche, L. 1996. «Peer mentoring: The challenges and opportunities». *Career Development International*. vol. 7, no 1, p. 24-27.
- Hollander, D. 2001. «Peer counselors' support is successful in promoting exclusive breastfeeding among bangladeshi women». *International Family Planning Perspectives*. vol. 27, no 1, p. 51.
- Kalafat, J., R. J. Illback et D. Sanders. 2007. «The relationship between implementation fidelity and education outcomes in a school-based family support program: Development of a model for evaluating multidimensional full-service programs». *Evaluation and Program Planning*. vol. 30, no 2, p. 136-148.
- Lageström, M., M. Josephson, B. Pingel, G. Tjernström et M. Hagberg. 1998. «Evaluation of the implementation of an education and training programme for nursing personnel at a hospital in Sweden». *International Journal of Industrial Ergonomics*. vol. 21, no 1, p. 79-90.
- Lai, V. S. 1997. «Critical factors of ISDN implementation : An exploratory study ». *Information and Management*, vol. 33, no 2, p. 87-97.
- LeBorgne, D., et L. Geoffrion. 1991. Maux de dos associés aux activités de déplacement des bénéficiaires dans un centre hospitalier à vocation gériatrique. Études et recherches. Montréal, IRSST: 132 p.
- Lee, S., et K. Kim. 2007. «Factors affecting the implementation success of Internet-based information systems». *Computers in Human Behavior*. vol. 23, no 4, p. 1853-1880.
- Leech, N. L., K. C. Barrett et G. A. Morgan. 2005. SPSS for Intermediate Statistics. Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, 240 p.
- Linton, J. D. 2002. «Implementation research: State of the art and future directions». *Technovation*. vol. 22, no 2, p. 65-79.
- Lynch, R. M., et A. Freund. 2000. «Short-term efficacy of back injury intervention project for patient care providers at one hospital». *American Industrial Hygiene Association Journal*. vol. 61, no 2, p. 290-294.

- May, J. H., G. J. Bazzoli et A. M. Gerland. 2006. «Hospitals' responses to nurse staffing shortages». *Health Affairs*. vol. 25, no 4, p. W316-W323.
- Meiland, F. J. M., R.-M. Dröes, J. de Lange et M. J. F. J. Vernooij-Dassen. 2004. «Facilitators and barriers in the implementation of the meeting centres model for people with dementia». *Health Policy*. vol. supp. 9, p. 243-253.
- Miller, W., et L. MacGilchrist. 1996. «A model for peer-led work». *Health Education*. vol. 96, no 2, p. 24-29.
- Moore, K. A. 2001. «Hospital restructuring: Impact on nurses mediated by social support and perception of challenge». *Journal of Health and Human Services Administration*. vol. 23, no 4, p. 490-516.
- Morgan, G. A., N. L. Leech, G. W. Gloeckner et K. C. Barrett. 2004. *SPSS for Introductory Statistics*. Mahwah, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates, 211 p.
- Naylor, C. D. 1999. «Health care in Canada: Incrementalism under fiscal duress». *Health Affairs*. vol. 18, no 3, p. 9-26.
- Nussbaum, M. A., et N. Torres. 2001. «Effects of training in modifying methods during common patient-handling activities». *International Journal of Industrial Ergonomics*. vol. 27, no 1, p. 33-41.
- Orme, J., et F. Starkey. 1999. «Peer drug education: The way forward?». *Health Education*. vol. 99, no 1, p. 8-16.
- Paré, G., et M.-C. Trudel. 2007. «Knowledge barriers to PACS adoption and implementation in hospitals». *International Journal of Medical Informatics*. vol. 76, no 1, p. 22-33.
- Pullig, C., J. G. Maxham et J. F. Hair. 2002. «Salesforce automation systems: An exploratory examination of organizational factors associated with effective implementation and salesforce productivity». *Journal of Business Research*. vol. 55, no 5, p. 401-415.
- Ridoutt, L., R. Dutneall, K. Hummel et C. Selby-Smith. 2002. Factors influencing the implementation of training and learning in the workplace. National Centre for Vocational Education Research, National Centre for Vocational Education Research: 101 p.
- Robitaille, M.-J. 2006. «Statistiques: les TMS, toujours le danger numéro 1!». *Objectif prévention*. vol. 29, no 3, p. 10-11.

- Rosenberg, J. 2003. «UK youth prefer peer-led sexuality education classes to teacher-led programs». *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. vol. 35, no 2, p. 109.
- Rossi, P. H., H. E. Freeman et M. W. Lipsey. 1999. *Evaluation: A systematic approach*, 6th Edition. Beverly Hills: Sages Publications, 512 p.
- Seago, J. A., J. Spetz, A. Alvarado, D. Keane et K. Grumbach. 2006. «The nursing shortage: Is it really about image?». *Journal of Healthcare Management*. vol. 51, no 2, p. 96-110.
- Shamian, J., L. O'Brien-Pallas, D. Thomson, C. Alksnis et M. K. Kerr. 2003. «Nurse absenteeism, stress and workplace injury: What are the contributing factors and what can/should be done about it?». *The International Journal of Sociology and Social Policy*. vol. 23, no 8-9, p. 81-103.
- Sheldon, D. A. 2001. «Peer and cross-age tutoring in music». *Music Educators Journal*. vol. 87, no 6, p. 33-38.
- Shepherd, J., K. Weare et G. Turner. 1997. «Peer-led sexual health promotion with young gay and bisexual men - results of the HAPEER project». *Health Education*. vol. 97, no 6, p. 204-212.
- Shiner, M. 1999. «Defining peer education». *Journal of Adolescence*. vol. 22, no 4, p. 555-566.
- Sinclair, R. C., R. Smith, M. Colligan, M. Prince, T. Nguyen et L. Stayner. 2003. «Evaluation of a safety training program in three food service companies». *Journal of Safety Research*. vol. 34, no 5, p. 547-558.
- Smith, K. A. 2004. «Nursing aides' practical performance of patient handling and back injury prevention». Buffalo, D'Youville College, 104 p.
- Snyder, R., M. J. Weston, W. Fields, A. Rizos et C. Tedeschi. 2006. «Computerized provider order entry system field research: The impact of contextual factors on study implementation». *International Journal of Medical Informatics*, p. 730-740.
- Speizer, I. S., O. B. Tambashe et S.-P. Tegang. 2001. «An evaluation of the "Entre nous jeunes" peer-educator program for adolescents in Cameroon». *Studies in Family Planning*. vol. 32, no 4, p. 339-351.
- Spetz, J., et S. Adams. 2006. «How can employment-based benefits help the nurse shortage». *Health Affairs*. vol. 25, no 1, p. 212-218.

- Stec Dankert, H., et P. R. Dempsey. 2002. «Building reference strenght through peer training». *Reference Services Review*. vol. 30, no 4, p. 349-354.
- Steiners, D. D., G. H. Dobbins et W. A. Trahan. 1991. «The trainer-trainee interaction: An attributional model of training». *Journal of Organizational Behavior*. vol. 12, no 4, p. 271-286.
- Strunk, B. C., P. B. Ginsburg et M. I. Banker. 2006. «The effects of population aging on future hospital demand». *Health Affairs*, p. W141-W149.
- Teiger, C. 2002. «Origines et évolution de la formation à la prévention des risques "gestes et postures" en France». *Relations Industrielles*. vol. 57, no 3, p. 431-462.
- Thompson, G. 1996. «Reducing back injuries in long-term care». *Occupational Health & Safety Canada*. vol. 12, no 6, p. 32-36.
- Triolo, P. A. K. 1988. «Occupational health hazards of hospital staff nurses: Implications for practice and education». Thèse de doctorat, Iowa City, University of Iowa, 191 p.
- Venning, P. J. 1990. «A cost-effectiveness of an instructional program for back injury prevention among nursing personnel». Thèse de doctorat, Syracuse, Syracuse University, 151 p.
- Weisman, R. L., et J. S. Lamberti. 2002. «Violence prevention and safety training for case management services». *Community Mental Health Journal*. vol. 38, no 4, p. 339-348.
- White, C. 2007. «Health care spending growth: How different is the United Sates from the rest of the OECD?». *Health Affairs*. vol. 26, no 1, p. 154-161.
- Williams, J. H., et E. S. Geller. 2000. «Behavior-based intervention for occupational safety: Critical impact of social comparison feedback». *Journal of Safety Research*. vol. 31, no 3, p. 135-142.